

estrecha y honda zanja de grasa que dificultaba la visión del órgano que buscaba.

Como el éxito de la operación estriba en el corte acertado del cartílago tiroides, justo en la línea media, para no perderla de vista nunca introduje la sonda acanalada por el agujero canular ya fraguado y fuí cortando con el bisturí, orientado por la ranura de la sonda, la tráquea así fija y levantada, pues apesar de la extensión forzada del cuello y la justa posición de la cabeza y busto de la enfermita, tenía ésta el cuello tan cortito y gordo que tráquea y laringe quedaban hundidas en un canal estrecho y hondo; todo ello en d'minutas proporciones.

Me detengo un momento al llegar al cartílago tiroides, reconocido más por el tacto que por la vista, y armado de la tijera *ad hoc*, pequeña y afiada, hago un nuevo reconocimiento de mi posición antes de cortar; procurando que el borde del filo de la tijera cayera justamente en la línea media, sirviéndome de punto de referencia el mentón y la punta de la nariz de la paciente, cuya cabeza estaba en la justísima posición con respecto al busto y su plano sagital perpendicular al suelo.

Persuadido de mi correcta postura, corto el tiróides, abriendo la d'iminuta laringe donde encontramos el pendiente. Estaba hundido en la glotis en tal forma que se tuvo que hacer un pequeño esfuerzo para despegarlo con la pinza de disección, de la mucosa laríngea que lo tenía aprisionado. Detalle que sirvió para subrayar la afirmación que habíamos hecho, de la absoluta imposibilidad de extraer por las vías naturales, un cuerpo extraño de cristal, de forma redondeada, introducido en la glotis de una laringe pequeña, cuyas secreciones lo hacían más resbaladizo.

Estos extremos apuntados justifican la laringotomía por cuerpo extraño.

Se suturó la laringe y tráquea con catgut de gado y puntos separados. Una vez terminada la sutura volví a introducir la sonda acanalada para cerciorarme de su bondad, tanto en firmeza como en corrección.

Hice dos puntos de sutura: en la parte alta de la incisión de la piel uno, y otro en el ángulo inferior, poniendo de nuevo la cánula traqueal.

Sin complicación pulmonar alguna, cosa frecuente en estos lances, la niña resistió muy bien la operación, pues solo tuvo un pequeño y rápido recargo febril la noche del día de la intervención.

Al tercer día soporta dos horas sin cánula dándome la satisfacción inmensa, al quitarla, de su integridad vocal. Al sexto día la retiro definitivamente.

Al día siguiente hago una sutura minuciosa, al punto holandés, de la parte alta y baja de la incisión, terminando a las 48 horas con otro punto de sutura en medio del corte, que había dejado de hacer para defenderme de un efisema, y todo terminado.

A los cinco días quito todos los puntos de sutura, quedando una preciosa cicatriz linear.

He visto a la enferma al año de operada. Una línea blanca casi imperceptible es lo que queda del paso de mi bisturí por su cuello infantil.

TRABAJOS DE LA CLÍNICA DEL PROFESOR DR. FERRER CAGIGAL
Facultad de Medicina de Barcelona

ESTUDIO CLÍNICO ACERCA DE LA ACCIÓN DEL BACTERIOFAGO EN EL CURSO DE LA FIEBRE TIFOIDEA

por

J. CUATRECASAS

Profesor auxiliar de Patología
Médica

JUAN BERINI

Interno de Clínica Médica

Las aportaciones experimentales que intentan esclarecer la verdadera naturaleza del importante fenómeno de d'HERELLE, son todavía muchísimo más numerosas que los trabajos relativos a las aplicaciones clínicas del mismo fenómeno, es decir a la terapéutica por el bacteriófago. Sin embargo, existen interesantes adquisiciones relativas a la eficacia de esta terapéutica en la disenteria bacilar, tifosis murina, tifosis aviaria, estafilococias, colibacilosis, infección piocianica (HAUDUROY), peste bubónica (HERELLE) algunas afecciones cutáneas (GOUGEROT y PEYRE), etc.

Vamos a ceñirnos en esta breve nota a dar cuenta de los resultados obtenidos mediante el bacteriófago en el tratamiento de la fiebre tifoidea, toda vez que siendo todavía poco numerosas las observaciones publicadas, creemos ha de ser de utilidad innegable cualquier aportación, por modesta que sea.

OTTO y MUNTER en 1921 publicaron sus ensayos de tratamiento en tres casos de tifoidea. Poco después, HAUDUROY en 1921 y 1924 y recientemente, en sucesivas publicaciones, ha también hecho mención de algunos resultados bastantes favorables, aunque no de tan absoluta eficacia como los observados en la disenteria bacilar de la que hoy se puede afirmar que poseemos un definitivo tratamiento específico. SMITH refiere los resultados obtenidos en ocho casos utilizando simultáneamente la ingestión de 15 cc. de bacteriófago y la inyección hipodérmica de 2 cc. Dos de estos casos dieron hemocultivo positivo de bacilos Eberth: Uno de ellos mejoró rápidamente y el otro presentó una complicación pielonefrítica. Los otros cinco casos restantes, con hemocultivo negativo pero con cuadro clínico evidentemente tífico, sufrieron un descenso definitivo de la curva térmica a los cuatro o cinco días. ARSIMOLES publica un caso en que la temperatura descendió a la normal desde la segunda inyección, con desaparición de los bacilos Eberth de las heces y llamando la atención una ligera crisis sudoral después de la administración del bacteriófago.

ALESSANDRINI y DORIA administran el bacteriófago por vía hipodérmica o intramuscular a la dosis de dos a cinco cc., demostrando que es completamente inocuo. Presentan dieciocho casos tratados, de los cuales un 50 por 100 sufrieron un rápido descenso térmico en seis y ocho días, con mejoría del estado general, siendo además más acentuada la mejoría cuanto más precozmente se instituía el tratamiento.

VIOLLE y ROURE preconizan la vía bucal por ser la menos peligrosa, la mejor aceptada, y además por haber observado que el bacteriófago pasa muy rápida-

mente a la circulación general, y llegan a administrar dosis de 40 cc. diarios pero no creen obtener una bacteriolisis masiva porque sus enfermos no han sufrido una inmediata y rápida curación sino una simple iniciación de la defervescencia lenta y una mejoría del estado general, previa reacción febril acompañada de sudores.

DURÁN REYNALS ha estudiado, entre nosotros, el fenómeno de la bacteriofagia y también nos ha ilustrado acerca de sus resultados prácticos, con una casuística personal de veinte observaciones de fiebre tifoidea. Emplea de preferencia la vía digestiva por no hallar ninguna superación de efectos en el empleo de la vía parenteral. En 16 casos la ingestión del principio lítico produjo una franca mejoría del proceso mientras que en los demás no se consiguió modificar el curso de la tifoidea que en uno de ellos terminó por la muerte.

Nosotros hemos utilizado en la clínica el tratamiento por el bacteriófago en 7 enfermos de fiebre tifoidea permitiéndonos recoger algunos datos clínicos de interés. Hemos empleado la vía hipodérmica de preferencia a la digestiva por los motivos siguientes: en primer lugar porque siendo la fiebre tifoidea un proceso septicémico y no una afección local del aparato digestivo, lógicamente en este caso deberá elegirse esta vía, así como en el caso de la disenteria biliar se comprende que sean máximos los efectos obtenidos por ingesta (DA COSTA CRUZ). Aunque, según comprueban VIOLLE y ROURE, el bacteriófago se halla en la sangre a las doce y veinticuatro horas después de una ingestión, se comprende que este paso se haga lentamente, no de modo masivo, lo cual deberá tenerse en cuenta por la facilidad con que el germen Eberthiano puede adquirir propiedades bacteriófago-resistentes y hacerse entonces insensible a nuevas dosis de principio lítico si este se introduce en forma progresiva.

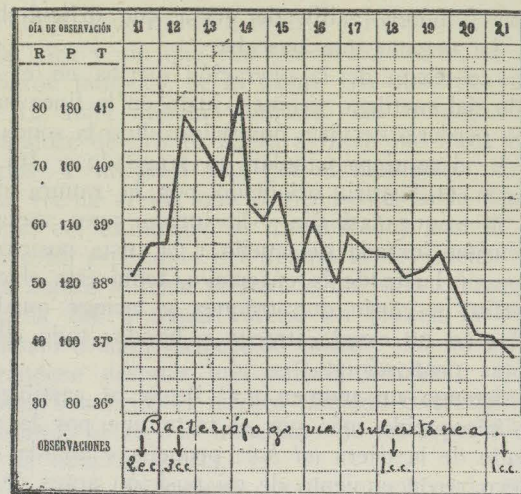
Además, en los primeros casos tratados era imposible emplear la vía digestiva por presentar vómitos pertinaces; y por último, si bien las aportaciones de DURÁN REYNALS, son favorables a la vía digestiva, no le parecen así las de VIOLLE, cuyos escasos resultados contrastan con la constancia de efectos favorables observados por HAUDUROY, SMITH y ALESSANDRINI y DORIA, que utilizan la vía hipodérmica.

Observación núm. 1.—Rafael Argote, de 15 años, ingresa el 10 de Octubre de 1926. Antecedentes alcohólicos y una viruela en su infancia.

A su entrada, después de 15 días de pródomos y llevando ya cinco días en cama, presenta intenso estupor y alternativas de delirio. El cuadro sindrómico es claramente el de una infección intensa que la exploración y la sero-aglutinación positiva para el Eberth al 1/500 nos indican se trata de una fiebre tifoidea.

A partir del mismo día de su ingreso, se le administra el bacteriófago (1) por vía hipodérmica (por manifiesta intolerancia por la vía oral) y la temperatura se eleva en brusca ascensión llegando a 41.2° por lo que suspendió el tratamiento pero visto cinco días después que la temperatura oscilaba nuevamente alrededor de los 38° se procede nuevamente a su administra-

(1) El bacteriófago utilizado en estas observaciones ha sido elaborado por los Laboratorios Badosa, de Barcelona, a los que agradecemos lo hayan suministrado desinteresadamente para las necesidades hospitalarias.



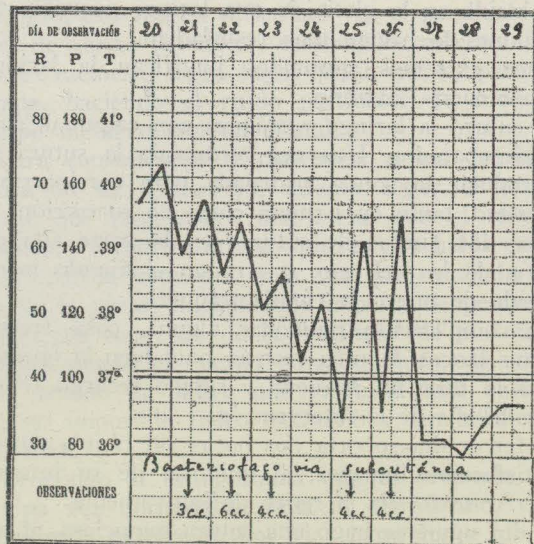
Observación 1.ª

ción, en cantidades no superiores a un cc. por día obteniéndose de este modo la más completa remisión sintomática.

Observación núm. 2.—María Pérez, de 32 años, casada, ingresa el día 20 de Octubre de 1926. Antecedentes patológicos de orden genital referidos probablemente a una antigua gonococia y que cesan por la doble ovariectomía.

Después de seis días de anorexia, cefalea, vómitos biliosos, escalofríos y diaforesis profusa, decide su entrada en este servicio.

La exploración muestra fuliginidades de lengua y labios, lengua tostada, gorgoteo en la fosa ilíaca derecha, timpanismo abdominal, manchas rosadas lenticulares en el abdomen. Hepatomegalia y esplenomegalia dolorosas. La sero-aglutinación se muestra positiva para el Eberth al 1 por 150.



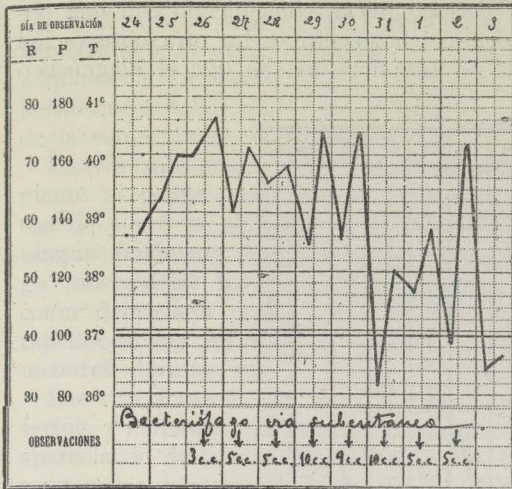
Observación 2.ª

Desde el día siguiente a su ingreso se le administra el bacteriófago por vía subcutánea conforme se ve en la correspondiente gráfica llegándose a los cinco días a la apirexia y como volviese a ascender la temperatura a 39° con 4 décimas se le inyectaron dos nuevas y últimas dosis de bacteriófago que terminaron con todo acceso febril.

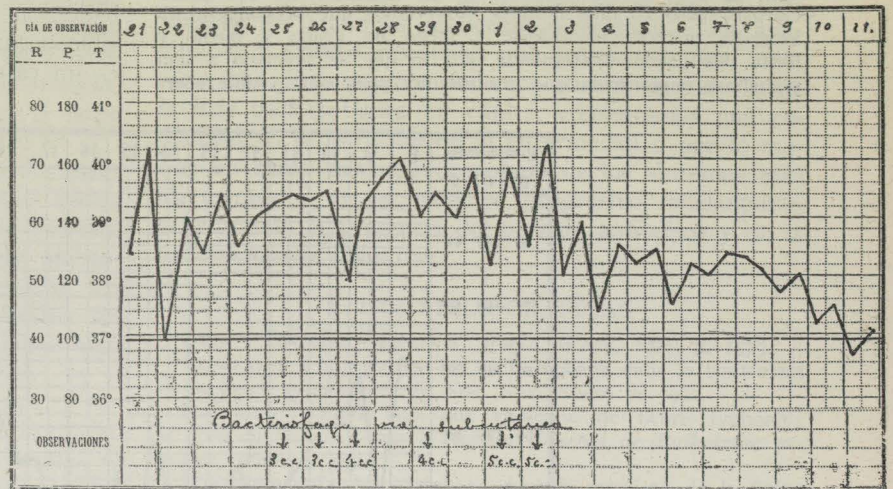
Observación núm. 3.—Francisco Millán, de 14 años, ingresa el 24 de Octubre de 1926 en la sala de infecciosos. Como único antecedente patológico, otitis media supurada con reseción del antro mastoideo.

Desde hacía 18 días que presentaba anorexia y astenia; continúa su trabajo, pero diez días después se ve obligado a abandonarlo por intensa fiebre, ingresando en este servicio. El cuadro sintomático era tan claramente el de una infección

pseudo equimóticas generalizadas de tipo parasitario (pediculus) que desaparecieron por la balneación y la higiene general. Sero-aglutinación intensamente positiva y el hemocultivo revela las colonias de bacilo Eberth.



Observación 3.^a



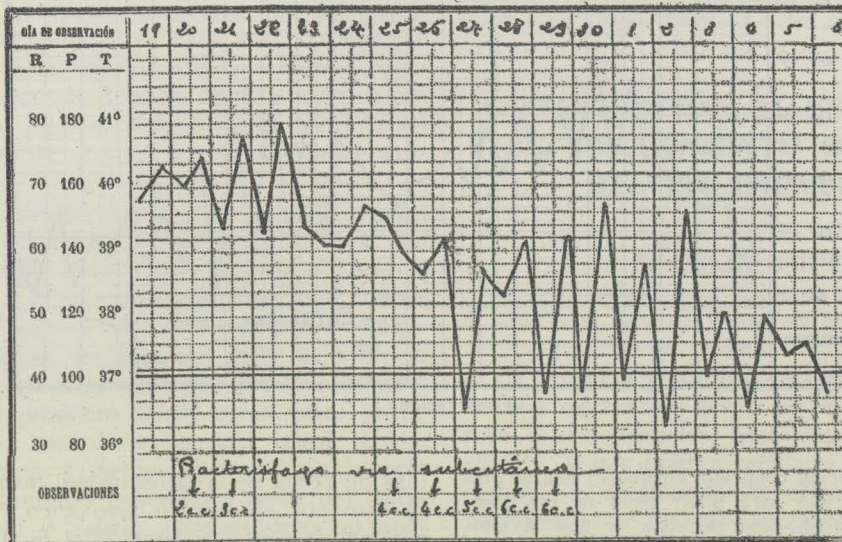
Observación 5.^a

eberthiana que no se procedió a la sero-aglutinación sino que desde luego se instituyó al tratamiento por el bacteriófago a dosis elevadas y repetidas hasta de nueve y diez cc. diarios llegándose a un descenso térmico de 4°2' en la noche del quinto al sexto día de empezado el tratamiento. Un último ascenso a 40°1' va seguido de la apirexia definitiva.

Se le administra bacteriófago a dosis crecientes como se indica en la gráfica sin lograr la más ligera mejoría en su estado general ni en la curva térmica, transcurriendo unos 15 días en alternativas de delirio y estupor. Entonces comienza a iniciarse una ligera defervescencia, acentuada en estos últimos días.

Observación núm. 4.—Manuel Sendra, de 16 años, ingresa el 19 de Noviembre de 1926 en la cama núm. 18 de la sala general. Su historial patológico empieza hace nueve días con los característicos pródomos de una fiebre tifoidea.

Observación núm. 6.—Petra Lou, de 20 años, soltera, ingresa el 7 de Septiembre de 1925. Los datos anamnésticos son los siguientes: hace ocho días que encontrándose en estado febril y lengua saburral tomó aceite de ricino que por parecerle que



Observación 4.^a

El hemocultivo positivo para el Eberth nos corrobora el diagnóstico. El bacteriófago inyectado subcutáneamente provoca una disminución total de la temperatura y la rápida aparición del período anfibólico así como una completa remisión de la sintomatología objetiva.

la mejoraba lo siguió tomando durante ocho días pero en vista de que aumentaban sus molestias intestinales, de que sufría polidipsia, diarreas y diaforesis profusa decide su ingreso.

Observación núm. 5.—Enfermo de 14 años, acerca del cual carecemos de todo antecedente. Ingresa en estado estuporoso y fuertemente adinámico, con fuliginidades, hepatomegalia y esplenomegalia (poco acentuada pero dolorosa) y manchas

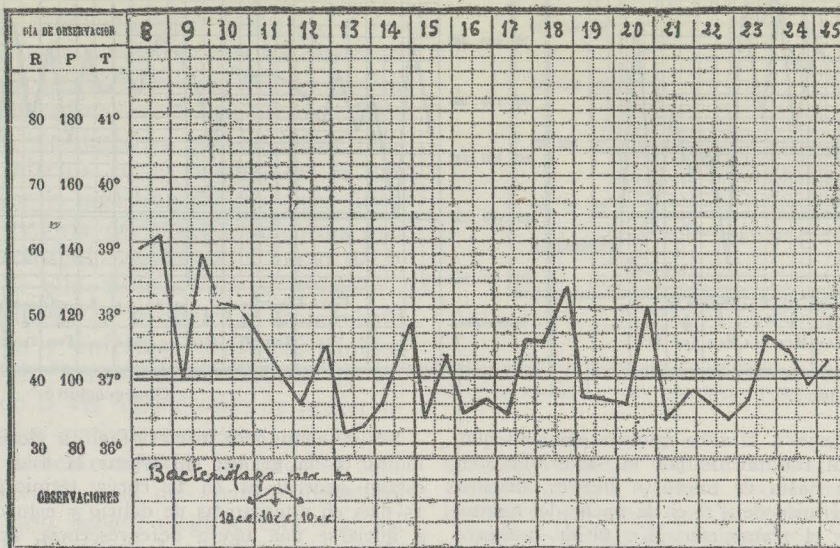
La exploración muestra un cuadro tífico poco acentuado, con gorgoteo, manchas rosadas, dolor en la fosa ilíaca, timpanismo abdominal, pero sin la más ligera hepato ni esplenomegalia. La sero-aglutinación fué negativa para el grupo tifus paratífus y el hemocultivo asimismo negativo.

Se le administra bacteriófago por vía digestiva en tres

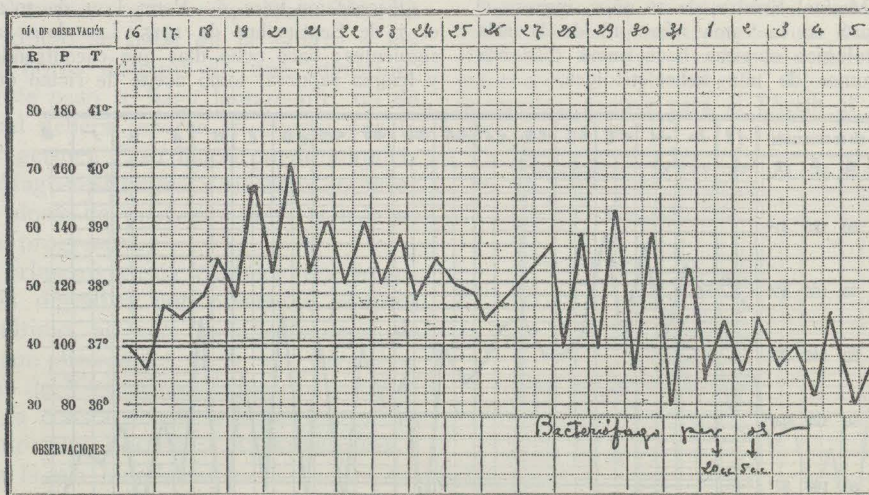
veces a la dosis total de 30 cc. obteniéndose la baja de la temperatura indicada en la gráfica.

Observación núm. 7.—Manuel Martínez, de 14 años, había ingresado en esta sala el día 29 de Septiembre, padeciendo una clorosis, pero 16 días después observamos que la temperatura ascendía primero lentamente y luego un grado y medio y hasta dos grados diariamente, por lo que se procedió a una minuciosa exploración que nos orientó hacia una posible eber-

se trata de una fiebre tifoidea. Precisamente son estos casos en los que el tratamiento se instituye precozmente y con resultados más brillantes, los que suscitan siempre mayores dudas por la negatividad de reacciones biológicas del período inicial coincidiendo con una posible negatividad del hemocultivo. La otra observación es un caso de tifoidea levísima en que el diagnóstico



Observación 6.ª



Observación 7.ª

thiosis que la sero-aglutinación confirmó, aunque ni una ni otra fueron lo bastante categóricas para poder tener de ese diagnóstico la absoluta seguridad, pero en vista de que la temperatura ascendía nuevamente decidimos administrarle 25 cc. de bacteriófago por ingestión obteniéndose la vuelta a la normalidad. Por lo demás la enferma continúa en tratamiento por la afección que la hizo ingresar en este servicio.

Las dos observaciones, sexta y séptima, corresponden a la vía digestiva. En una de ellas la intensidad del cuadro clínico no era muy grande, pero era evidente el síndrome tífico y sin embargo la reacción de aglutinación y el hemocultivo dieron resultados negativos. A pesar de ello, teniendo en cuenta los pocos

días de fecha de la enfermedad, no podemos negar que se hizo por el examen serológico y que terminó casi espontáneamente. Solamente al final con objeto de facilitar la reducción de la curva térmica descendente que parecía ser menos rápida de lo que deseábamos, empleamos por ingestión pequeñas dosis del principio lítico, observando una progresiva mejoría que difícilmente puede calificarse de casual o de terapéutica.

No podemos establecer balance comparativo entre ambas vías de administración porque estos dos casos en que utilizamos la digestiva fueron formas benignas y uno de ellos de diagnóstico poco firme para basar en él conclusiones definitivas. Pero por los datos y razo-

nes anteriormente enumeradas creemos que es preferible la vía hipodérmica, sobre todo a dosis altas desde un principio, realizando así una especie de terapéutica lítica masiva capaz de modificar el proceso antes de que se constituya la adaptabilidad del germen al principio bacteriófago, es decir, antes de que el bacilo de Eberth adquiera la propiedad de la bacteriófago-resistencia, hecho que señalan numerosos investigadores en el curso de la evolución de la enfermedad.

La vía subcutánea no ofrece pues ningún inconveniente ni peligro, pudiéndose administrar dosis elevadas de 5 y 6 cc. durante varios días, sin que aparezca ningún fenómeno de intolerancia. Creemos sin embargo innecesarias las dosis excesivamente elevadas así como demasiado prolongadas, ya que los efectos terapéuticos son los mismos cuando se dan dosis algo menores durante tres o cuatro días sucesivos.

Las reacciones locales son algo molestas para el enfermo, y consisten en dolor en el punto de la inyección, apareciendo de modo inconstante y más cuanto más se repiten las inyecciones. Las hemos observado en los casos uno y dos. Solo en un caso (obs. 1) registramos reacción general que se caracterizó por una elevación térmica aislada, sin ninguna molestia subjetiva ni algún otro fenómeno aparatoso de choque; esta reacción no puede considerarse de ninguna manera como fenómeno proteotóxico o anafiláctico sino más bien en todo caso como resultante de la liberación tóxica que subsigue a la lisis bacteriana. En los demás casos, aun empleando dosis elevadas, ningún fenómeno reaccional general hemos podido observar.

Es sobre la curva térmica donde más claramente se nos muestra toda la acción beneficiosa que del bacteriófago cabe esperar, aunque en cada caso el descenso febril, siempre bastante rápido, adopta caracteres propios. La brusca depresión térmica llega a veces a ser considerable, como nuestra observación núm. 4 en que el descenso fué de 4°,2 en una noche (véase gráfica).

Observando las diversas gráficas que publicamos notamos una rápida iniciación del descenso térmico que adopta preferentemente al tipo anfibólico durante varios días que preceden a la apirexia definitiva. Este anfobilismo aparece unas veces a los dos o tres días de administrar el bacteriófago, en otros al cabo de cinco o seis de tratamiento, en el momento en que suspendemos las inyecciones del producto lítico; otras veces puede faltar, observándose una defervescencia febril rápida. En un caso (obs. núm. 5) hemos visto una persistencia de la fiebre y los síntomas generales a pesar del tratamiento, con estupor y delirio acentuadísimo no apareciendo una ligera remisión general y térmica hasta los nueve días de haber comenzado a administrar bacteriófago y a los tres días de su ingreso.

Paralelamente a la mejoría térmica observamos una remisión de algunos síntomas del cuadro tífico: las manchas rosadas lenticulares, el timpanismo y abultamiento abdominal, las fuliginidades bucales, etc., pero esto contrasta con la persistencia de otros fenómenos clínicos como la hepatomegalia y la esplenomegalia y el síndrome nervioso que es en nuestros casos el último en beneficiar de tal tratamiento pues el estupor con-

tinúa aún algunos días después de iniciado el descenso térmico y a veces persiste en plena apirexia. Diríase que asistimos a una disociación o desmembramiento del complejo sintomático de la tifoidea en la que se desvanecen los síntomas septicémicos dejando a los anatómicos y tóxicos residuales que siguen una más lenta regresión. En conjunto podemos afirmar que mediante la lisis bacteriofágica en clínica, conseguimos una reducción en la duración de la enfermedad o por lo menos un curso morbosito despojado de los síntomas más alarmantes y de su carácter progresivo, adelantando y acortando la presencia del período anfibólico y de la defervescencia definitiva.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- OTTO y MUNTER.—*Deutsch. Mediz. Woch.* 1921, p. 1579.
 BECKERICH HAUDUROY.—Le bacteriophage dans le traitement de la fièvre typhoïde *C. R. Soc. Biol.* Enero de 1922.
 HAUDUROY.—Etude sur une epidemie de fièvre typhoïde: le rôle du bacteriophage d'Herelle. *Journal de Pathologie generale*, núm. 4, 1924.
 HAUDUROY.—Le bacteriophage dans la guérison de la fièvre typhoïde. *Presse Med.* Abril 1925, núm. 32.
 HAUDUROY.—Le bacteriophage de d'Herelle. Paris 1925.
 SMITH.—*The British Medical Journal.* Julio 1924.
 ARSIMOLES.—Syndrome dysenteriforme produit par le bacille typhique: guérison par le bacteriophage. *Progres medical.* Enero 1922.
 ALESSANDRINI y DORIA.—II Batteriophago nella terapia del tifo abdominale. *Il Policlinico.* Enero 1924.
 VIOLLE y ROURE.—Quelques essais de traitement de la fièvre typhoïde par le bacteriophage. *Presse Med.*, núm. 74. Septiembre 1925.
 DURÁN REYNALS.—El bacteriófago en el tratamiento de la fiebre tifoidea. *Revista Médica de Barcelona*, p. 300. Abril 1925.
 GRAU y DURÁN REYNALS.—*Ars Medica*, p. 60. Marzo 1926.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO CLÍNICO Y AL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE DEL LIGAMENTO ANCHO

por el doctor

JOAQUIN LOPE ONDE

Profesor ayudante de la Clínica de Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona, a cargo del Profesor Dr. M. BONAFONTE

En nuestras consultas de ginecología, hemos tenido ocasión de ver un grupo de enfermas bastante numeroso, el cual hasta hoy poca atención ha merecido de los clínicos, y que precisa señarle un cuadro clínico bien definido y desglosarlo de otros procesos, sobre todo nerviosos entre los que siempre se incluye. Estas enfermas que nos indican como síntoma culminante el dolor sin lesión anatómica ostensible, a veces sin localización precisa, por lo difuso o extenso de los dolores y otras molestias puramente subjetivas son de una clasificación difícil, y no se hace caso de su enfermedad por más que ellas atribuyen sus molestias a procedencia genital.

Estas enfermas nos refieren, que sufren dolores abdominales difusos, son dipépticas, estreñidas, llevan pintado el sufrimiento en la cara, padecen de jaquecas, palpitaciones, y otros trastornos los más variados