

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

Por el Dr.

CONRADO ZUKERMANN

Con sumo interés y detenimiento hemos leído el libro cuyo título encabeza estas líneas para apreciar en todo su valor la obra que significa un gran avance en la literatura médica americana.

El Dr. Zukermann, Profesor de la asignatura en la Universidad autónoma de México ha escrito un compendio bastante resumido de los asuntos concernientes a la materia, eludiendo muchos datos del orden histórico y documental, lo mismo que infinidad de teorías viejas y modernas para explicar diversos accidentes patológicos. Parece que la mente del autor fue desembrollar de entre las largas descripciones de los clásicos los puntos concretos, ya no discutidos, aceptados por la generalidad para no sobrecargar la inteligencia del estudiante con el cúmulo de conocimientos que si bien forman un sólido bagaje ilustrativo, no desempeña en la práctica sino un papel accesorio.

Ha querido también el autor hacer resaltar de manera principal las afecciones más comu-

nes y mejor conocidas en su país como lo demuestra en el capítulo de los Bocios.

Halaga por demás la Bibliografía de cada asunto y la general donde vemos que los documentos fundamentales para afirmar las conclusiones son tan recientes que los más viejos alcanzan apenas estadísticas de 1928 y los otros de 1930 para acá hasta 1934,

Da el autor por sabidas todas las afecciones correspondientes a los tejidos probablemente porque en curso aparte se estudian o porque el Profesor se encarga de hacerlo saber en el transcurso del año escolar.

Nosotros estimamos como obra meritoria la escrita por el Dr. Zukermann, tan bien ilustrada con numerosas figuras, porque simplifica y compendia el estudio de la Patología Quirúrgica, haciéndolo más accesible al estudiante sobrecargado siempre de trabajos prácticos y de los menesteres propios de la mocedad.

Felicitemos sinceramente al autor y renovamos nuestro agradecimiento a la Revista Me-

sistencia personal.
NO uséis ácido bórico, sulfato de zinc, ni vendaje comprensivo.
NO uséis la adrenalina que alivia momentáneamente y empeora en seguida.
NO deis yoduro; es inútil y con-

gestiona el ojo. olvidéis
NO prescribir el reposo, la obscuridad, la alimentación moderada y los laxantes frecuentes.

Dr. Ricardo D. Alduvín,
(Continuará).

xicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer por su exquisito regalo, deseando leer cuanto antes la continuación de la obra ya anunciada para 1936.

L, R.

FÍSTULAS LUMBARES DE ORIGEN URINARIO

Sea después de operaciones o infecciones renales o perirenales se observan fístulas por donde se escurre pus, orina o ambos. Es fácil averiguar por los antecedentes cuál es el origen de la fístula. Pero a veces no lo es cuando proceden de la pleura, del intestino o del raquis; la intestinal se manifiesta por salida de materias blandas o sólidas según sea del delgado o del grueso. Para las otras el examen clínico y radiológico del tórax y la columna dará los datos necesarios para el diagnóstico. Una radiografía del trayecto fistuloso previa inyección de lipiodol indicará su trayecto y origen.

Una vez establecido el origen urinario de la fístula queda por saber si existe el riñón o ha si-

do extirpado. Después de una nefrectomía la fístula sólo deja escapar pus; a veces abundante orina y también pus y orina.

Las fístulas purulentas se observan después de nefrectomía por tuberculosis y se deben a una infección bacilar de los tejidos perirenales o a supuración del moñón ureteral. En las nefrectomías por litiasis renal la supuración se debe bien a infección de la "grasa perirenal o a la presencia de un cuerpo extraño como cálculo caído en la casilla renal durante la operación o un tapón olvidado en la herida.

Las fístulas uro-purulentas consecutivas a nefrectomía dependen de una mala técnica que dejó porción del riñón o bien a reflujo vesi-ureteral, fácilmente reconocible por una cisto-radiografía con inyección vesical de un líquido opaco. Descartando esta causa sólo queda la otra, la presencia de un fragmento de riñón.

Las fístulas sin nefrectomía se presentan en dos condiciones: intervención sobre el riñón o tejidos perirenales o se estable-

ce espontáneamente en el curso de una infección, flemón perinefrético o pionefrosis raramente, tuberculosis renal con mayor frecuencia. Reapertura de la herida hecha para extraer cálculos renales por formación de nuevos, la radiografía lo demuestra con claridad. A consecuencia de nefrotomías o de abertura de flemones perinefréticos se observan con abundancia estas fístulas, cuya causa es el mal drenaje del flemón o la no incisión de abscesos del **parénquima** renal.

Cuando una herida de nefrotomía no tiende a cicatrizar es que la extirpación de los cálculos fue incompleta o que el uréter está obstruido por un cálculo o una concreción calcárea y entonces una radiografía y la introducción de una sonda ureteral resuelven la cuestión.

Después de una pielotomía puede persistir una fístula debida a impermeabilidad del uréter por concreciones o por estrechez.

La sección de una arteria en el curso de una pielotomía da fístulas por necrosis de la porción avascularizada.

Por último la nefropexia deja escurrir orina por los hilos o por necrosis del **parénquima** por compresión exagerada,

MICCIÓN IMPERIOSA Se llama micción imperiosa a la imposibilidad de conservar la orina cuando aparece el deseo de orinar.

Con frecuencia la micción imperiosa deja escapar una parte de orina y es susceptible de confundirse con la incontinencia

de orina, pero se diferencia porque en la primera hay deseos de orinar y se siente el paso de la orina por la uretra mientras que en la otra no, una es conciente y la otra inconciente.

La necesidad imperiosa se observa en individuos nerviosos despertada por cualquier cosa, susto, alegría, oír un chorro de agua, etc. En los dispépticos y los diabéticos después de las comidas. Las afecciones del cuello vesical: cistitis, prostatitis, cálculos de la vejiga, accesos congestivos, adenoma periuretral.

La micción imperiosa es debida en general a una irritabilidad del cuello vesical.

Hacer el diagnóstico de la causa y tratarla es averiguar el porque y tratamiento requerido por la micción imperiosa.

POLAQUIURIA

Se dice que hay polaquiuria cuando los deseos de orinar son más frecuentes que normalmente. Durante la noche no tiene necesidad de evacuar su vejiga un individuo normal, salvo si posee el hábito, fuera de lo patológico.

El hombre normal orina en estado de salud cada 3 a 5 horas; en la mujer el intervalo es menor. Varían estos intervalos, según la temperatura, las comidas, absorción de líquidos y sustancias diuréticas.

Generalmente las necesidades de orinar no se acompañan de otro síntoma, pero a veces se agregan micciones imperiosas y dolores vesicales.

La poliaquiuria reconoce dos causas principales: poliuria e

irritación vesical.

Hay polaquiuria diurna y nocturna, hay sólo diurna y sólo nocturna y las hay en que sólo se presentan por crisis.

En la polaquiuria nocturna el deseo sobreviene al principio de la noche y después nada; es la de los poliúricos dispépticos. En otros al medio de la noche; son los prostáticos y cancerosos. En los prostáticos poliúricos es igual toda la noche.

La polaquiuria diurna se presenta en sujetos calculosos del riñón o la vejiga en ocasión de movimientos, paseos a pie o en carro o de un esfuerzo para levantarse. Esta última se observa en los hipertrofiados de la próstata, antiguas cistitis del cuello y prostatitis crónicas.

La polaquiuria después de las comidas se presenta en individuos artríticos, dispépticos y diabéticos.

En los cistóceles y tumores uterino existe una polaquiuria ortostática.

En los nerviosos es despertada por un ruido o un chorro de agua. Algunas mujeres se quejan de micciones frecuentes durante el día acompañadas de pequeños dolores vesicales con orinas límpidas; son debidas a neuralgias vesicales consecutivas a cistitis ya curadas.

La polaquiuria diurna y nocturna requiere el examen previo de orina, hay o no pus.

No hay pus: hipertrofia de la próstata. Indica evacuación imperfecta de la orina o irritación del cuello por congestión. Cáncer de la próstata. Estrechez uretral. Cáncer de la vejiga. Poliúricos nefríticos y diabéti-

cos. Poliúricos del principio de la tuberculosis renal. Cálculo de la uretra situado en la porción intramural de la vejiga. Tumor uterino o anexial. Vejiga congenitalmente pequeña.

Hay pus: Cistitis. Inflamación del riñón y pelvis. Prostatitis y uretritis posterior.

La polaquiuria por crisis sobreviene: por poliuria por crisis y por irritación pasajera del árbol urinario.

En presencia de todo individuo quejándose de deseos frecuentes de orinar el médico investigará la hora del día de mayor frecuencia.

La polaquiuria nocturna es propia de la hipertrofia de la próstata al principio, sobretodo si aparece en la segunda mitad de la noche.

La diurna debe sugerirnos los cálculos y en la mujer el cistócele.

La polaquiuria diurna y nocturna con orina límpida en el adenoma periuretral, el cáncer de la próstata ambos despistados por el tacto rectal.

Las poliurias producen deseos frecuentes de orinar; investigar la causa de ellas; se sospecha tuberculosis renal, inocular un cuyo. Si cáncer de la vejiga, descubrirlo por cistoscopia. Los cálculos intramurales por el antecedente de cólicos nefríticos.

En las poliurias con orina turbia buscar la cistitis y su causa.

A las poliurias por crisis hay que investigar el cólico nefrítico y las poliurias transitorias que no son patológicas.

O. M.