



LA CLINICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÈDICAS

TOMO IV.—ENERO Á JUNIO DE 1912

LA CLÍNICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MEDICAS



Director,

Dr. D. Nicolás de la Fuente Arrimadas.

Redactor Jefe,

Dr. D. Ramiro Valdivieso.

Secretario de Redacción,

Dr. D. Pedro Zuloaga.

Redactores,

Dr. Alvarado, (P.)—Dr. Cuadrado.—Dr. Domenech.

Dr. Domingo Calvo.—Dr. Durruti.

Dr. E. Cebrián.—Dr. G. Camaleño.—Dr. M. Romón.

Dr. Moreno Santos.—Dr. Pérez Mínguez.

Dr. Rodríguez Vargas.—Dr. Sagarra.—Dr. Suñer.

Colaboradores: Todos los señores suscriptores

Administrador,

Dr. D. Gregorio Sanz de Aza.

TOMO IV ENERO Á JUNIO 1912

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN, MACÍAS PICAVEA 38 y 40
VALLADOLID

LA MEDICACION REVULSIVA ES UN ARMA TERAPÉUTICA PODEROSA
Y CON PLENA JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

POR EL

DR. LUIS MORENO

Invitado por algún compañero de redacción á tratar en nuestro periódico de las indicaciones de la sangría, dispónfame á emprender mi trabajo, cuando sentí la duda de si la revulsión considerada en general como arma terapéutica, tendría suficientes derechos científicos para figurar entre los recursos útiles y activos de nuestro moderno arsenal, ó sería quizá sólo una atávica rutina sin más fundamentos que aquellos del *POST HOC, ERGO PROPTER HOC*.

La verdad es que, si el médico novel quiere, para formar un concepto fijo, compaginar lo que ve en la práctica de los viejos que por sus dotes inspiran confianza y lo que dicen los libros de clásica actualidad, se habrá de encontrar con una embarazosa contradicción que le llenará de perplejidades y vacilaciones. ¿A quién creer? ¿De qué lado inclinarse? ¿Es justo el olvido, casi el menosprecio que de la revulsión se hace en los libros modernos? ¿Obran los otros prácticos por un ciego empirismo? Del antiguo abuso al actual olvido, hay una distancia tan grande que no se puede recorrer sin

pensar que la razón podrá estar cerca, pero no en los mismos extremos.

En la duda no cabe más que un camino; pensar y obrar por cuenta propia, y á medida que lo vayamos haciendo, guiados por la lógica y la serenidad, nos iremos convenciendo de una cosa muy importante y es la siguiente:

La revulsión no es un arma del alcance y precisión de la antitoxina diftérica ó de la cirujía radical, pero en cambio, es un arma modesta, corta; un arma de bolsillo, digámoslo así, que tendremos necesidades de esgrimir á diario para obtener de ella pequeños servicios, cuya total utilidad es inmensa, sin perjuicio de que llegue el caso de que su oportuno manejo salve una vida en mortal apuro. Aunque arma de pequeño alcance, puede ser salvadora ó suicida: es cuestión de saberla manejar; conocer bien el blanco, y estar oportuno en el disparo. Todo esto podrá ser poco para satisfacer nuestras actuales y justas aspiraciones, pero ¡qué más quisiera el médico que poder disponer de análogos recursos para todos los conflictos en que habrá de intervenir!

*
* *
*

La palabra REVULSIÓN tomada en su más amplio sentido, es decir, en el doble concepto de EXPOLIACIÓN (que quita) y DERIVACIÓN (que traslada), significa revolver, cambiar rápida y violentamente la situación de las cosas, con un fin terapéutico.

Sobre dos cosas podemos provocar tales cambios ó revoluciones: sobre la cantidad y reparto de los líquidos contenidos en el organismo, y sobre la influencia trófica y funcional que el sistema nervioso presta á los distintos

departamentos orgánicos. Con una y otra acción tratamos de producir pérdidas líquidas, modificaciones circulatorias, estímulos nerviosos, y hasta transformaciones químicas que se derivan del trastorno que en el funcionalismo provocamos de un modo voluntario, por intermedio de estos recursos.

Una buena parte de esos cambios, casi puramente hidráulicos, sabemos cómo se produce, cómo se maneja y cómo se gradúa: es la que se refiere á lo circulatorio. Los demás tienen para nosotros menos claridad, conocemos mal su mecanismo, y sólo sabemos de sus efectos.

Bien por producir pérdidas materiales, bien por originar estímulos que gastan por lo menos energías, la revulsión es siempre un recurso que irroga en el organismo que la soporta efectos secundarios de índole deprimente, cuyo variable grado habrá de entrar en el peso cuando tanteemos la balanza que precede á nuestras decisiones. Conviene no olvidar, pero también no exagerar, el valor de esta última circunstancia.

Conocidos estos antecedentes capitales podremos afirmar, procurando demostrarlo después, que la revulsión en general es un arma terapéutica, cuya utilidad y justificación la permiten figurar en el arsenal moderno, alegando para ello los derechos que la dan, 1.º sus fundamentos y aplicaciones científicas, 2.º las enseñanzas y sanción que la observación clínica la presta, y 3.º la garantía de las firmas que en pleno modernismo, la recomiendan con su autorizado consejo.

Fundamentos y aplicaciones científicas de la revulsión.

Empezaré por considerar á la revulsión como un agente modificador de la hidráulica vascular, capaz de producir cierto grado de anemia local ó general, bien derramando, bien atrayendo la sangre á otros territorios por medio de estímulos que determinan efectos fluxionarios en el foco de su aplicación, para entretener y almacenar temporalmente una porción circulante, ó para provocar la pérdida de una parte de sus elementos acuosos.

Sentado este concepto bien conocido de todos, veamos la manera de exponer los fundamentos científicos y razonar de paso, el proceso general de sus indicaciones, partiendo de los estados morbosos que pudiéramos llamar elementales.

CONGESTIONES.—Las enfermedades y episodios patológicos basados sobre una congestión que se localiza en un territorio vascular, directa ó indirectamente accesible á nuestras influencias revulsivas, cederán desde el momento en que la revulsión, expoliando ó derivando, desingurgite los vasos, cuya plenitud excesiva era la principal, sino la única causa de todo el trastorno producido. Esto es evidente y no precisa demostraciones; sólo sí, la advertencia común á toda obra terapéutica, referente á la necesidad de adaptar las cosas á las exigencias de cada caso en particular.

INFLAMACIONES.—Cuando el fundamento de un mal es un proceso inflamatorio pueden ocurrir varias cosas relacionadas con nuestro objeto. Que el proceso esté en sus primeras etapas; plenamente desenvuelto; ó en resolución incompleta. En el primer caso puede la revulsión tener un

alcance curativo: en el segundo una utilidad circunstancial, y en el tercero servir de ayuda en una labor reparadora y espontánea aunque insuficiente. Veamos el porqué de todo ello.

Primera etapa de la inflamación.—En todos los momentos del proceso inflamatorio y como uno de los primeros hechos con que el tejido protesta de la acometida flogógena, se despierta un movimiento fluxionario que precede, solicita y sostiene todos los demás fenómenos que integran el proceso morboso. La trasudación linfática, la diapedesis y emigración leucocitaria, la proliferación y degeneración de los elementos fijos, la infiltración y acúmulo de exudados y la destrucción ú organización de los mismos, todos son hechos necesarios, graduales, sucesivos y eslabonados, que van apareciendo después, con una relación tal de mutua dependencia, que la supresión de algunos de ellos supone un notable trastorno y aun la anulación de los que vienen en un tiempo posterior.

Teniendo esto presente y recordando los efectos de la revulsión, se comprende la posibilidad de extinguir un proceso inflamatorio, actuando sobre sus primeros elementos, con tanto más fundamento y eficacia, cuanto más al principio esté el brote, es decir, cuanto más pura y estrictamente vasculares sean los cambios hasta entonces ocurridos (1).

Si conseguimos yugular el movimiento congestivo, necesario, de absoluta necesidad al ulterior desarrollo del proceso, le haremos abortar, dominando la enfermedad á que servía de base. Este es un hecho que no admite discusión.

(1) Antes de que hayan tenido lugar hechos de más duradera existencia como la infiltración de leucocitos y la proliferación local.

Inflamación constituida.—No sucedería lo mismo si pretendiéramos curar con revulsiones una inflamación del todo desenvuelta. Llenas ya las tramas del tejido de elementos extravasculares, células, plasmas y exudados, sobre cuya movilización y acarreo no puede obtenerse un resultado rápido, inmediato y completo con la mayor ó menor llenura de sus capilares sanguíneos, los efectos de una revulsión serán nulos ó insignificantes. En estas circunstancias que podremos considerar del todo establecidas á partir del tercer día del proceso, nuestro remedio carece de títulos bastantes para considerarse curativo, pero puede de un modo más modesto y secundario influir en la previsión de ciertas contingencias. Véase cómo.

Hay en el brote inflamatorio un foco, un núcleo, digámoslo así, más viejo y de mayor intensidad, á partir del cual el proceso invade y se extiende en superficie ó espesor según la estructura del órgano afecto. Durante un período de tiempo variable, ese movimiento de avance, tanto más joven cuanto más excéntrico, no deja de invadir nuevas zonas.

Se da por otra parte y con frecuencia el caso de que en la periferia del bloque inflamado ó en otro sitio de íntima conexión vascular, aparecen fenómenos puramente congestivos llamados colaterales.

Pues bien: para cortar vuelos á la propagación del proceso en el primer caso y para remediar los accidentes colaterales en el segundo, puede la revulsión prestar sendos servicios y, aunque en concepto de sintomática y circunstancial, puede llenar en algún momento indicaciones vitales y salvadoras (1).

(1) Congestión colateral de la pneumonia.

Resolución incompleta.—Llegado el proceso á sus últimas etapas, la revulsión es inútil. Sin embargo no de modo tan absoluto.

Hay casos, y no dejan de ser frecuentes, en que el proceso resolutivo parece detenerse ó marchar con nociva lentitud, dejando sobre el terreno un bloque de induración inflamatoria. Dependa de lo que dependiere, este fenómeno coincide y se sostiene con un verdadero atasco circulatorio por éxtasis venoso y linfático local, que dificulta la reabsorción de líquidos y acarreo de células y detritus.

Cuando podemos en estas circunstancias aplicar la revulsión, al descongestionar la parte, aligerar la velocidad de sus corrientes y modificar el estado de recíproca tensión entre vasos y tejidos, damos evidentes facilidades á la evolución del movimiento restaurador, prestando con ello una ayuda tan eficaz como razonable.

EDEMAS.—Aunque pocas, hay alguna enfermedad, en general de soberano peligro, en que el edema de un órgano muy importante (cerebro, pulmón, laringe, árbol bronquial, etcétera), es todo su cimiento patogénico. Sea por simple y lenta trasudación serosa, sea por rápida y aun fulminante infiltración angioneurótica, el hecho es que la intolerada compresión que en los elementos nobles de un tejido produce el acúmulo de serosidad, ó la estrechez de un paso casi interrumpido en vía tubular cuyas inestensibles paredes se hinchan á expensas de su luz, son fenómenos capaces de inducir un trastorno cuya transcendencia está en razón directa de la que tiene la función comprometida.

En todo edema, aparte de la causa que le produce y de las facilidades que preste el estado de fluidez sanguínea, hay *in situ* una gran lentitud circulatoria y á su vez un estado de

ingurgitación en los capilares venosos con hipertensión en su contenido, fenómenos ambos fundamentales y absolutamente necesarios para que el edema tenga lugar.

Siendo esto así no habrá que esforzarse para demostrar y comprender que un tratamiento revulsivo que modifique rápidamente aquel estado de llenura vascular, mejorará la situación por el doble procedimiento de aflojar directamente la compresión local y dar facilidades para la reabsorción del trasudado.

HIPERTENSION ARTERIAL.—También los cambios y modificaciones que la tensión arterial induce en el funcionalismo orgánico, pueden ser objeto plenamente justificado de una intervención revulsiva, cuya razón de ser está en la génesis misma del proceso morboso. Vamos á verlo aunque haya que hacer para ello una digresión explicativa.

La tensión arterial es uno de los asuntos que con mayor utilidad y aplicación clínica se estudian en el día. Sabemos que es un fenómeno cuyas oscilaciones fluctúan entre ciertos límites más allá de los cuales se sale del estado fisiológico, bien sea por hipo, bien por hipertensión.

Jamás la tensión es absolutamente igual ni siquiera parecida en todos los puntos á la vez del sistema arterial considerado en su conjunto: cuando aumenta en determinado territorio, hay otro que sufre una baja compensadora.

Siempre que un órgano ó aparato para responder á un estímulo normal ó patológico precisa de mayor aflujo sanguíneo, se produce en sus vasos propios y aferentes un descenso de tensión que va acompañado sino precedido del fenómeno inverso en otro territorio vascular. Esta relación de territorios que se contrabalancean en sus presiones es fija y predeterminada. Siempre que podamos averiguar la

topografía de estas zonas de mútua relación podremos obrar á voluntad sobre una de ellas actuando en sentido contrario sobre la otra. Desgraciadamente sabemos poco de estas relaciones de recíproca correspondencia, que no sólo darían más amplia base á la medicación revulsiva, sino que nos permitirían explicar muchos hechos patogénicos hoy inexplicables.

Entre lo poco que conocemos del asunto se sabe que la admirable disposición de nuestro organismo ha colocado en el abdomen una especie de reservorio, de gran almacén de sangre viva y circulante destinado á recibir la que sobra, la expulsada de los departamentos hipertensos y surtir á la vez de material de relleno á aquellos otros en que afloja la presión concéntrica, á fin de mantener siempre en buena situación el fisiológico equilibrio. Conviene puntualizar. No toda la circulación del vientre marcha al unísono en ese proceso compensador. Los vasos de lo que llamamos tubo digestivo, con sus expansiones serosas, tienen el principal papel, y en menor escala sus glándulas anejas y órganos de la pelvis: pero la circulación renal á pesar de su vecindad tan íntima, no sólo no va á la par de la digestiva, sino que, obedeciendo sin duda órdenes de distinto centro, tiene una presión inversa, yendo pareada con la que se llama periférica.

En contraposición funcional con el reservorio sanguíneo del vientre hay otro gran territorio, llamado circulación periférica, que corresponde sobre todo al sistema arterial de la piel, mucosas de constante contacto con el aire y algunas vísceras como el riñón y los centros nerviosos con sus envolturas. Al llegar á este punto debe advertirse que todo lo que se dice y escribe sobre hiper ó hipotensión sin especificar un territorio vascular determinado, se sobrentiende

que hace referencia al estado tensivo de esa gran circulación periférica acabada de señalar.

Los orígenes normales ó causas inmediatas de la tensión arterial son de dos órdenes: activas y pasivas. La mayor ó menor violencia que á la onda sanguínea imprime la contracción ventricular para hacerla recorrer su circuito, y la contracción muscular de las paredes arteriales subordinada á la influencia vaso-motriz del sistema nervioso, son las dos causas activas de tensión. La masa ó volumen del líquido que llena los vasos, la elasticidad de los mismos, las facilidades ó dificultades de su desagüe y la acción de las presiones extravasculares son por su parte los orígenes ó causas pasivas de tensión arterial.

Cualquier agente ó intervención que actúe modificando alguno de los seis factores tiene que hacer sentir sus efectos sobre la tensión arterial, hasta tanto que la influencia de los demás compense, modifique ó acepte el cambio sufrido. He aquí uno de los principales resortes de la terapéutica revulsiva.

Antes de pasar adelante bueno será decir que la circulación menor ó pulmonar está en cierto modo desligada de la general para estos efectos. No se halla influída por sus cambios de tensión más que en condiciones extremas, por poseer dos grandes motivos ó razones de independencia.

La falta de nervios vaso-motores en el árbol pulmonar (más allá de las ramas de 4.º ó 6.º orden), hace que uno de los más importantes factores de tensión vascular, no pueda hacerse sentir en ese territorio. Por otra parte, toda presión alta ó baja con que pueda llegar la sangre destinada á recorrer los pulmones, muere, se pierde ó se modifica en las cámaras del corazón derecho, especie de esclusa donde se

detiene y arremolina la corriente para ser después transformada por el sístole del ventrículo, único factor activo de tensión en el árbol de la arteria pulmonar. El ventrículo izquierdo á su vez, facilitando el desagüe con su acción aspirante y venciendo las resistencias de la columna aórtica, contribuye con el derecho al mantenimiento de una tensión vascular, uniforme y constante en todo la circulación menor, formando un circuito completamente aislado de las tensiones que puedan hacerse sentir en cualquier departamento del árbol de la aorta.

Sólo los grandes cambios de volumen en la masa total de sangre circulante y la falta de dirección reguladora en el corazón, pueden ocasionar perturbaciones en los vasos respiratorios que afectan una forma muy especial, como tendremos ocasión de ver más adelante.

Estas nociones tienen para nuestro objeto muchísima importancia.

Como las afecciones morbosas en que intervienen los cambios de tensión de esta esfera circulatoria están ligadas á las perturbaciones de su regulador central, de un modo tan íntimo que no se comprenden las unas sin las otras, dejaré el estudio de sus relaciones con la terapéutica revulsiva para cuando me ocupe de las insuficiencias funcionales del corazón.

CAMBIOS DE TENSIÓN EN LA CIRCULACIÓN MAYOR.—Lo que en este momento nos interesa es lo referente al árbol aórtico, y de él, esa gran sección arterial que hemos llamado circulación periférica, en razón á que los dos tercios de su total capacidad correspondan á la piel y panículos subyacentes.

Los cambios tensivos de esta gran zona ó departamento vascular pueden y deben ser motivo, en muchas ocasiones,

de intervención revulsiva, cuyos tiros, siempre con su natural tendencia á distraer ó restar sangre del foco donde el peligro reside, habrán de dirigirse á dos distintos blancos, pretendiendo unas veces desahogar un acúmulo de cantidad ó volumen excesivo, procurando otras moderar una fuerza tensiva exagerada. Son estas dos cosas bien diferentes, puesto que puede haber hipotensión en un territorio congestionado y menos sangre de la ordinaria en una región vascular hipertensa.

Es lo último tan cierto, aunque á primera vista no lo parezca, que podremos considerar para los efectos prácticos que hay siempre cierto grado de anemia relativa en los tejidos cuya sangre circula con una tensión exagerada: y digo para los efectos prácticos, porque sea por que hay merma real de cantidad, ó sea por que el exceso de velocidad dificulta el aprovechamiento, el hecho es que el tejido reacciona y se comporta como si recibiera menos sangre de la que precisa. Véase por un lado la notable palidez y la tendencia al vértigo de todos los enfermos con tensión exageradamente elevada, como los brightícos, saturninos y arterioesclerosos avanzados, y por otro, obsérvase lo que ocurre en ciertos momentos que aun dentro de lo fisiológico, nos suministran la mejor prueba de ello. En una crisis violenta de terror sobrehumano, ó en un paroxismo de ira furiosa y explosiva, la tensión arterial alcanza de repente el máximum de lo posible dentro de los límites de la salud que por cierto tan fácilmente se rebasan en estas ocasiones. La mortal palidez del rostro, el temblor, el frío, los fosfenos, el zumbido de oídos, la flojedad de piernas, la relajación de los esfínteres, el vértigo y el síncope á que se puede llegar en estos casos, ¿qué son sino manifestaciones y efectos de una intensa

anemia de tegumentos, cerebro, médula y demás aparatos regados con esa exageradísima hipertensión? (1).

Parece deducirse de lo dicho que la medicación revulsiva aplicada á casos de hipertensión trata de anemiar más, territorios que prácticamente sufren ya los efectos de una anemia, pero esta paradoja, como vamos á ver enseguida, es sólo aparente, por que en el fondo, la revulsión es una de las piedras angulares en que se apoya el tratamiento de las hipertensiones.

Veamos la manera de demostrarlo empezando por establecer la noción de que los estados hipertensivos, si paulatinos y permanentes por su obstinada y tenaz influencia, si rápidos y transitorios por falta de tiempo para una buena adaptación, no sólo arrancan á la economía de su normalidad funcional, sino que yendo muchas veces más allá de lo que permite la tolerancia de que cada organismo dispone, pueden acarrear trastornos de incalculable importancia, bien sea por las modificaciones que imprimen en el riego sanguíneo, bien por el esfuerzo que exigen á determinados aparatos, ó bien por que rebasen la resistencia de las paredes que han de soportarlos.

Por cualquiera de estos tres conceptos constituye siempre la hipertensión un peligro, por lo menos en estado potencial ó de amenaza, que debe ser conjurado con recursos que la hagan descender hasta un grado que esté por debajo de la línea en que los riesgos empiezan.

La medicación revulsiva en este caso, puede decirse en términos generales, que es soberana del fenómeno, por que

(1) Hace 60 ó 70 años se sangraba por sistema á todo el que recibía un gran susto ó emoción, y yo creo que dada la importancia que tienen las violencias de una hipertensión tan grande, algunas veces hizo mucho bien aquella práctica rutinaria.

nada hay más seguro para disminuir la presión que actúa sobre un líquido cerrado que mermar el volumen de su masa. Sin embargo esta noción de seguridad y de eficacia, no siempre va asociada á la noción de oportunidad y el tino para elegir estriba en el exacto conocimiento de los hechos sometidos á examen.

Los estados de hipertensión (y seguimos refiriéndonos á esa gran circulación llamada periférica) pueden establecerse de una manera transitoria ó permanente, por la acción preponderante de una ó más de las seis causas inmediatas de que ya se hizo referencia.

Cambios en las causas activas de tensión arterial.

—Aunque tomen siempre una parte más ó menos grande en la hipertensión las causas activas de la misma, hay muchísimas ocasiones en que sólo ó principalmente á ellas se debe toda la subida morbosa, bien por un mayor impulso cardiaco, bien por una contracción excesivamente intensa y sostenida de la capa muscular de las arterias ó bien por la suma de ambos factores á la vez; resortes que como es sabido funcionan siempre subordinados á la tutela nerviosa. En estas condiciones, un poco de buen sentido nos decidirá á moderar esas fuerzas con una medicación vaso-dilatadora, con sedantes del corazón, ó combinando estos recursos en razón y medida de las circunstancias, en vez de inducir mermas en la masa de esa sangre comprimida. Esta conducta debe seguirse, (sin perjuicio de llenar siempre que sea posible la indicación causal para atacar el mal en sus raíces) en todos los casos en que tal hipertensión no sea demasiado exagerada; cuando ceda de un modo fácil y duradero á la medicación hipotensora; y cuando siendo de origen nervioso, tuviere las vivas oscilaciones, los cambios, la movilidad, la

inconstancia que suelen tener todos los trastornos derivados de dicho sistema. El primer caso no merece intervenciones revulsivas: el segundo no las necesita: y en el tercero quizá perjudicaran, porque dada la permanencia de sus efectos podrían acentuar desmedidamente una hipotensión que de pronto se echara encima.

No hay para qué decir que idéntica decisión debe tomarse en los casos en que la fuerzas radicales del enfermo no permitan gastos ni estímulos que puedan agotar, y en aquellos otros en que la misma hipertensión amenaza de un modo muy próximo con los peligros del síncope.

Por el contrario, cuando la altura alcanzada se estime tan peligrosa que imponga la necesidad de una baja intensa é inmediata, ó cuando las drogas hipotensoras contribuyan de un modo insuficiente á la finalidad perseguida, no habrá más remedio que asociar los recursos revulsivos para obtener efectos proporcionales á la suma de ambos factores terapéuticos. Del mismo modo se obrará, cuando de antemano haya motivos para sospechar que la situación cuantitativa ó cualitativa de la musculatura cardio-vascular no se presta á la acción vaso-ditadora de las drogas en el grado necesario.

Aumentos en la masa del líquido circulante.—Es rudimentario que los aumentos en el total de la masa sanguínea influyan en la tensión vascular en un sentido proporcionalmente ascendente con igualdad de las demás circunstancias.

Hay á este propósito un hecho muy sencillo pero de verdadera trascendencia en nuestras explicaciones. Después de una comida muy copiosa ó de la ingestión de bebidas en crecida cantidad, la absorción gastro-intestinal vierte é ingresa en el torrente circulatorio un volumen de líquido

que hasta ser eliminado por el desagüe renal, aumenta de un modo necesario la tensión de los vasos porque circula (1). Esto que en el hombre sano carece de importancia, cuando ocurre en enfermos que son previamente hipertensos adquiere un valor considerable, porque el grado de aumento que estas circunstancias determinan en su ya exagerada tensión, puede rebasar el límite de la tolerancia orgánica, en cualquiera de los tres conceptos enunciados al principio. Este peligro no sólo será tanto más inminente cuanto mayor la masa absorbida, sino también cuanto más rápido el aumento, por falta de tiempo para que las reacciones de compensación se vayan estableciendo. Esto, considerando al fenómeno como un hecho de momento. Pero cuando esa especie de sobrecarga circulatoria se produce día tras día y como costumbre habitual de años y más años en individuos cuyas pérdidas ó desgastes no equilibren los ingresos con las salidas, como ocurre en los glotones sedentarios, y en los grandes bebedores de sidra ó de cerveza, acaba por dejar siempre un remanente de líquido que, entre otros malos efectos, habrá de producir el de elevar la tensión arterial de un modo permanente y por lo tanto morboso; hecho á que contribuirán por su parte otras concausas nacidas á la par del mismo origen etiológico.

En las mismas condiciones, aunque por distinto camino, se hallarán aquellos otros que acostumbrados á una pérdida periódica ó constante compensada, de ordinario con una buena alimentación, continúan con ésta apesar de la brusca supresión de aquélla. Este es el origen de la hipertensión de

(1) Está demostrado que es más rápida la absorción digestiva que la eliminación renal.

muchas menopáusicas; de los que tuvieron años enteros sangre de espaldas, flujos hemorrágicos; los que sufrieron añejas úlceras varicosas, erupciones exudativas, fístulas, etc.

En igual caso el enfermo que sufre la amputación alta de un gran miembro, con la aplicación previa de la venda de Esmarch y que operado casi en seco, tiene que recibir en el resto de su capacidad circulatoria la gran masa de sangre que la venda desalojó del miembro exprimido, habrá de experimentar los efectos tensivos de su mayor llenura, con relación á las demás circunstancias del individuo. Y de idéntica manera la aplicación abusiva de las inyecciones de suero salino en los colapsos que no son de origen hemo ó hidro-rágico puede, al venir la reacción, acarrear efectos hipertensivos que alcancen alguna vez extraordinaria gravedad (edema pulmonar de los heridos y operados). Algo análogo puede ocurrir con las inyecciones intravenosas hoy tan en moda.

Todos estos casos, y alguno más que de momento no recuerdo, son los que se llaman de plétora; palabra que significa llenura ó plenitud excesiva y que sólo podrá aplicarse á situaciones creadas por un mecanismo análogo sino idéntico á los expuestos, porque la PLÉTORA ESENCIAL, es decir, la enfermedad producida por aumento morbos y primitivo de sangre normal, no existe que yo sepa, como no sea unos momentos después de una trasfusión abusiva ó experimental de sangre humana (1).

Vista la génesis de todos estos procesos de plenitud circulatoria y dada la necesidad de moderar los efectos de un

(1) La eritroemia ó policitemia de que se ocupa Senfert (*Amer. Journ. of Med. Sciences*, Dibre. de 1910), no es una verdadera plétora más que en el sentido globular, puesto que dá en vez de 5, de 8 á 12 millones de eritrocitos por mm. cúbico. Además los pocos

aumento de la masa ¿habrá tratamiento más lógico y más útil que el de inducir mermas en ella misma, siempre que se midan y elijan con acertado criterio de oportunidad? ¿Y no será esta oportunidad tanto más intensa y apremiante cuanto mayor y más agudo haya sido el aumento morboso? Estos conceptos, creo que están fuera de toda réplica.

Pérdida de elasticidad vascular.—Cuando los vasos pierden cierta parte de sus elementos elásticos y contráctiles por degeneración ó atrofia simple de los mismos, cosa que sólo suele ocurrir en las venas de algún calibre (varices), se dejan distender hasta el límite de su resistencia conjuntiva. Pero cuando el fenómeno tiene lugar en vasos finos y especialmente en las arterias, se acompaña de otros cambios histológicos, de infiltración y proliferación celular, cuya consecuencia inmediata es un aumento proporcional en el espesor y rigidez ó inestensibilidad de sus paredes, lo cual supone una merma real ó funcional en el calibre. Y digo funcional, porque aun cuando el vaso no se haya estrechado de un modo directo, su rigidez dificultará, opondrá un obstáculo hasta insuperable á la dilatación máxima que exige la tensión sistólica de la onda ventricular.

Pues bien: cuando este proceso de engrosamiento y dureza (endarteritis, atheroma, esclerosis, etc.), adquiere cierta difusión ocupando un extenso territorio de esa gran circulación periférica que estudiamos, reproducirá por un camino inverso la situación creada por los aumentos de masa, puesto que se establece idéntica relación de continente á

casos que se citan no están bastante estudiados para que puedan dar base á un buen concepto.

La plétora hidroémica de los antiguos es también una cosa muy problemática.

contenido cuando se aumenta el volumen del segundo ó se disminuye la capacidad del primero. La tensión por consiguiente subirá en relación al estrechamiento de calibre, y como por otra parte el mismo motivo que lo determina suele inducir en los vasos, focos de mayor fragilidad parietal, los peligros de la hipertensión serán mucho mayores que en otras circunstancias.

Si á todo esto añadimos el hecho real y positivo de que estas pérdidas de elasticidad significan siempre una quiebra cuantitativa de los elementos musculares, nos será fácil deducir lo poco que puede esperarse de las drogas llamadas hipotensoras, teniendo que apelar como principal recurso de tratamiento, al empleo discreto, pero sostenido, de los recursos que nos proporciona la revulsión en sus distintas formas.

Dificultades en el desagüe circulatorio.—Una situación que apenas difiere de las anteriores, es también la creada en el gran árbol periférico cuando se dificulta el desagüe de su corriente. Las mismas lesiones que produjeron la rigidez y el estrechamiento de los vasos, no sólo influyen en su estado circulatorio porque representen una merma en el total de su capacidad, sino que constituyen un obstáculo á su desagüe ó descarga, cuando se localizan y abundan de preferencia en esas arteriolas que pudiéramos considerar como fronteras de la red capilar propiamente dicha, formando con la suma de sus mínimos estrechamientos una especie de esfínter ó angostura que habrá de aumentar la presión de la vena líquida que la atraviesa y de todo el tramo que resulta aferente. Este es quizá el principal motivo que hace hipertensos á los arterio-esclerosos típicos, cuyas lesiones sabido es, que al revés de lo que ocurre en el

ateroma, se localizan y difunden por las zonas arteriales más finas y delicadas.

Por un proceso más grosero, pero de idéntica finalidad, ciertas afecciones y aun estados fisiológicos, que oprimiendo la circulación abdominal dificultan la descarga y desahogo que ese gran reservorio ó depósito proporciona á la circulación periférica, elevan en ella la tensión creando un obstáculo al desagüe. Los grandes tumores benignos que no producen pérdidas ó desgastes, y los embarazos en que el útero adquiere un volumen excesivo ponen en prensa á los vasos del vientre, pudiendo llevar á un estado de hipertensión tan alta, que provoque un edema pulmonar gravísimo en enfermas cuyo corazón y riñones estaban en una situación previa de absoluta normalidad (1) y mucho más en caso de daño previo.

En estas hipertensiones por deficiencia de desagüe cuando corresponden al tipo arterial, la revulsión puede, como en las pérdidas de elasticidad, llenar indicaciones aunque paliativas de indiscutible utilidad y justificación, pero cuando son de tipo abdominal, sólo suprimiendo la causa se pueden esperar buenos resultados y aun eso, á condición de que no haya explotado ya la crisis cerebral ó cardiaca, porque entonces son más rápidos los fatales progresos del accidente que la intervención del tocólogo ó del cirujano, sin que una revulsión por valiente que sea, sirva para otra cosa que para abrir un pequeño compás de espera no siempre aprovechable.

Cambios de presiones extravasculares. Presiones atmosféricas.—La presión atmosférica, tipo de presiones

(1) Yo he visto un caso mortal al iniciarse el trabajo del parto, en que me constaba de un modo terminante la previa sanidad del centro circulatorio y de la función renal.

extravasculares ejerce sobre la arterial una decidida influencia en sentido positivo.

Los cambios debidos á esta causa tienen un carácter especial que pueda justificar la intervención revulsiva para un doble objeto, sobre todo cuando se pretende prevenir determinado accidente; llenar indicaciones profilácticas.

Los aumentos de presión en la atmósfera no se hacen sentir ni con igual intensidad, ni al mismo tiempo en todo el árbol arterial llamado periférico. Si pensamos en la manera como esta influencia se ejerce, nos daremos cuenta de un hecho del mayor interés para nuestro objeto.

Una subida del barómetro determina, por lo que significa, una mayor presión extra ó peri-vascular y por consiguiente cierto grado de aplastamiento en los vasos: pero como por una parte éstos poseen una tensión interna que reacciona contra la disminución de calibre haciendo por conservar la luz que precisan á sus necesidades, y por otra parte el aplastamiento se deja sentir tanto más pronta é intensamente cuando menos protegido esté ese vaso, es decir, cuanto más superficial sea, resultarán dos cosas necesarias: 1.º Que la tensión intravascular aumentará en proporción de la resistencia que la atmosférica la opondrá y 2.º que los vasos más superficiales no podrán evitar cierto grado de reducción de calibre, lo que supone la retropulsión de parte de su sangre hacia los más profundos de su mismo sistema ó sección circulatoria (1).

Estos hechos que siempre son transitorios, porque al fin de cierto tiempo la presión atmosférica acaba por hacerse sentir lo mismo en la profundidad que en la superficie

(1) Cerebro principalmente; médula, riñón, etc.

de los órganos, nada nocivo ocasionan en el hombre sano, á menos que la diferencia ó cambio sea excesivamente grande, como en el rápido descenso de extremas altitudes (montañas, globos, aeroplanos) ó en la permanencia en sitios de elevada presión (campana de buzos, escafandras, minas muy profundas).

No hay para qué decir que los enfermos con previa hipertensión sufrirán sus efectos en alza. Pero no es esto lo que ahora nos interesa, sino lo que el fenómeno tiene de particular por una serie de circunstancias tanto individuales como atmosféricas que de ordinario intervienen en él y que aumentan las probabilidades y gravedad de un riesgo que muchas veces podría prevenirse.

Pensemos en primer lugar en esos antiguos hipertensos cuyo trastorno circulatorio ha llegado á dañar los órganos reguladores (1), ó producido en los vasos especial estado de friabilidad (2). Pensemos también en ese movimiento repulsivo de sangre hacia los ramos viscerales y veremos que la congestión subsiguiente pone por un lado en grave compromiso la resistencia ó cohesión de las paredes vasculares y por otro aumenta la tensión aferente, por que al fin el estado de ingurgitación contribuye á dificultar, y no poco, los desagües.

A mayor abundamiento suele ocurrir que muchas de estas subidas de la presión atmosférica, se acompañan de un rápido y profundo descenso de temperatura: y como el frío contrae

(1) Hipertrofias, degeneraciones, insuficiencias del miocardio: atrofia renal, coronaritis, aortitis, dilataciones de los grandes troncos, etc.

(2) Aneurismas miliares del cerebro, placas de ateroma, paquimeningitis hemorrágica, etc.

los vasos superficiales, se agrandan de un modo enorme los efectos tensivos y de retropulsión de la sangre que la subida barométrica había comenzado. Al llegar esta situación y teniendo en cuenta que la rapidez con que obran estas causas no siempre da lugar á compensadoras adaptaciones (1), la quiebra cardiaca ó la hemorragia por rotura, por verdadero estallido de los vasos rellenos é hipertensos, serán dos consecuencias tan lógicas como frecuentes (2).

Comprendiendo bien este estado de cosas puede llegarse á dos conclusiones prácticas referentes al mismo: 1.º la necesidad de modificarle con tratamientos revulsivos y 2.º la conveniencia de evitar sus efectos de un modo profiláctico.

Lo primero es racional por que con un corazón degenerado, insuficiente ó incapaz de resistir un esfuerzo y con unos vasos cuyas fibras musculares han sufrido la acometida de una añeja esclerosis ó de un avanzado ateroma, no pueden esperarse grandes beneficios de los medicamentos y aplicaciones hipotensoras que á lo más podrán servir de modesta ayuda ó en casos muy benignos.

(1) Una de las cosas que hacen á estos fenómenos atmosféricos más perjudiciales en sus efectos sobre la tensión es su variabilidad. Las rápidas transiciones de presión y temperatura que tienen lugar en un período de tiempo relativamente pequeño, apenas si permiten al organismo adaptarse á un medio que cambia con tanta frecuencia.

(2) Este fenómeno explica esas á modo de epidemias ó repetición de casos al mismo tiempo y aun en el mismo día, de hemorragias, congestiones, anginas de pecho, asma cardiaco, apoplejías y muertes repentinas, que suelen presentarse varios años en épocas ó períodos casi fijos.

Esta es también la razón que ha dado fundamento á la creencia vulgar de que las hemiplejias se repiten al año justo de su explosión.

Es necesario inducir mermas directas ó indirectas en la masa líquida sobre que actúa la presión para darla mayor holgura: es preciso cuando menos distraer, llamar la sangre á puntos lejanos de aquellos á que el frío y la presión la empujan de un modo peligroso, y sólo la revulsión puede conseguir estos efectos con tanta más seguridad, y con tanta más razón también, cuanto más pronto y menos desenvuelto esté el fenómeno. La segunda conclusión se deduce de esto último. Contando con que conozcamos al enfermo de antemano y sabiendo en qué compromiso le ponen los cambios atmosféricos, apenas veamos que el peligro se acerca intervendremos para prevenirle obrando con aquella libertad que da el pensar, que para esta previsión suelen ser suficientes revulsiones de escasa intensidad relativa, pues si el corazón para entregarse ó los vasos para estallar precisan de una tensión igual á N milímetros, una revulsión, acaso mínima, que contenga el fenómeno en N menos uno, sería suficiente al objeto perseguido. ¡Cuántas veces un modesto purgante, ó unos simples pediluvios sinapizados, á pesar de toda su sencillez, pueden evitar una hemorragia cerebral ó un ataque de estenocardia si llegan en estas condiciones de oportunidad! He aquí, pues, una de las indicaciones más racionales de la revulsión profiláctica que manejada con el tino que inspira un buen concepto de los hechos, puede conservar indefinidamente el equilibrio de un tolerable *statu quo*, en un mal que por lo demás es incurable (1).

(1) Los médicos antiguos que sangraban en primavera sistemáticamente á muchos de sus enfermos, quizá en su ciego empirismo hicieran una terapéutica bastante más racional de lo que se juzga entre nosotros.

Resumiendo: En los estados hipertensivos del tramo vascular, llamado circulación periférica, juega la revulsión un papel tan importante á la vez que racional, que sólo podría prescindirse de ella en los contados casos en que la musculatura cardio-vascular disfrutara de una integridad anatómica tan grande, que permitiese esperar de su respuesta á la medicación hipotensora un resultado completo y sin que la urgencia y la intensidad del fenómeno reclamen un rápido y violento descenso. No hay más que hacerse cargo de que la mayor parte de los enfermos que nos reclaman por esta clase de afectos pasan de los 40 años, para comprender, por el estado de los vasos á esa edad, cuán pocos serán los que no precisen alguno de los medios revulsivos sobre todo cuando la génesis del proceso, siempre hijo de varios factores á la vez, esté bajo la principal dependencia de un AUMENTO DE MASA, de UNA PÉRDIDA DE ELASTICIDAD ó del influjo de la PRESIÓN ATMOSFÉRICA. La revulsión en estas circunstancias puede desarrollarse como tratamiento curativo del accidente provocado por la hipertensión, como medio de ir paliando los malos efectos de su permanencia, y como recurso profiláctico de los peligros con que amenaza. Claro está que adaptando su grado y forma á la conveniencia particular de cada caso y sin perjuicio de asociarla á los demás recursos de oportunidad.

Ya que de la presión atmosférica me acabo de ocupar, no terminaré el asunto sin decir que también sobre el circuito pulmonar pueden sus bruscos cambios producir ciertos trastornos dominables y aun evitables por la revulsión.

Aun menos protegidos que los de la piel están, como sabemos, los vasos pulmonares contra los efectos físicos de un cambio de presión en la atmósfera.

El mal efecto de esta protección escasa se manifiesta de preferencia en los grandes descensos barométricos, que tienden á producir una verdadera congestión *EX-VACUO* tenida á raya en el hombre sano, por la energía cardiaca y porque también en la circulación periférica se produce otra vasodilatación que equilibra el reparto de sangre. Pero cuando alguno de estos resortes compensadores falla (1), ó el estado de los vasos pulmonares es de una gran fragilidad (2), la congestión ó la hemorragia son dos consecuencias que nada tienen de sorprendentes. Si el empleo de una medicación vaso-dilatadora de las arterias periféricas no es bastante para evitarlo, no habrá más remedio que asociar y en su caso sustituirla con los recursos revulsivos, para que nos conduzcan al éxito por el mecanismo de disminuir el aporte de sangre á la circulación menor.

HEMORRAGIAS.—En una enfermedad producida por hemorragia y por consiguiente con pérdida de sangre, ¿puede tener justificación y utilidad un tratamiento revulsivo?

Quitar sangre de un territorio que la está perdiendo, es acentuar los efectos de la anemia local ó general: parece un contrasentido, y sin embargo, puede darse el caso en que á falta de otros recursos, haya que echar mano de los revulsivos y no de un modo empírico, sino en virtud de terminantes razonamientos.

Prescindiendo de su papel profiláctico, papel importantísimo que se deduce de lo expuesto hasta aquí, los medios

(1) Afecciones cardíacas, sobre todo del corazón derecho, sínfisis del pericardio, agobio-físico, etc.

(2) Tuberculosis pulmonar, en la misma pared del vaso, focos ulcerados, y sobre todo aneurismas de Rasmussen,

revulsivos también tienen su indicación en ciertas hemorragias ya constituidas.

Enseña la experiencia que cuando la hemorragia tiene una intensidad, que sin llegar á la muerte produce el síncope, la notable pequeñez y lentitud circulatoria que bajo el estado sincopal se produce, facilita la coagulación provisional en las boquillas cruentas, deteniendo por este mecanismo la ulterior pérdida de sangre: pues bien, queriendo producir de un modo artificial la situación circulatoria que el síncope acarrea, en aquellas hemorragias que por su cantidad y por su sitio entrañan un peligro intensísimo é inmediato para la vida, puede desenvolverse un tratamiento que haga perder más sangre por otra vía, (caso extremo y lleno de peligros) ó que llame y entretenga lo más que pueda en miembros ó territorios apartados del foco, para que llegando á él muy poca cantidad se constituya en cierto modo un síncope local circulatorio, no olvidando en éstos y en todos los casos, la necesidad de mantener el riego de los centros bulbares en condiciones de suficiencia, si hubiese necesidad de llevar las cosas hasta el síncope general; lo que sólo podría comprenderse en una de esas enormes hemorragias de pecho ahogadoras y fulminantes, en que se juega el todo por el todo.

No es esta la sola indicación de los remedios revulsivos en la hemorragia, que si así fuera, dada la extrema urgencia del accidente, pocas veces se llegaría á tiempo de aplicarles. En otros dos órdenes de casos pueden prestar un servicio de gran importancia interviniendo con la seguridad que dá un pleno conocimiento de causa.

Sin llevar las cosas á tan excepcional y raro extremo, una revulsión difusa que congestione grandes zonas del

tegumento externo, que espoliando ó sin espoliar, según el caso, recargue de sangre los vasos periféricos; que obre un efecto análogo al de la trinitrina y nitritos; que reduzca en suma, al mínimum el aporte de sangre á la circulación menor, habrá de prestar un señalado servicio ayudando á cohibir una hemorragia pulmonar, sobre todo de las llamadas congestivas (tuberculosas, vicariantes, etc.) (1).

No es difícil comprender que no se dispone de iguales facilidades para toda clase de hemorragias, pero hay otra circunstancia en la cual la revulsión puede salvar del grave compromiso que crean sus inmediatas consecuencias: me refiero á la hemorragia cerebral.

En esta enfermedad la terapéutica revulsiva tiene y no tiene á la vez fundamento en que apoyarse y ventajas de que sacar partido. Según la ocasión en que se aplique puede curar ó matar.

Tengamos en cuenta, 1.º que el primer efecto físico ó mecánico de esta hemorragia es una compresión del contenido craneano con la anemia consiguiente al aplastamiento ó expresión de sus vasos: 2.º que estos hechos se desenvuelven con una rapidez rayana en la instantaneidad; y 3.º que la misma presión intracraneal es el mejor factor de hemostasia espontánea. Si apesar de estos tres antecedentes pretendemos cohibir ó moderar el brote de la sangre, ó aligerar la compresión por medio de una terapéutica revulsiva en estos primeros momentos, nos exponemos; por un lado á

(1) Las hemotisis de los primeros períodos, se llaman congestivas y se producen por explosión vascular. Las del período cavitario se llaman ulcerosas y se producen por un proceso de erosión centripeta de los vasos: esta segunda no suele ceder á la revulsión.

aumentar la anemia llevando al síncope, quizá mortal, lo que sólo era un estado comatoso, y por otro, disminuyendo la presión, á dificultar el principal medio de hemostasia natural y hasta avivar acaso un chorro de sangre ya extinguido (1).

Si en este período de la hemorragia la revulsión como se vé resulta contraproducente, no así en la situación cerebral que viene unas horas después de cohibida. Salido el apopléctico del estado comatoso que sigue al íctus (en los casos de cierta intensidad) es muy frecuente que algunas horas después, caiga de nuevo en el coma ó al menos en un sopor semi-inconsciente cuyo origen está en un movimiento fluxionario por reacción vascular, que alguna vez rebasa sus propias fronteras para entrar en terreno inflamatorio. Este fenómeno reaccional entraña tal gravedad, que á él se debe la muerte de casi todos los hemiplégicos, que caen del tercero al octavo día de su enfermedad. Si un tratamiento revulsivo no hace más que daño en la primera etapa de la hemorragia cerebral, es en cambio soberano en este segundo período. No hay más que ver al enfermo con la cara vultuosamente roja, los ojos inyectados, los latidos, violentos y llenos, de carótidas y temporales para deducir que aquel arrebato, aquella subida de sangre á la cabeza, está pidiendo á gritos una descarga casi siempre intensa y expoliadora. Por estas diferencias de oportunidad, se explica que mientras unos clínicos aconsejan la sangría, otros la rechazan con violencia: convendría preguntarles en qué momento del proceso la habían aplicado, para saber el grado de razón que asiste á cada uno.

(1) Para obrar sobre la presión intracraneal tenemos en la punción lumbar un recurso más inocente y fácil, que también falla en estas circunstancias por idéntica razón ó motivo.

AUTOINTOXICACIONES.—En relación bastante estrecha con los trastornos tensivos y hemorrágicos, hay un grupo de enfermedades é incidentes morbosos cuyo origen es una autointoxicación.

Del metabolismo orgánico normal ó desviado del tipo hígido, resultan productos tóxicos, verdadera materia pecante, contra cuyos malos efectos tiene la economía montado un servicio de defensa depurativa, bien inutilizando, bien eliminando semejantes escorias.

No es del caso investigar la patogenia de las enfermedades que pueden derivarse de una insuficiencia del trabajo depurativo ó de una anormal sobrecarga de tales productos, pero sí conviene dejar sentado que en todas ellas circula con la sangre y jugos que riegan la economía, uno ó varios elementos nocivos, bien extraños, bien naturales, pero en un grado de concentración superior al que suele alcanzar en las condiciones ordinarias de la vida y á cuya presencia ó abundancia se debe el conjunto de trastornos con que el organismo protesta.

Ahora, una pregunta ¿Puede la revulsión modificar este hecho fundamental en sentido favorable? Nada más evidente desde el momento en que sacando sangre se disminuye la cantidad de venenos circulantes y se desintoxica el organismo en grado proporcional.

Tres condiciones ha de reunir esta intervención expoliadora para que tenga toda la utilidad y justificación necesarias.

1.ª Que la cantidad de venenos ó productos tóxicos que con la sangre se expulsa, sea lo bastante grande para que bajando el ulterior grado de concentración tóxica en lo que resta circulando, se ponga dentro de los límites que exige la tolerancia. Dedúcese de esta proposición que para obtener un

desenvenenamiento terapéuticamente útil, habrá de sacrificarse una cantidad grande de sangre á fin de que resulte apreciable la sustracción de materia pecante (1); sangrías de las llamadas masivas.

2.º Que esta pérdida de sangre provocada á voluntad, sea medida del tal suerte, siempre con relación á cada caso en particular, que dentro de su valiente abundancia no sea tan grande que represente un peligro para la inmediata nutrición y funcionalismo de órganos que habrán de emplear grandes gastos de energía en el ulterior desarrollo del proceso.

Y 3.º Que resultando este tratamiento, muy caro al organismo y no resolviendo el problema más que de un modo parcial y transitorio, mientras la causa esté en pie, se deben aprovechar de él tan solo las dos grandes virtudes que evidentemente posee; la rapidez y la seguridad, reservándole, por lo tanto, para aquellas situaciones en que por su intensidad ó por su urgencia, no permiten esperar á que se desarrolle la acción de otros recursos más baratos sí, pero más lentos y menos seguros. Tipo de estas situaciones de riesgo es la eclampsia puerperal y síndromes similares en las uremias médicas y quirúrgicas, cuya gravedad, cuyo inminente peligro para la vida, no hay médico que desconozca.

(1) En la Sociedad Obstétrica de Francia, sesión XIV (habida en París del 5 al 7 de octubre 1911), M. Commandeur (de Lyon), ponente, al defender la sangría en la eclampsia puerperal apoyándose en las opiniones desde Peter, hasta Potocki, Bouffe de Saint Blaire, (1905 á 1907) Macé y Chirié (1908), dice que su propia experiencia le ha manifestado que sólo son útiles los sangrías masivas, muy abundantes, de 1000 á 1200 gramos; opinión apoyada por Boissard (de París) en la misma sesión. Este último suele añadir á la sangría la aplicación de sanguijuelas en los desagües venosos del cráneo para mayor efecto.

No mejoran estas expoliaciones de sangre los accidentes de la autointoxicación sólo por el hecho grosero de arrojar fuera del cuerpo una cantidad mayor ó menor de venenos. Sabemos que tales situaciones morbosas, sobre todo cuando dependen de insuficiencia renal, que son las más, y no pocas de las que tienen un origen alimenticio, se acompañan de hipertensiones arteriales cuyos nocivos efectos habrán de bajar con la sangría obteniendo ello de todos los beneficios que ya conocemos: y por último, tan importante pérdida de sangre descongestionará necesariamente el gran aparato de depuración urinaria, casi siempre comprometido en estos casos, facilitando de ese modo el mejor medio de defensa, al abrir amplia salida á los venenos por su vía de natural arrastre y expulsión (1).

Como se ve es un triple fundamento lo que apoya á las evacuaciones de sangre en el conflicto planteado por tales autointoxicaciones, que siendo de lo más temible no extraña que obliguen á desplegar tratamientos de una energía y valor que en algún caso pudieran parecer temeridad.

No es preciso llevar las cosas al extremo, para que la revulsión, beneficie en los incidentes de la autointoxicación siempre que éstos no tengan tan alta, ni tan amenazadora trascendencia.

Dejando aparte las infinitas ocasiones en que nuestra medicación domina ó mitiga síntomas y episodios congestivos, inflamatorios, tensivos, hemorrágicos, etc., que el estado tóxico determina, teniendo aunque sólo sea por ello plena justificación de su empleo, la revulsión, sin apelar á la pérdida directa de sangre, puede provocar secreciones, flujos

(1) Commandeur (de Lyon) Sociedad Gin. Fran., Sesión indicada.

y descargas que sirven de vehículo más ó menos cargado de elementos nocivos, que arrastrando consigo á la salida hacen el espurgo y limpieza del organismo en un grado á veces considerable. ¿No es una buena prueba el efecto de los purgantes salinos en el artrismo, gota, litiasis y en general en todas las autointoxicaciones en que el ácido úrico juega un papel preponderante? En la misma uremia ¿no lo demuestra también el alivio que reportan las grandes descargas de los drásticos?

Las grandes derivaciones suaves, difusas, que congestionando casi toda la piel con su aparato glandular, hacen brotar copiosos sudores ¿no pueden servir también para eliminar poco ó mucho, conocido ó ignorado, pero algo sí, que arrastrado por el sudor es un enemigo que huye?

Si sabemos que un hígado congestionado por el proceso, funciona mejor después de una descarga hemorroidal ¿no habrá derecho á esperar que pueda explotarse su importantísima función depuradora y antitóxica dándole á voluntad las facilidades que obtiene con un desahogo por el plexo venoso del recto?

¿Quién es capaz de negar que una purga, indudable revulsivo aplicado á la mucosa intestinal, no sirve á la par para barrer, para echar fuera de un modo mecánico, grosero, pero útil, necesarios centenas de veces, un cúmulo de venenos destinados á una futura absorción si son abandonados *IN SITU*?

De una vez: bien arrojando del organismo de modo directo é inmediato con la misma sangre los venenos circulantes; bien haciéndoles salir en espurgos acuosos; bien mejorando el estado y aptitud funcional de los aparatos depuradores; bien en fin modificando los incidentes circulatorios

sintomáticos, el hecho es que la revulsión tiene en las auto-intoxicaciones un valor y una justificación tan grandes que nos veríamos muy mal sino pudiéramos para tratar tales enfermos echar mano á cada paso de sus muchos y fáciles recursos, sin contar los casos, en que como en la uremia cerebral, casi llegamos á quemar las naves.

Otras dos palabras más sobre este asunto antes de acabarle. Cuando provocamos una de esas supuraciones estériles que llamamos abscesos de fijación ¿no buscamos entre otras cosas, la eliminación de un algo desconocido pero seguramente muy venenoso? Cuando pretendemos lavar la sangre con las inyecciones salinas ¿no necesitamos de la revulsión para prepararlas en cierto modo un cómodo alojamiento ó para completar su obra de dilución y desagüe facilitando las descargas complementarias. ¿No son estas dos, modernísimas aplicaciones de la medicación revulsiva, más olvidada de palabra que de hecho?

(Se continuará).

UN CASO DE SIFILIS VESTIBULAR

POR

ALFREDO RODRIGUEZ VARGAS

Especialista en enfermedades de la garganta, nariz y oídos.

Vamos á mostraros la historia clínica de un enfermo con fenómenos laberínticos de origen dudoso, y que gracias á la reacción de Wassermann, pudo conseguirse la curación.

Se trata de un sujeto nacido en esta ciudad, de 29 años, casado, con antecedentes avarióticos muy dudosos, y cuyo relato histórico es el siguiente. Una tarde de septiembre de 1910, después de merendar, vomita, pierde el equilibrio, se acuesta, y al día siguiente se encuentra bien. Estos fenómenos no solamente en el primer momento, se repiten cada quince días, luego cada ocho, más tarde en días alternos, y por último, el estado vertiginoso se hace permanente. Se daba cuenta de cuando le iba á dar el vértigo, porque cuatro ó cinco horas antes empezaba á sentir zumbidos en el oído derecho, pero la particularidad que más llamaba su atención, era que se provocaba siempre que dirigía la vista hacia arriba. ,

Había estado sometido á régimen, creyendo se trataba de una afección del estómago, y luego á la quinina suponiendo la existencia del vértigo de Menière, sin conseguir alivio alguno con uno y otro medio. Oído el relato que antecede

procedí á un detenido examen del enfermo, todo lo minucioso que me fué posible por considerar que el caso lo requería, y que dió el resultado siguiente.

Otoscopía.—Al examen otoscópico no se aprecia nada patológico objetivo. Tímpano normal, sin hiperemia; la movilidad con el Siegle también es la fisiológica.

Acumetría.—Por vía aérea. En el oído izquierdo, los signos acumétricos son normales. En el derecho la voz hablada se percibe claramente á 0,50 centímetros de distancia y la cuchicheada apenas se aprecia. La percepción de los sonidos agudos puede decirse que ha desaparecido.

El diapasón 48 v. d. es percibido á derecha y $\frac{1}{30}$ á izquierda.

>	>	512	>	>	un instante y $\frac{10}{100}$	>
>	>	1024	>	>	un instante y $\frac{11}{100}$	>
>	>	2048	>	>	un instante y $\frac{2}{100}$	>

El límite de los sonidos agudos, observados con el aparato de Struycken, es á la derecha de 410 por transmisión aérea y de 10.000 por transmisión ósea; á la izquierda por 9.000 por 16.000.

Por vía ósea.

Schwabach acortado en el oído derecho.

El Weber lateralizado en el oído sano (izquierdo).

El Rinne negativo á la derecha.

El Gelle positivo á la izquierda.

Prueba nistágmica.—Llegó el momento de interrogar el aparato vestibular con las pruebas nistágmicas. Como todo el mundo sabe su fundamento descansa en los conocidos trabajos de Ewald realizados en la paloma; con ellos comprobó que una corriente de endolinfa dirigida hacia la ampolla del conducto horizontal, da lugar á un movimiento

de la cabeza y de los ojos hacia el lado contrario del conducto, objeto de la experimentación, mientras que la aspiración de la misma endolinfa al alejarse de la ampolla da lugar á un movimiento de cabeza y de ojos hacia el mismo lado del conducto que se experimenta, ó en términos generales *la corriente ampulípeta de endolinfa produce un nistagmo homolateral y la ampulífuga un nistagmo contralateral.*

No provocamos el nistagmo por rotación, porque así estimulábamos simultáneamente los dos oídos y nosotros deseábamos explorarles por separado, en vista de que la lesión parecía ser unilateral.

Prueba del nistagmo calórico.—Nos valimos de una pera de Politzer unida á un tubo de goma, previamente enchufada en un otoscopio, procurando no obturar totalmente el conducto examinado, para permitir la salida del agua. Estando el enfermo sentado, y con la cabeza inclinada sobre el hombro derecho, inyectamos agua á veinticinco grados en el oído izquierdo, sobreviniendo á los sesenta segundos un nistagmo horizontal hacia el lado izquierdo que aumentó rápidamente de intensidad y duró unos dos minutos; inclinamos la cabeza hacia la izquierda, y el nistagmo tuvo lugar entonces hacia la derecha.

Repetimos las pruebas con el agua caliente, y dió lugar á los mismos fenómenos, pero invertidos.

La prueba de nistagmo calórico en el oído derecho, fué totalmente negativa.

*
* *

Estas sacudidas del nistagmo calórico, se producen por los movimientos que en la endolinfa determinan las

variaciones térmicas á causa de las variaciones de densidad. A un sujeto normal, hállese sentado ó de pie, con la cabeza inclinada sobre el hombro izquierdo, si se le inyecta agua fría en el oído derecho, se le produce un nistagmo horizontal hacia la derecha, porque en dicha posición se halla la ampolla en la parte declive, y muy próximas al punto de aplicación del agua refrigerante, lo que da lugar por las variaciones de densidad que ya indicamos, á una corriente ampulípeta de la endolinfa. Si se inclina la cabeza sobre el hombro derecho el nistagmo es hacia la izquierda.

Prueba galvánica.—Tratamos enseguida de contrastar los anteriores resultados con la prueba galvánica, y para ello colocamos un electrodo grande en la mano del paciente, y otro más pequeño sobre el tragus del oído izquierdo, hicimos pasar una corriente de diez miliampéres, sobreviniendo un nistagmo horizontal hacia la derecha, y al ranversar la corriente un nistagmo dirigido en opuesto sentido.

En el oído derecho la prueba galvánica fué como siempre negativa.

La producción del nistagmo galvánico se explica, porque la aplicación catodal da lugar á un estado catelectrotónico que obrando como excitante del nervio vestibular, aumenta los estímulos del aparato receptor del mismo lado. Estos estímulos al impresionar con más intensidad los centros reflejos, y al predominar sobre los del lado opuesto, hacen que el equilibrio normal se rompa, determinando nistagmo hacia el catodo. Por el contrario, la aplicación anodal determina en el nervio vestibular un estado anelectrotónico, que debilitando los estímulos y la conductibilidad nerviosa, da lugar al predominio de los del lado opuesto.

El Romberg fué negativo, y la marcha con los ojos cerrados se acompaña de desviación manifiesta con tendencia á la caída del lado derecho.

Fondo de ojo normal.

El examen del enfermo se completó con la sero-reacción del Wassermann, practicada por mi distinguido amigo y reputado sifiliógrafo Dr. Pérez Mínguez, acusando un resultado débilmente positivo.

*
* *

Es indudable que nos encontramos enfrente de un sujeto vertiginoso, ¿pero qué forma de vértigo padece nuestro enfermo? ¿de qué naturaleza era? El vértigo se determina por lesiones que radican en el centro de orientación, ó por otras más ó menos lejanas, que sobre él actúan por acción refleja. No hemos de detallar el examen general que en nuestro enfermo practicamos y solamente diremos brevemente que había normalidad en sus grandes funciones generales, y claro es que en tales circunstancias en el oído habíamos de concentrar nuestra atención.

Para mejor interpretación de los síntomas recordaremos, que el nervio auditivo está formado por la reunión de dos completamente distintos, el coclear, que recibe las sensaciones sonoras y se distribuye por el caracol, y el vestibular, que recoge las sensaciones del movimiento y se ramifica por el vestíbulo y los tres canales semicirculares; de aquí se deduce que haya necesidad de hacer un examen funcional de los dos laberintos del anterior con las pruebas acumétricas y del posterior con las pruebas nistágmicas.

¿En nuestro enfermo la lesión estaba localizada en el oído externo ó en el oído medio? No, ni en uno ni en otro, por

que en sus afecciones la alteración funcional interesa únicamente el aparato de trasmisión de los sonidos, conservándose íntegro el de percepción. ¿Radicaba en el oído interno? Solamente las pruebas acumétricas y nistágmicas podrían aclarar las dudas y como éste es asunto de importancia he de ocuparme de ellas procurando exponerlas con la mayor claridad y brevedad posible.

Veamos en primer término la diferencia que existe entre las pruebas acumétricas de un enfermo con una afección del oído medio y otra del oído interno.

En el primer caso, hay limitación auditiva por vía aérea.— La voz alta se percibe á dos metros de distancia; la voz cu-chicheada se entiende á veinticinco centímetros.

La percepción de los sonidos graves está disminuída, en cambio los agudos se entienden normalmente, y cuando esto sucede, la experiencia ha demostrado la existencia de una lesión del aparato de trasmisión y que el caracol está íntegro.

Hé aquí lo que ocurre por vía ósea: Si colocamos un diapason sobre el vértice de la cabeza ó sobre la apofisis mastoídes del sujeto enfermo, la duración de sus vibraciones, es igual, y la generalidad de las veces mayor, que la normal, cuya duración perceptiva ha sido fijada previamente (Schwbach, prolongado).

Pero hay un hecho de gran valor y consiste en que la vibración se hace más perceptible por el oído enfermo que por el sano (Weber, positivo).

No hablaremos de otras pruebas (Rinne, Bing Bonier, etc.) por no hacer más extenso y difuso este asunto.

El el segundo caso, ó sea aquel en que el enfermo es el oído interno, la sordera depende de una lesión del nervio auditivo, y por lo tanto, la disminución ó desaparición de

su función, tiene que serlo igualmente por la vía aérea que por la vía ósea.

Sordera por vía aérea.—La voz alta se entiende á cincuenta centímetros de distancia: nada la voz cuchicheada. La percepción de los sonidos agudos ha desaparecido.

Por vía ósea.—Schwbach acertado y el Weber se aprecia mejor en el oído sano. El Rinne es positivo.

Todo lo antedicho ha servido para demostrarnos que nuestro enfermo padecía del oído derecho y que de éste, el externo y medio se hallaban en estado normal, siendo por tanto evidente, que era el interno el lesionado. Tratábase pues, de una lesión laberíntica, diagnóstico no sólo hecho por exclusión, sino confirmado también por las pruebas nistágmicas referidas, que dieron por resultado la falta de perturbaciones de equilibrio y de sacudidas nistágmicas apesar de las excitaciones artificiales de los canales semi-circulares.

Ya no nos restaba más que conocer la naturaleza de la dolencia, extremo importante, puesto que pudiera servirnos de base para nuestras intervenciones ulteriores. La sero-reacción positiva, nos dió pronto la clave del enigma y el tratamiento aplicado en consonancia con la naturaleza avariótica, completó la exactitud de tan poderoso elemento de diagnóstico, (puesto que hace más de un año que está curado el enfermo), y de todos nuestros juicios respecto á la existencia de una *sífilis vestibular del oído derecho*.

CONCEPTO A TENER, CONDUCTA A SEGUIR

Y MEDIOS A EMPLEAR

EN EL TRATAMIENTO DE LOCOS AL COMIENZO DE SU TRASTORNO MENTAL

POR

RAMIRO VALDIVIESO

Médico Director del Manicomio provincial.

(Continuación).

El examen de *la conducta por lo que concierne á las relaciones materiales del loco con el grupo social de que forma parte*, ha de hacerse bajo estos tres aspectos: el de especificación y actividad para el trabajo, el de instinto de propiedad y sentimiento de posesión, y el de tutela de los intereses jurídicos, aspectos estos tres que se deducen del triple cometido que en la sociedad humana ha de llenar el individuo, en sus derechos y deberes biológicos, económicos y morales.

1.º Las aptitudes y energías para el trabajo son deficientes y aberrantes desde los primeros años de la vida en los frenasténicos y degenerados, que por ser individualidades imperfectas son incapaces de cometido social definido, estable y útil para sí y para los demás, por lo que con frecuencia cambian de oficio y abrazan las profesiones más distintas, unos; y otros, incapaces para cualquier trabajo, dominados

por invencible pereza, por hipo ó abulia viven miserablemente en el ocio, en el parasitismo más egoísta y comunemente en el vagabundage. Cuando un individuo cae en grandes distracciones, comete errores técnicos, omisiones ortográficas y equivocados cálculos, y olvida los negocios propios; esto es, muestra disminución y actividad de la capacidad y actividad trabajadora, revela el principio de enfermedad mental; y si de ello es consciente podemos suponer la existencia de una vesanía simple comenzante (melancolía y manía simples); pero si de su variación de conducta laboriosa es inconsciente y se sumerge en el mundo fantástico de sus delirios, ú olvida todos sus deberes ó consume en la crápula sus intereses, y vegeta en la más perenne ociosidad, sin preocuparse del hoy ni del mañana, permaneciendo en la más absoluta inercia, se ha de sospechar la constitución de un estado crónico de perturbación mental; así como la hiperactividad tumultuosa, la laboriosidad excesiva y desordenada, la sucesión de iniciativas, de proyectos y de especulaciones, permite diagnosticar la morbosa dinamogenia psíquica del primer estadio de la parálisis general progresiva.

2.º Altérase en la locura el instinto de propiedad, bien por disminución, y en ciertas formas impulsivas por absoluta abolición, bien por exageración y perversión. La prodigalidad intermitente apréciase en todas las formas exaltadas; la prodigalidad habitual traduce siempre un déficit mental de los degenerados y débiles hereditarios. El impulso de destrucción (*pantoclastia*) es secuela obligada de los estados de agitación, ya por experimentar el placer de la transformación fácil de los estímulos (maniacos, confusos, alucinados y paralíticos), que por reacción convulsiva y taciturna

al dolor moral (melancólicos ansiosos), ya por influencia supurativa de alucinaciones amenazadoras y terroríficas (epilépticos, melancólicos demoniacos, delirantes tóxicos y paranoicos alucinados). Cuando el impulso de destrucción es consciente lo es á título obsesional (*clastomanía* propiamente dicha) como en los psicasténicos; cuando lo es por índole amoral, por el placer de la mala acción, se ha de pensar en anomalías congénitas ó históricas; y cuando es repentino y satisfecho por automatismo inconsciente puédesse precisar que el enfermo obra en raptus epiléptico. La destrucción por medio del fuego (*piromanía*), impulso que cesa, por lo común, al surgir las llamas, es medio empleado por los degenerados bajos. La exageración del sentimiento de propiedad da nacimiento: á la *kleptofobia* (miedo á ser robado) preocupación de los melancólicos, psicasténicos con idea fija y seniles; á los celos sexuales de los paranoicos eróticos y de los alcohólicos; y á la onemanía (afán de comprar sin límites y sin pensar en la utilidad de lo adquirido) que es común en los exaltados periódicos y en los paralíticos, y, según Magnan, es impulso obsesional en los hereditarios. Perversión del instinto de propiedad es el *coleccionismo* que, á veces, se complica con la *kleptomanía*; cuando uno y otro se realizan semi-automáticamente indican debilidad mental, ora congénita si la recogida ó el robo es de objetos de un determinado género, ora adquirida por disolución psíquica secundaria (demencia) si hay policoleccionismo ó polikleptismo.

3.º La tutela exaltada de los intereses jurídicos constituye un síndrome (la querellomanía) de relevante interés en los perseguidos procesivos; la deficiencia de relaciones jurídicas, como el abandono de todos los derechos, es común

en los locos agudos y crónicos, motivo á los desórdenes afectivos é intelectuales que sufren.

El examen de *la conducta concerniente á las relaciones afectivas del individuo con el agregado social* ha de referirse á las dos principales relaciones de convivencia humana; las domésticas y las intrasociales. El análisis detallado de los efectos que las anomalías y la perturbación mental producen en la vida familiar de los locos demuestra la incapacidad de fundar una familia, la perversidad doméstica, y la inadaptabilidad á la existencia regular y disciplinada de la casa en los degenerados; y en los demás locos revelará ya la disminución ó pérdida de los sentimientos familiares, ya su exageración ó perversión.

Las anomalías afectivas de los degenerados se circunscriben sobre todo á la baja de los sentimientos de ternura, y las individualidades aberrantes no sólo aborrecen el matrimonio (misogamia) si que principalmente huyen de tener prole (misogenia), y no experimentando ninguna emoción á la vista de las criaturas débiles, no toleran el contacto y caricias de los niños, con los que usan siempre de palabras y tratos duros (misopedia). En las familias psicopáticas la vida afectiva es pobre, los lazos entre sus miembros son débiles y no es sentida la dulzura de los sentimientos domésticos, y de ello es práctica prueba el fácil olvido en que los reclusos de los manicomios son dejados por sus parientes. Y como anómalas manifestaciones de la conducta doméstica de los degenerados han de consignarse como más principales la inclinación al aislamiento y las fugas del domicilio paterno. El primero, que puede llegar á una verdadera clausura, pasando días el individuo encerrado en su habitación en actitud de sospecha y desconfianza (*claustrofilia*) caracteriza

en sus formas leves morboso egoísmo, y en las graves la evolución del delirio hipocondriaco persecutorio de la paranoia originaria. Las segundas pueden ser originadas ó por procurarse malas compañías y disfrutar de sus viciosas costumbres, ó por emprender románticas aventuras que forja una fantasía excitada por lecturas malsanas, ó por emprender viajes hacia lugares indeterminados, ó por verdadera necesidad impulsiva á vagar sin objeto (monomanía errabunda de Morselli).

En los individuos de normal afectividad familiar la disminución de los afectos domésticos es uno de los más constantes y preciosos indicios que se descubren en la preparación y desenvolvimiento de una psicopatía. Si se trata de melancolía el individuo conoce al principio el cambio que sufre y por él se angustia; pero muy pronto el sentimiento de malestar, las ilusiones y alucinaciones, los conceptos delirantes se sobreponen á todos los sentimientos y el enfermo se hace un intolerable egoísta, que turlura á la familia con sus interminables quejidos, sin preocuparse del dolor que á los suyos ocasiona. Si se trata de manía el enfermo tumultuoso desorganiza la casa, se hace colérico y tiránico, é incapaz de frenar sus trasportes furiosos, pierde pronto la conciencia del propio estado morboso. Si se trata de psicosisparanóica ó de parálisis general falta en toda la fase de la enfermedad el conocimiento de la propia intolerabilidad doméstica, que no sólo, como en el alcohólico también, es obligado por la desafección de la familia, sino por la antipatía y el odio á los más próximos parientes y seres antes más queridos. De indudable valor diagnóstico en las formas no originarias de desorden mental son para Sollier las *huidas de la casa*, las cuales son efectuadas por razones distintas

por los epilépticos, paralíticos, paranóicos, melancólicos, dipsómanos é histéricos. Dice Morselli: «En la epilepsia las fugas constituyen verdaderos equivalentes de los accesos convulsivos, son, de ordinario, crisis de epilepsia larvada: el individuo huye de casa automáticamente, en un estado de inconsciencia y de amnesia (*automatismo comicial ambulatorio* de Charcot), y puede, á veces, por horas y por días andar, viajar en tren, penetrar en casas, cometer actos reprobables, obrando en todo como un sonámbulo. Los paralíticos se alejan, á veces para satisfacer su exagerada necesidad de movimiento, ó por entregarse á la crápula ó para poner en ejecución sus fantásticos proyectos; en ocasiones la familia no les ve volver, porque ellos con su amnesia olvidan el nombre de la calle y el número de la casa en que habitaban. Típico del paranóico con delirio de persecución, que quiere engañar á sus enemigos y hacerles perder sus huellas, es el cambiar continuamente de domicilio (*oicomanía*) el viajar de pueblo en pueblo con nombre falso ó el presentarse en un asilo para ser encerrado en él; no raramente son decididos á esto por alucinaciones ofensivas é imperativas. También los melancólicos están sujetos á impulsos de fuga, ya porque se consideren indignos de vivir en el seno de la familia, caída por su culpa en el deshonor, ya porque quieran atentar contra su vida lejos de las personas queridas. Más irresistible todavía es el impulso oicomoniaco que conduce periódicamente á los dipsómanos á fugarse, cuando la sed morbosa por los alcohólicos les excita: en general los excesos de ebriosidad son consumados lejos de la vista de los parientes. En cuanto al histerismo se observan en él con frecuencia ataques de deambulacion automática cuando se alternan estados opuestos

y diferentes de conciencia (doble conciencia, vigilambulismo)».

La exageración de los afectos domésticos figura en primera línea entre los motivos que hacen tan penoso y triste el estado melancólico, ya porque el enfermo tenga delirio de culpabilidad y de humildad, ya porque las ilusiones y alucinaciones tengan carácter persecutorio, ya porque el delirio se encierre en el tema de la ruina económica. Por estas ideas son producidos muchos suicidios de melancólicos y, lo que es más grave, muchos impulsos y determinaciones homicidas, que se cumplen generalmente en la mujer y los hijos, de una sola vez, con la misma arma y por la noche, durante el sueño de las víctimas. Típico de la lipemanía senil y del negativismo paralítico es el delirio de miseria, que bajo apariencias altruistas encierra el más desolador egoísmo, como en sustancia egoísta es la exageración de la posesión sexual, que engendra los celos maritales, que llegados al grado de pasión patológica constituyen por sí solos una verdadera enfermedad mental, designada por Moreau de Tours monomanía celosa. Grave indicio de locura es la aparición de injustificados celos conyugales inmediatamente después de consumados el *jus primae noctis* (locura post-comnubial); y más grave todavía serán los celos hacia el principio de la decadencia genésica, que en el hombre, de ordinario, son para hacer sospechar el alcoholismo, así como en la mujer el principio de una paranoíá hipocondriaco persecutoria menopáusica.

En las relaciones sociales la conducta del alienado sufre múltiples y características alteraciones; unas que se refieren á las formas ceremoniosas de convivencia, otras á los sentimientos altruistas.

Respecto á las primeras, en aquellos cuya anomalía psíquica es debida á un vicio degenerativo de constitución mental son durante toda su existencia inacomodables, ó porque son del todo incapaces de modificar las formas externas de las acciones en presencia de sus semejantes, como en los idiotas é imbéciles bajos, ó por que en las relaciones sociales se conducen de modo extravagante, teniendo defectuosos los sentimientos de respeto, de pudor y de cualquier otro género, como los degenerados superiores, los razonadores y los paranoides. En los locos propiamente dichos, en los que se verifica un cambio morboso de la personalidad educada, muestran desde el comienzo de la enfermedad su reacción á los estímulos derivados del trato social; pierden la facultad adquirida de adaptar la mímica, los actos y el lenguaje á las reglas de buena educación y de conformidad á las normas que la organización social impone á cada uno de sus miembros, pudiendo, desde los más levísimos grados de inconveniencia, llegar á la absoluta imposibilidad de formar parte del consorcio civil.

Respecto á los segundos hemos de consignar: que el sentimiento de simpatía y de benevolencia para con sus semejantes son deficientes en los anómalos y hereditarios, y en la mayor parte de los locos se encuentra disminuído ó abolido, hallándose en éstos debilitado ú obtundido el instinto natural de asociación; que revelan manifestaciones misantrópicas los melancólicos como los paranoicos originarios y tardíos; y que hay predominio de los sentimientos antipáticos sobre los simpáticos en los paranoicos perseguidos, epilépticos é histéricos y al revés en los maniacos, paralíticos y megalómanos. Lesionado se encuentra también en la locura el sentimiento de piedad, siendo la *abiofilia* (deficiencia

congénita de este sentimiento) síndrome peculiar de la degeneración mental, así como la debilitación ó cancelación de él constituye el motivo de peligrosidad del loco, y los que conduce á éstos á los actos agresivos. En cuanto á los sentimientos de justicia, formado lo mismo de la exacta representación de los propios derechos é intereses que del reconocimiento de los derechos é intereses ajenos, se rompe su equilibrio lo mismo en los anómalos que en los enfermos mentales, pudiendo considerar la conducta antijurídica del loco en tres principales aspectos; el de parasitismo, característico de los degenerados, que considerando el trabajo como un rebajamiento de la dignidad humana, pretenden vivir á costa del trabajo de los demás; el de desconocimiento de los intereses y derechos de sus semejantes, de los que nacen la calumnia, tan común en los alcohólicos é histéricos; el hurto, frecuente en los imbeciles y locos morales y que á título de impulso kleptomano se observa en las mujeres histéricas y en las locuras del embarazo y lactancia; y el incendio, cuya aplicación se hace por este orden: imbeciles é idiotas, melancólicos, dementes, paranóicos, epilépticos y maniacos; y el de exageración de los propios intereses y derechos, secuela de ideas hiperbólicas de muchos locos morales, paranóicos perseguidos, paralíticos megalómanos y principalmente de los perseguidos perseguidores litigantes. Las tendencias y los actos conexiónados al sentimiento de recíproca solidaridad, que inspiran la parte más noble de la conducta humana, sólo en ciertas anomalías de la personalidad se pueden observar acciones inspiradas en ideales patrióticos y humanitarios permanentes, así como son transitorias la caída de todo sentimiento filantrópico en el melancólico, en el neurastésico y paranóico, absorbidos por

preocupaciones egoístas; la ausencia de ellos en el maniaco por el desorden de ideas y la perversión moral; su ofuscación en el paralítico por sus delirios absurdos, y su perdición en los dementes por la progresiva disminución de todas las fuerzas mentales.

El examen de *la conducta en relación á los sentimientos religiosos y estéticos*, refiérese á las acciones con las cuales se muestra la parte más abstracta de la vida afectiva é intelectual. El sentimiento religioso, dice Morselli, es un factor de grande importancia en las enfermedades mentales; no sólo es el núcleo de gran número de delirios, si que de su existencia é intensidad, de su conservación ó desaparición, de sus frecuentes perversiones en los estados agudos y crónicos de locura, podemos conseguir criterios valiosísimos para establecer el grado de desarrollo y de disolución de la personalidad. Según que en la conducta religiosa prevalezca el sentimiento de temor ó el de veneración tendremos: en un caso las locuras de formas tristes y concéntricas, en las que preocupado el enfermo por la cólera divina prevee inmensos castigos durante la existencia terrena y tiene la certeza de las penas infernales ó la privación del Cielo para la otra vida, y estando sometido á alucinaciones místico-religiosas, generalmente terroríficas, fenómenos estos característicos de las locuras melancólicas, en las cuales si bien pueden faltar los actos de culto externo y del rito, son vivísimos y exagerados las representaciones de los deberes religiosos, de donde los ayunos, las mutilaciones y los impulsos al suicidio y libericidio; en otro caso las locuras de formas expansivas, en las que los enfermos demuestran fervor extremado, da importancia exagerada á todos los objetos culturales y observa escrupulosamente las prescripciones

eclesiásticas, como en los paranóicos religiosos, siendo de advertir que la aparición rápida de manifestaciones religiosas precede con bastante frecuencia el desarrollo de ataques epilépticos, á título, según Hurd y Toseli, de automatismo psíquico. La ausencia de todo sentimiento religioso acompaña naturalmente las graves detenciones de desarrollo mental por teoagnoscia y las disoluciones extremas de la personalidad, por pérdida de toda idea abstracta y de cuanto la educación y conveniencia introdujo en su espíritu.

El sentimiento estético se modifica en la locura, pero sus alteraciones contribuyen en muy poco á su diagnóstico. La estética en sus grados inferiores y medios se manifiesta con los placeres de las groseras satisfacciones físicas, de juegos, fiestas y ritos religiosos, que responden á necesidades puramente sensitivas y á emociones orgánicas; en los grados superiores se eleva hacia la esfera ideativa, hasta encontrarse en conexión exclusiva con placeres cognitivos y emociones intelectuales. En este segundo grupo se hallan algunos, muy pocos, paranóicos con delirios de interpretación; en el primero todos los frenasténicos y dementes y la mayor parte de locos agudos, incapaces de sentir la belleza de formas y conceptos por estar absorbidos por las exigencias de necesidades inmediatas, de rumia incesante de delirios y de exaltaciones sentimentales en perpetuo asalto.

(Se continuará).

UN CASO DE INERCIA UTERINA
TRATADO CON ÉXITO SORPRENDENTE
CON EXTRACTO HIPOFISARIO

POR EL

DR. PEDRO ZULOAGA

Muy bien pudiera ir esta breve relación clínica en la sección de casos de esta REVISTA, pero prefiero aprovechar la ocasión que se me presenta, para decir cuatro palabras acerca de la aplicación obstétrica de los extractos hipofisarios, que tanta utilidad han de reportar á esta especialidad médica. Mas no adelantamos juicios; veamos primero el sucedido:

En las primeras horas del día 16 del presente mes, fuí avisado para ver á D.^a Juana H... de D. Se trata de una señora de 40 años, sana, robusta y sin antecedente morboso alguno. En cambio sus antecedentes obstétricos no están en relación con dicha normalidad fisiológica. En todos los diez partos anteriores al que he de relatar, tuvo nuestra historiada una atonía uterina más ó menos intensa que fué acentuándose más á cada nuevo parto. En el primero, y después de dos días y medio que duró la dilatación, estando la cabeza en el estrecho inferior, desaparecieron en absoluto las contracciones uterinas, lo que obligó al médico que

la asistía á llamar á un especialista, que hizo una aplicación de forceps. En los demás, según dice la interesada, la dilatación fué también muy lenta, y aun cuando los partos se terminaron espontáneamente, en ninguno de ellos el trabajo duró menos de 24 horas.

Hará tres años el día 21 del corriente, que asistí por primera vez á esta señora. Presentación de vértice, primera posición, dilatación uterina que tardó en completarse más de 30 horas y expulsión lenta que duró unas tres horas. Las contracciones uterinas fueron debilitándose á medida que el parto avanzaba, y sólo á fuerza de masaje uterino, irrigaciones vaginales calientes y esfuerzos de la parturiente se logró terminar la expulsión sin necesidad de forceps, que estaba ya preparado. Niña viva, peso 2870 gramos: alumbramiento por expresión á los 15 minutos. Puerperio normal.

El día 16 de junio de 1910, volví á asistir de nuevo á esta señora. Presentación de nalgas, posición sacroiliaca anterior izquierda. Período de dilatación lentísimo por inercia uterina; la dilatación no era aún completa á las 50 HORAS, llegando á este estado con la matriz tan agotada que me ví obligado á terminar manualmente la dilatación y hacer la extracción manual del feto, sin que el útero se contrajese apenas durante estas maniobras. Niño de 3420 gramos. Alumbramiento por expresión á los 10 minutos. Puerperio fisiológico.

Con los antecedentes que la parturiente me había dado de partos anteriores, y con los que descritos quedan de los por mí asistidos, no es de extrañar tuviese cierto miedo á que el parto que ahora había de asistirle no pudiera terminar espontánea y fisiológicamente. Y en efecto, los dolores empezaron á las doce de la noche, yo la ví á las cuatro de la

mañana y pude apreciar que las contracciones uterinas eran débiles y cortas y que se presentaban cada 10 ó 15 minutos. No quise obrar de ligero y esperé los acontecimientos hasta las cuatro de la tarde en que, en vista de que llevaba ya 16 horas en dilatación, me dispuse á ver el estado en que el parto se encontraba y por tacto aprecié una dilatación del tamaño de una moneda de dos pesetas, y la cabeza fetal sin encajarse aún, es decir que estábamos á las 16 horas en la misma situación que hace tres años á las seis; y si entonces duró la dilatación 30 horas, teniendo en cuenta que en el parto actual la atonía uterina era mayor que en aquel, pensé que si esperaba más, comprometería la vida de la madre y del feto, pues veía acercarse la akinesia completa, sin haberse obtenido aún la dilatación del cuello y el encaje fetal.

En estas circunstancias preferí, antes de acudir á la dilatación forzada (manual ó instrumental) como en el parto anterior, reforzar las contracciones uterinas por medio de una inyección hipodérmica de un centímetro cúbico de extracto pituitario (*pituitrina*), equivalente á veinte centígramos de sustancia fresca del lóbulo posterior del cuerpo pituitario. Puesta la inyección (que fué dolorosa), en el antebrazo derecho, y antes de cinco minutos, un dolor intensísimo rompió la bolsa de aguas; cedió algo el dolor y sin llegar á desaparecer volvió á hacerse de nuevo fuertísimo antes de dos minutos, lanzando al niño fuera del claustro materno. Este, de 4160 gramos, nació cianótico, no sé si efecto de la *pituitrina* inyectada á la madre, pues algo de esto he leído, ó si debido á unas circulares de cordón con que nació. Siete minutos después conocí, por el enderezamiento uterino, que estaba desprendida la placenta, y en efecto, al hacer ligerísimas tracciones sobre el cordón ví que

estaba ya en la vagina, por lo que supongo que el alumbramiento debió de ser seguido á la expulsión fetal. Placenta y membranas íntegras; peso 528 gramos.

Hecho notable.—Ni en el parto, ni el alumbramiento tuvo la parturiente pérdida alguna de sangre.

Recordando la práctica de R. Stern y para evitar la atonía uterina con hemorragia que dice ha visto presentarse alguna vez, de media á una hora después de expulsada la placenta, dí á la enferma medio gramo de cornezuelo de centeno, inmediatamente después del alumbramiento, apesar de haberse formado el globo de seguridad.

A la media hora empezó la parida á quejarse de entuertos, que han sido más y mayores que en los demás partos, aunque no demasiado intensos, pues han permitido dormir á la parida algunos ratos, y que desaparecieron á las 12 horas. Los loquios, durante las primeras 24 horas, normales. La involución uterina mayor que en los partos anteriores en igual tiempo. Temperatura, después del parto 37.° 2, á la mañana siguiente 36.° 6 y por la tarde 36.° 9. Pulsaciones, después del parto, 76, á la mañana siguiente 60 y por la tarde 64.

Llamó poderosamente mi atención el buen estado general en que quedó la parida después del parto, que según ella *ha sido el mejor de los once*; el pulso estaba lento y fuerte, la respiración y temperatura normales y no advertía cansancio ni molestia alguna.

Pude apreciar, después de la inyección de extracto pituitario, que á la vez que se presentaba la contracción uterina aumentaba la tensión arterial, acentuándose más ésta cuanto más se acentuaba la contracción. Noté también después de dicha inyección enrojecimiento del rostro y algo

de contracción pupilar. Durante las primeras doce horas la emisión de orina aumentó considerablemente.

Hasta aquí, todo lo que yo he visto.

*
* *

Sin perjuicio de hacer un estudio detenido de la pituitrina en Obstetricia, el día en que disponga de una *estadística personal suficiente*, quiero hoy dar á conocer á los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA algo acerca de lo que es, de los efectos y de las aplicaciones del extracto pituitario, haciendo un resumen de lo publicado hasta el día.

La pituitrina, ó extracto pituitario, ó de hipófisis, es un extracto del lóbulo posterior de este cuerpo, que reside, como saben mis lectores, en la base del cerebro, alojado en la silla turca; es pues un producto opoterápico.

Hace ya varios años que Oliver y Schäfer descubrieron que el extracto de la hipófisis aumenta la presión sanguínea, y algo después Howell demostró que el lóbulo posterior de dicha glándula contenía una sustancia especial que elevaba la presión sanguínea y disminuía las pulsaciones.

Ulteriores experiencias comprobaron sus efectos directos sobre el músculo cardiaco (Nedbon, Allen-Cleghorn) y sobre las fibras musculares de los vasos (Pal, de Bonis y Susanne).

Falta é Ivovic demuestran después, que el extracto del lóbulo anterior de la hipófisis ejerce una acción antagónica á la del posterior. Inyectaron á un perro extracto del lóbulo anterior, viendo decaer la presión sanguínea á 0. y en el momento en que la respiración y el corazón se detenían, inyectaron 2 c.c. de extracto del lóbulo posterior, viendo que el corazón volvía á funcionar y que la presión

sanguínea se normalizaba. Precisamente ésto explica el por qué han fracasado los autores que emplearon un extracto de la totalidad de la glándula. J. Parison y T. Spire, ambos de Nancy, en un artículo que publican el mes pasado acerca de «La medicación hipofisaria en obstetricia», dicen que los resultados por ellos obtenidos están muy lejos de los éxitos conseguidos en Inglaterra y Alemania; y á continuación confiesan que sus ensayos fueron hechos con extractos de la totalidad de la hipófisis y á dosis que correspondían á una cantidad menos elevada de producto activo. La razón que les hizo emplear el extracto de hipófisis total (de ambos hemisferios) dicen que fué una regla general en terapéutica opoterápica que asegura es ventajoso emplear un extracto de la totalidad del órgano. Sin duda no se fijaron dichos señores en que la hipófisis aun cuando una, como cuerpo, debía más bien ser considerada como dos, por su origen embriológico, ya que el lóbulo posterior deriva del cerebro, siendo una dependencia del ventrículo medio, mientras que el anterior es una porción de la farínge primitiva (parte póstero-superior de la invaginación bucal) que al principio de la vida embrionaria emigra á la cavidad craneal. Siendo su origen distinto, distintas probablemente serán sus funciones, y distintas son sus propiedades. Sin embargo: si apesar de no haber empleado estos autores el extracto conveniente y las dosis precisas, confiesen haber obtenido efectos bastantes satisfactorios, ya que en 3 casos observaron una reaparición ó un aumento en la energía de la contracción uterina, y tres veces vieron su influencia sobre la musculatura vesical provocando micción espontánea, antes imposible, ¿no hubiesen sido del todo satisfactorias sus observaciones, si hubiesen empleado extracto del lóbulo posterior únicamente?

En 1909, Dale en distintas experiencias comprobó la propiedad que posee la sustancia hipofisaria de estimular directamente las contracciones de ciertos órganos de musculatura lisa, en especial el útero.

En un estudio general hecho en 1910 por Parison sobre la *Fisiología y la Patología* de la hipófisis, se citan los resultados de algunas investigaciones: «Cuando en una coneja se inyecta por vía intravenosa extracto de la totalidad de la hipófisis, se comprueba, á la vez que la elevación de la presión arterial, una vaso-constricción de los órganos principales, particularmente acentuada á *nivel del cuerpo tiroides* (Hallion y Carrion, J. Parison), pero tan intensa *al nivel de la matriz*. Este órgano presenta, en algunos casos, *fibrilaciones, ondas musculares* más ó menos intensas, que partiendo de la extremidad abdominal de la trompa, se dirigen hacia el cuello uterino». Cuando se utilizó el extracto del lóbulo posterior solamente, estos hechos fueron más intensos. Esta acción era mucho más evidente, como demostró Frankl-Hochwart, cuando se trataba de una coneja en estado de gestación.

Frankl-Hochwart y A. Fröhlich estudiaron la acción de la pituitrina sobre los órganos de la pélvis viendo que excitaba ligeramente los nervios motores de la vejiga, en el perro y en el gato, y que despertaba fuertes contracciones en los conejos.

Pero la acción del extracto hipofisario sobre el aparato urinario no está limitada á la vejiga, cuya musculatura contrae, sino que actúa sobre el riñón, *acción diurética*. Schäfer y Herring consiguieron provocar una fuerte diuresis por medio del extracto pituitario, hecho comprobado por Falta y Pal, Este, después de dormir un gato con curare,

producto que detiene generalmente por completo la secreción urinaria, y de haberle vaciado la vejiga, le inyectó 2 c.c. de pituitrina por vía venosa, é inmediatamente se llenó con rapidez de orina la vejiga.

En un artículo reciente, dice Klotz que ha visto producir á una inyección intramuscular de pituitrina un aumento de la presión sanguínea de 15 á 30 mm. de mercurio, aumento que duró de 50 minutos á 18 horas. Pero no es ésto sólo. Tienen los extractos hipofisarios la ventaja de ser inofensivos y bien tolerados en las dosis precisas. Foges y Hofstätter, que han administrado en algunos casos hasta 30 c.c. al día, por la boca, no han observado ningún efecto nocivo.

Etienne y Parison han podido hacer á los conejos inyecciones repetidas de extractos hipofisarios sin producir modificaciones escleróticas en los vasos; observando, por el contrario, una hipertensión acompañada de hipertrofia del corazón. Biedl ha visto experimentalmente con inyecciones intraperitoneales de 10 á 15 c.c. producirse una excitación pasajera, seguida de fuerte depresión, de parálisis de los miembros superiores y de la muerte. Parison dice que el extracto hipofisario es algo tóxico, menos que el extracto suprarrenal, (se precisa para producir la muerte de un conejo la cantidad equivalente á diez hipófisis de conejo) y que esta toxicidad es mayor en el lóbulo posterior. En los ensayos terapéuticos hechos por este autor después de 1906, jamás observó accidentes; pero hace notar que las dosis utilizadas no fueron nunca superiores á un gramo de extracto de hipófisis total por ingestión en las 24 horas, y que en esta cantidad total habría, á lo más, de 10 á 20 centigramos correspondiente al lóbulo posterior de

la glándula, dosis muy distintas de las empleadas por los autores alemanes é ingleses que administran por día un gramo 50 centigramos y un gramo 70 centigramos de extracto de lóbulo posterior, en dos veces (Hofbauer); seis dosis de 0,60 gramos (Stern), etc. De todos modos sí resultan ciertos en la clínica los resultados de la observación, dicen Parison y Spire, aún están estas cantidades de pituitrina lejos de la dosis tóxica probable, capaz de producir accidentes en el hombre.

Es natural que ante una experimentación de resultados tan halagüeños, tratasen los autores de investigar en la clínica la comprobación de los efectos obtenidos, á fin de disponer de un medio terapéutico de tanta importancia.

El primero que lo ensayó clínicamente fué F. Golla que lo aplicó en 1901 como tratamiento de la enfermedad de Adisson. Delille, mucho después, lo empleó en la fiebre tifoidea, tuberculosis, enfermedad de Graves y parálisis agitante, para elevar la tensión arterial. Contra el shock, lo emplearon Bloir-Bell é Hick.

Mummery dice que la parte infundibular de la hipófisis será el medicamento del porvenir para combatir el shock resultante del empleo de narcóticos.

Los experimentos presentados por Falta é Ivovic en el Congreso médico de Viena de 1911, dieron lugar á una interesante discusión acerca del valor de la pituitrina para combatir el colapso, haciendo notar que á pesar de que la adrenalina obra más enérgicamente, la pituitrina en cambio no produce accidentes tóxicos. En un artículo reciente Klotz dice que prefiere la pituitrina á la adrenalina como tónico cardiaco; aunque menos *brutal* es de más larga duración.

Pero limitémonos á las aplicaciones obstétricas, motivo principal de este trabajo. Foges y Hofstätter presentan 63 casos de atonía uterina en los que inyectaron por vía intramuscular ó intravenosa de uno á dos c. c. de pituitrina diluída en 20 c. c. de suero salino. El útero que después de la expulsión de la placenta estaba atónico, sin que se contrajese por el masage, conservaba su atonía después de la inyección de pituitrina; pero bastó siempre un ligero masage después de la inyección para ver contraer de golpe la matriz.

En algunos casos el útero comenzó á relajarse después de cierto tiempo, siendo suficiente la repetición del masage para conseguir la contracción máxima. Aseguran dichos autores *que la acción de la pituitrina fué no sólo equivalente á la de ergotina, sino superior en lo que concierne á la intensidad y duración de las contracciones*. Klotz confirma esta opinión. Foges y Hofstätter la han empleado con éxito en cuatro casos de cesárea extraperitoneal.

Bloir-Bell en dos casos de cesárea en que empleó la pituitrina para combatir el shock, estando el útero á la vista, observó *de visu* la contracción del útero, que se recogió considerablemente, y que al cesar la acción, que duró bastante, quedó formado el globo de seguridad. En otro caso de inversión uterina con hemorragia grave y shock intenso, una inyección rectal salina, á la vez que otra de pituitrina, produjo un efecto maravilloso.

Hofbauer ensayó el extracto pituitario para estimular las contracciones uterinas en doce casos de inercia. Empleó de 60 centigramos á 1 gramo 30 centigramos por vía hipodérmica, con resultados maravillosos. Vió aparecer las contracciones uterinas, que se repetían cada 2 ó 3 minutos.

A veces empleó una segunda inyección con tan buen resultado como con la primera.

Expuso en el XIV Congreso de la Sociedad ginecológica alemana (junio 1911) los resultados obtenidos en 66 casos de debilidad de las contracciones, siendo su acción favorable en la mayoría de los casos. En un artículo, que publicó en septiembre de 1911, dice que los éxitos mayores se obtienen cuando se emplea en período avanzado de la dilatación y sobre todo en el de expulsión; y que cuando los tonos cardiacos del feto sean débiles é irregulares, amenazando asfisia fetal intrauterina, se obtendrán buenos resultados con una inyección de digalena. En otro trabajo dice que consiguió alguna vez favorecer con la pituitrina la micción espontánea en puérperas con retención de orina, citando un caso en que á los cinco minutos de la inyección verificó la micción una puérpera que llevaba 26 horas sin poder orinar (1).

Gottfried relata un caso de embarazo prolongado en el que, á causa de la debilidad de los latidos del corazón fetal, se decidió á provocar el parto. Con ausencia absoluta de contracciones y después de haber ensayado los baños calientes, la quinina y la dilatación mecánica, sin resultado, hizo una inyección de 0,60 gramos de pituitrina; al cuarto de hora se presentaron las primeras contracciones que se repitieron regularmente.

Stern (2) lo empleó en tres casos para provocar el parto, y en los primeros meses del embarazo para provocar el

(1) Véase la nota publicada en *Revista de Revistas* del n.º 5, t. 3.º, correspondiente al mes de diciembre de LA CLÍNICA CASTELLANA.

(2) Véanse las notas publicadas en *Revista de Revistas* del número 4, tomo 3.º, correspondiente al mes de octubre de 1911, de LA CLÍNICA CASTELLANA.

aborto. En los primeros obtuvo buenos resultados, no así en los abortos en que las contracciones obtenidas fueron demasiado débiles. Parece, dice Stern, que la acción de la pituitrina necesita cierta excitabilidad del útero, como la que existe en estado latente al final del embarazo. Por el contrario, en un caso de aborto incompleto con retención de placenta durante tres meses, pudo Stern provocar la expulsión por medio de inyecciones repetidas de extracto hipofisario.

Schmid lo empleó asociado al pantopón. «Por la asociación del pantopón y de la pituitrina, dice el autor, se tiende, por una parte, á atenuar de un modo notable los dolores en el parto normal, y por otra, á restablecer á su grado normal la actividad contráctil del útero, disminuída por la acción de los medios sedantes, ó á aumentarla según la necesidad» (1); y Ross dice: *invito á mis colegas á comprobar su eficacia seguro de que les prestará tan buenos servicios como á mí y les permitirá evitar en bastantes casos el llamado forceps de lujo*. Cree que la pituitrina contiene seguramente cierta sustancia que debe obrar directamente sobre la musculatura uterina, pero de modo distinto que el cornezuelo de centeno, pues mientras éste produce una especie de convulsión uterina, sobre todo de los elementos musculares de las vecindades del cuello, el extracto hipofisario, por el contrario, determina contracciones normales con aumento, *acmé* y detención regular, contracciones separadas por intervalos de reposo bien manifiestos, aunque cortos (2).

(1) Véanse las notas publicadas en *Revista de Revistas* del n.º 4, t. 3.º correspondiente al mes de octubre de 1911, de LA CLÍNICA CASTELLANA.

(2) *Idem*.

Ebeler dice que la acción de la pituitrina es notable en todas las fases del parto para combatir la atonía del útero.

O. Bondy la empleó en 10 casos, obteniendo 8 éxitos completos, uno relativo y otro negativo. Estos dos últimos se refieren á primíparas de bastante edad. Hizo las inyecciones de 23 á 48 horas de comenzar el parto, verificándose éste de cinco á sesenta minutos después de la inyección, que fué de 1 c.c. Alguna vez puso una segunda. Los resultados para madre é hijo fueron excelentes.

El Dr. Stiassny dice que la empleó para combatir la debilidad de contracciones producidas á consecuencia de la narcosis. Inyectó al principio del trabajo 0,01 de morfina y 0,0004 de escopolamina, inyección que en una media hora produjo una disminución de la intensidad de las contracciones. Inyectó después medio c.c. de pituitrina (Parke, Davis et C.^o) y á los diez minutos las contracciones aumentaron en intensidad sin que los dolores se hiciesen más violentos.

S. J. Sarons la empleó en un caso de hemorragia post-partum por inercia consecutiva al alumbramiento, y vió contraerse la matriz de una manera firme y duradera á continuación de una sola inyección intra-muscular. Este procedimiento le da igualmente satisfactorio resultado en un caso de sub-involución uterina.

Baggder-Gorgense la utilizó con éxito en 7 casos. Lo recomienda en dosis sucesivas administradas en distintos períodos del parto.

Bondy recomienda también su empleo en obstetricia.

P. Krømer cita un caso en que lo administró antes de una cesárea suprapubiana. La incisión cervical del útero dió poca sangre. Después de extraído el niño, salieron fácilmente los anejos fetales y el útero se contrajo en globo duro (de

seguridad); cree que en lo sucesivo la pituitrina ahorrará muchas aplicaciones de forceps por atonía de útero.

El Dr. Kehrer en el congreso de ginecología de Munich de 1911, dice: «La pituitrina es el mejor medicamento para provocar las contracciones».

Y, por último, en el V. Congreso de Obstetricia y Ginecología celebrado en San Petersburgo, se convino en que la pituitrina es acaso el mejor remedio contra el shock, el colapso, las hemorragias post-partum, y la atonía uterina, y el mejor estimulante de la contracción de la matriz.

No cito las 10 observaciones de Parison y Spire por haber empleado, como antes dije, extracto de la totalidad de la hipófisis y no del lóbulo posterior exclusivamente.

En ginecología la ha usado Bab en 30 casos de metrorragia. En 10 cesó un día después de la inyección y en siete del 4.º al 8.º Dice haber obtenido resultados sorprendentes no sólo en casos de endometritis, metritis y menorragias sintomáticas tal vez de hiperactividad ovárica, sino en los de hemorragias debidas á inflamaciones anexiales, fibromas ó quistes del ovario. Relata también un caso de osteomalacia tratado por inyecciones cotidianas de 2 cc de pituitrina. A los seis meses de tratamiento la enferma podía andar y sus dolores habían desaparecido. Dice que lo ha experimentado en ocho enfermos con análogos resultados. También lo ensayó con éxito en la osteomalacia, el Dr. Neu.

* * *

Esto es, al menos que yo sepa, todo lo que hasta la fecha se ha publicado de este asunto. A falta de experiencia personal suficiente doy á conocer á nuestros lectores, siquiera

sea brevemente, lo que nos dicen *desde fuera*. El día en que más casos propios me hagan formar un juicio definitivo del asunto volveré á ocuparme de él en esta REVISTA.

Hoy por hoy sólo he de añadir (por si alguien de los que me lean quiere ensayar este medicamento, el cual creo está llamado á ser *indispensable para la práctica Obstétrica*) que creo de absoluta necesidad para su uso, la integridad funcional del riñón, y por tanto que no se ensaye en ninguna mujer sin analizar antes su orina y *jamás cuando exista albúmina*. Es más, creo deben limitarse sus indicaciones á los casos de *inercia uterina* y *de hemorragia obstétrica*. CON LOS REMEDIOS MÁ S EFICACES DEBEN AQUILATARSE MÁ S LAS INDICACIONES; QUE Á VECES EL FRACASO, SIENDO DEL MÉDICO, Y NO DEL MEDICAMENTO, PUEDE DESACREDITAR Á ÉSTE SIN MOTIVO.

BIBLIOGRAFIA

- Oliver y Schäfer, *Journal of Physiology*. Vol. 18, 1905.
Falta é Iveovic, *Wien. Klin. Woch.* 1909, n.º 51.
J. Parison y Spire, *Annales de Gynecologie et d' Obstetrique*, diciembre 1911.
Dale, *Biochemical Journal*, 1909. *Journal of phys.* Vol. XXIV. número 3.
J. Parison, *Rocherches sur la toxicité de l' extrait d' hypophyse*. *Soc. de Biologie*.
Pal, *Wien. méd. Woch.* 1909, n.º 3. *Zentralbl. f. Physiol*, 1909, t. LXVII, p. 71, n.º 8.
Klotz, *Münch. méd. Woch.* 1911, n.º 21, 1911.
Frankl-Hocwart y A. Fröhlich, *Wien. Klin. Woch.* 1909, n.º 27.
Schäfer y Herring, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Vol. 77, 1906.
Etienne y Parison, *Arch. de méd. experiment.* Vol. 20, 1908.
Bield, *Innere Secretion. Berlin-Vienn.*, 1910, p. 296.

- F. Golla, *The Lancet*. 13 febrero 1902.
Blair-Bell, *Brit. méd. Journ.* 29 enero 1910
Mummery, *The Lancet*. 1909. Vol. 1, p. 913.
Foges y Hofstätter, *Wiener Klin. Woch.* 1911, n.º 27.
» » *Zentralbl. für Gynäk.* 1910, n.º 46.
Hofbauer, *Zentralbl. für Gynäk.* 1911, n.º 4.
Stern, *Zent. für Gynäk.* 1911, n.º 31, y *Berl. Klin. Woch.* número 32, 1911.
A. Ross, *Zent. für Gynäk.* 1911, n.º 34.
H. Schmid, *Gynäk. Rundschau.* 1911, n.º 15.
Ebeler, *Medizinische Klinik.* 1911, n.º 29.
Mummery y Symes, *Brit. méd. Journ.* 1908, vol. 2, p. 789.
Gottfried, *Zentralbl. für Gynäk.* 1911, n.º 14.
Williams, *Presse Médicale.* 11 junio 1910.
Houghton y Merrill, *Journ. of the Americ. Medic. Association.*
Noviembre 1908.
J. Sarons, *La Gynécologie.* Marzo 1911.
Bagger-Gongensen, *Zentralbl. für Gynäk.* 1911, n.º 37.
P. Kræmer, *Zentralbl. für Gynäk.* 1911, n.º 39.
Bondy, *Berl. Klin. Woch.* 1911, n.º 32.
Stiassny, *Gynäk. Rundschau.* 1911, n.º 13.
Hofbauer, *Monatssch. f. Geb. u Gynäh.* Septiembre 1911 y Octubre 1911.
Neu, *Zentralbl. f. Gynäk.* 1911, n.º 35.
Bab, *Münch. méd. Woch.* n.º 29, 1911.
Schiffmann, *Wiener. Klin. Woch.* n.º 43, 1911.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

Del diagnostico de la gota por el atofan, por Zuelzer (*Berl. Klin. Wochensch.*, núm. 47, 1911).

El *atofan* (1) es un medicamento que, aunque recientemente introducido en la práctica, ha adquirido en la terapéutica un lugar preferente para el tratamiento de la gota y reumatismo articular agudo.

Tiene la propiedad de aumentar considerablemente la eliminación del ácido úrico existente en exceso en la sangre, al mismo tiempo que ejerce poderosa acción analgésica sobre los dolores de las articulaciones. El enrojecimiento y la tumefacción periarticular desaparecen también con bastante rapidez. De aquí que su uso se vaya extendiendo considerablemente para el tratamiento de las artritis agudas, gotosas ó no.

Pero no se limita á esto su papel con ser tan importante. Se ha observado que la orina de los gotosos contiene, mientras toman el atofan, una abundante cantidad de sedimento gris blanquecino, que se deposita en el fondo de la vasija, formando una capa que á veces adquiere un espesor de más de un centímetro. Este sedimento, que persiste hasta después de haber desaparecido los dolores y demás fenómenos inflamatorios, está compuesto casi exclusivamente de ácido úrico y de pequeñísima proporción de uratos. Esta persistente eliminación de ácido úrico, no se observa en los enfermos que padecen artritis no gotosas, sean reumáticas ó de otra

(1) El atofan es el carbonato de fenilquinolina. Cristaliza en pequeñas agujas, de gusto amargo, que se funden á 210°. Insoluble en agua fría, se disuelve en la caliente y en medio ácido ó alcalino. En el comercio se presenta en tabletas de cacao que contienen 0'50 centgs. Dosis de dos á cuatro gramos diarios.

naturaleza. En tales enfermos el ligero aumento de ácido úrico que se nota en sus orinas desaparece desde el primero ó segundo día de la administración del atofan.

Por consiguiente, basta (en tesis general, pues se han registrado rarísimas excepciones), para las necesidades de la práctica comprobar la persistencia ó no del aumento de ácido úrico en la orina, para decidir si se trata de gota ó de otra enfermedad, y tomar las consiguientes medidas ulteriores.

Según Weintraud y sus discípulos, el escaso poder de eliminación del ácido úrico en los gotosos, es motivado por una insuficiencia renal para la eliminación de este cuerpo, cuya insuficiencia sería la causa de la uricemia gotosa con todas sus consecuencias. Al actuar electivamente el atofan contra esta insuficiencia parcial del riñón, vendría á constituir el medicamento ideal del ataque gotoso.

Conviene tener en cuenta, para evitar errores de diagnóstico, que mientras se está bajo la acción del atofan, la orina que es frecuente aunque no constante, que adquiera un color bastante oscuro, presenta siempre las reacciones de los pigmentos biliares, tanto la de Gmelin como la de Rosín, sin que en realidad existan tales materias colorantes de la bilis. No teniendo presente esta circunstancia, podría afirmarse erróneamente la existencia de una lesión hepática ó biliar.

Para terminar diré que Zuelzer ha obtenido buenos resultados del atofan empleado en neuralgias ciática, intercostal ó cubital, aunque estos resultados no hayan sido tan constantes y seguros como en la gota y poliartritis reumática.

La disnea metódicamente reglada en terapéutica, por A. Martinet, (*La Presse Med.* 2 de Enero de 1912).

Este método, muy en boga en Alemania, se practica por medio de una mascarilla naso-bucal (Lungen-Saug Maske) que permite, merced á unas válvulas automáticas ampliamente abiertas durante la aspiración y obturadas casi por completo en la inspiración, respirar de manera que el acto expiratorio sea normal, pero el de inspiración se puede reducir lo que se quiera, gracias á una corredera móvil que se desliza por un bastidor existente en la parte nasal de la mascarilla. Esta puede permanecer aplicada por varias horas, y á lo que parece, es admirablemente tolerada; siendo su

efecto principal producir una intensa hiperemia pulmonar, demostrada experimentalmente por Kuhn, que haciendo una brecha en la pared torácica de un perro, vió que el pulmón se coloreaba en rojo oscuro primero y después en violeta. En un fragmento de este pulmón se descubrió al microscopio una considerable dilatación de los capilares.

La tensión arterial desciende en la circulación periférica á causa de la disminución en ésta, de la masa sanguínea que se acumula en el círculo menor. Esta hiperemia pulmonar favorece la regresión de las lesiones tuberculosas, tanto por la acción bactericida innegable de la sangre sobre los bacilos, cuanto por la más activa nutrición de los tejidos del pulmón. Los efectos inmediatos de la aplicación de la «Lungen-Saug-Maske» son el alivio grande de las manifestaciones catarrales y la disminución considerable de la tos irritativa, por disminución de la excitabilidad refleja de los nervios de la mucosa bronquial; de un modo análogo á la que se observa cuando, por la hiperemia local provocada por el método de Bier, se amortiguan los fenómenos dolorosos de una artritis blenorragica.

Nótase también que las excursiones respiratorias del diafragma disminuyen en extensión y en cambio predomina casi exclusivamente el tipo de respiración costal, lo que obliga á los músculos respiratorios, (menos el diafragma) y á todo el aparato respiratorio en su conjunto, á un ejercicio ó gimnasia exenta de los peligros habituales, es decir, de las hemoptisis tan frecuentes en la gimnástica respiratoria usual. Hay más, y es que según muchos observadores (Kuhn, Stolzenburg, Senator, Heubner, Hammerschmidt, etc.) el empleo de la mascarilla no sólo no provoca hemoptitis sino que es un remedio heróico para combatir las, cuando se presentan. Este hecho que aparentemente es paradójico, se explica porque la hiperemia no es activa ó con aumento de la presión vascular; es una congestión pasiva, por succión ó aspiración ejercida desde fuera sobre las paredes de los vasos.

La disminución de la respiración diafragmática y el aumento de la costal, determinan una movilidad y ensanchamiento considerables del torax.

Por último, según han demostrado numerosas investigaciones hematológicas, esta disnea artificial ejerce sobre las funciones hematopoyéticas una acción excitadora comparable á la ejercida por la rarefacción atmosférica de los sitios muy elevados, y que consiste en una rápida y duradera elevación de la cifra de glóbulos

rojos, de glóbulos blancos y de hemoglobina. Kuhn llega á afirmar que la rarefacción artificial del oxígeno en los tejidos, es el medio terapéutico hematopoyético más sencillo y poderoso.

Contribución á la clínica de la claudicación intermitente, por el Pf. Erb. (*Münch. med. Wochens.*, núm. 47, 1911).

Desde hace algún tiempo Erb comprobó que una de las causas más frecuentes é importantes de la claudicación intermitente es el abuso del tabaco. Este hecho fué después confirmado por muchos clínicos y es ahora puesto más en evidencia por las observaciones que Erb ha hecho en los últimos doce meses, en los que ha observado 14 nuevos casos de claudicación, todos en hombres, de los cuales sólo uno no fumaba, dos fumaban moderadamente, siete eran grandes fumadores y cuatro fumaban extraordinariamente.

Erb entiende por grandes fumadores los que fuman de 7 á 12 cigarros puros al día y de 17 á 40 cigarrillos y como fumadores excesivos los que fuman más todavía (de 13 á 20 puros y de 40 á 100 cigarrillos). De los enfermos de claudicación intermitente los grandes y excesivos fumadores constituían en conjunto el 70 por 100 del número total, mientras en la clientela de Erb, considerada en general, los fumadores grandes y excesivos no representan más que el 23 por 100. Tales cifras son ya por sí solas una prueba de la importancia grandísima que el abuso de fumar tiene en la etiología de la claudicación intermitente; pero, además es de notar que en 4 casos de los 14, el abuso del tabaco era el único factor causal, ya que en la anamnesis no se pudo encontrar ningún otro y en otros 8 el abuso del tabaco era, si no la sola, la más relevante causa.

A propósito de la etiología de la claudicación intermitente, es digno de mención un caso en el que, como única causa, se encontró por anamnesis, la acción del frío, por largo tiempo repetida, puesto que el paciente durante varios años tomaba pediluvios fríos todas las noches. La sífilis tiene también importancia etiológica asociada á otras causas; existía en 3 casos de los 14 en cuestión y en ellos se trataba siempre de grandes fumadores.

Son de particular mención las dos siguientes observaciones:

Conciérne la primera á un sujeto de 30 años, que sufría desde hacía 2 de claudicación intermitente en las dos piernas, y que fué siempre gran fumador (30 á 40 cigarrillos y 2 ó 3 puros diarios). El examen objetivo reveló ligera arterio-esclerosis (en las radiales),

corazón normal y segundo tono aórtico reforzado. Piernas de apariencia normal; pies un poco fríos, no cianóticos; pulso inapreciable en ambos pies, el de la femoral se conserva bien á derecha, pero es debilísimo, casi perceptible á izquierda. El estetoscopio reveló en la femoral izquierda un delicadísimo soplo esfígmico, aunque mucho más débil que en la derecha. En este caso, como en otros precedentemente observados, se apreció una difusión del proceso arterio-esclerósico de la arteria femoral, y aunque el pulso de la arteria enferma hubiera del todo desaparecido, el examen estetoscópico permite comprobar que la circulación se conservaba parcialmente, cosa no exenta de importancia por lo que al pronóstico respecta.

El otro caso se alejó notablemente de la sintomatología habitual de la claudicación intermitente. Trátase de dolores en los brazos, hombros, etc., por efecto de andar: Paciente de 65 años observado por primera vez en 2 de diciembre de 1910. Desde seis semanas antes al andar sufre dolores en los brazos y hombros, más al lado derecho que al izquierdo; dolores que después se difunden á las partes superiores del pecho y dorso, á la boca, al paladar y bajo la lengua y son de grandísima intensidad. A veces los dolores se irradian á los antebrazos y manos, y no se acompañan ni de parestesia ni de sensación de frío ni de ningún trastorno motor. Por parte del corazón no se acusa síntoma alguno; ni dolor, ni palpitaciones, ni angustia, ni sentimiento de opresión, ni indicios de disnea. Ningún desorden en las extremidades superiores. Los citados fenómenos se presentan siempre de modo típico: después de 100 ó 200 pasos surgen los dolores, el enfermo tiene que pararse por breve tiempo, y al emprender de nuevo la marcha se renuevan los dolores. Dolores análogos se produjeron, á veces, durante la noche, ó después de la comida, aun estando el enfermo en reposo; pero aparte de estas incidencias los dolores no se producían sino al andar. Los movimientos de los brazos, y aun los ejercicios ginásticos, no provocan ningún dolor.

En los últimos treinta años el paciente sufrió á menudo accesos de gota. A parte de esto el solo factor etiológico al que puede culparse de los disturbios aludidos es el uso del tabaco (6 á 8 pipas y 2 á 3 cigarros al día). Al examen del corazón no se descubrieron ni ruidos ni aumento de volumen, pero el segundo tono aórtico tiene acentuación muy fuerte. Pulso 72. Discreta arterio-esclerosis, principalmente de las carótidas y braquiales. Estas últimas están muy engrosadas (más á derecha que á izquierda) y sus pulsos son relativamente débiles. El pulso de la radial es débil como el de la

subclavia, más el derecho que el izquierdo. Pulso de los pies normal en los dos lados. Ningún indicio de aneurisma. Seguidamente á movimientos activos medianamente intensos de las extremidades torácicas se produce palidez en las manos y antebrazos. Prescripción: saiodina, pequeñas dosis de digital, abstención de fumar y poco movimiento.

No volvió á ver al enfermo Erb hasta después de 10 meses. Los accesos se fueron haciendo cada vez más débiles hasta desaparecer á los 5 meses y el examen objetivo dió los mismos resultados que en la época de la primera visita.

Este caso es de interpretación bastante difícil. Podría admitirse una claudicación intermitente (una diskinesia) de los brazos; pero contra esta interpretación está el hecho que las extremidades superiores no son sitio de ningún trastorno motor, sino sólo de dolores, los cuales por otra parte no son provocados por la actividad funcional de los miembros torácicos, sino de los abdominales. Podría también pensarse en una forma anómala de angina de pecho; pero esta hipótesis es poco satisfactoria, dada la total ausencia de síntomas cardíacos. La interpretación más probable, según Erb, es la siguiente: existe una discreta arterio-esclerosis tabáquica de todas las ramas del arco aórtico, á la par que una neurosis vasomotora, debida á la misma causa; una irritabilidad exagerada de los vasos motores en los mismos distritos vasculares. Por efecto de tan excesiva irritabilidad se produce vaso constricción de las arterias enfermas, aun á consecuencia de ligeros esfuerzos corporales, como el andar. Merced á la supresión de la causa patogénica (tabaco) desaparece la neurosis vaso-motora y con ella los accesos de dolores provocados por el andar, mientras la arterio-esclerosis, naturalmente, permanece, por lo cual los síntomas objetivos son invariables.

G. CAMALEÑO

Consuelda y su alcaloide la alantoina. (*Brit. Med. Jour.*, enero, 6, 1912).

El Dr. Carlos J. Macalister de Liverpool publica un artículo cuyo resumen es el siguiente:

«Impresionado por el largo uso que se hace en el país de la consuelda ó *symphytum officinalis*, yerba vulneraria, se propuso hacer con ella un estudio y recogiendo gran cantidad de raíces

pidió la cooperación de los Drs. Titherley y Coppin, del Departamento Químico de la Universidad, los cuales informaron que en dicha raíz á más de goma, resina, azúcar y otros productos comunes á casi todos los vegetales, existía un principio cristalino nitrogenado con todas las reacciones de un alcaloide cuyo punto de fusión era 226° C. Por los átomos de H. O. C. y N. que constituyen el nuevo principio, sospecharon su identidad con la *alantoina* y no sólo resultó su misma fórmula, sino que haciendo comparaciones reactivas con la *alantoina* obtenida por medio del ácido úrico, se convencieron de que el producto estudiado era la misma *alantoina* con sus reacciones anfotéricas. Este alcaloide es soluble en agua fría en la proporción del 0,6 por 100; más soluble en caliente y en el alcohol y totalmente insoluble en el éter.

Mientras Titherley y Coppin hacían sus estudios, Macalister ensayaba en una úlcera cancerosa la infusión de polvo de raíz, sorprendiéndole sus efectos sobre la proliferación epitelial y cicatrización epidérmica. Cuando dispuso del alcaloide en abundancia, dió cantidad á otros compañeros para ensayos y él lavó las úlceras dos veces al día con la solución acuosa saturada en frío.

En vista del efecto cicatrizante del nuevo producto y teniendo en cuenta que aun cuando en la orina del hombre sano hay *alantoina* en cantidades infinitesimales, donde predomina es en los jugos de los anejos fetales; en la orina de las embarazadas; en el huevo; en el gérmen de las gramíneas y legumbres; en las yemas y sitios en general de los vegetales, destinados á un futuro trabajo de intenso crecimiento, piensa Macalister que la *alantoina* es un poderoso estimulante de la reproducción celular.

Para separarse en lo posible de una autosugestión, eligió en sus experimentos úlceras de la peor especie; varicosas antiguas, rebeldes en sus manos á todo tratamiento; úlceras neurotróficas, progresivas y perforantes; añejas fístulas; quemaduras, etc., viendo en todos los casos no sólo una rápida cicatrización inesperada, por lo pronta, sino también la inmediata transformación de los fondos saniosos por un suelo de vivas y rojas granulaciones.

Los resultados obtenidos por sus compañeros invitados al ensayo fueron iguales. Arthur Wallace vió que una fístula biliar, post-operatoria, tenaz y rebelde, cedió en pocos días á los lavados de *alantoina*. El mismo, curó rápidamente con ella, una úlcera gangrenosa en la nalga á una recién histerectomizada. Y afirma que con ese recurso obtuvo el rápido cierre de trayectos que el drenaje post-operatorio dejaba y que se eternizaba bajo el tratamiento

ordinario. Kidston curó también en poco tiempo y con una hermosa cicatriz, una úlcera mixedematosa que se resistió á todo otro tratamiento.

Por fin, queriendo ensayar los efectos de la antigua medicación rehabilitada en las úlceras internas, la empleó en el caso siguiente: Trátase de una mujer de 47 años, extraordinariamente aniquilada por un ataque reciente de hematemesis, que desde hacía muchas semanas sufría intenso dolor de estómago después de las comidas, y vómitos persistentes la última quincena: hasta el agua producía dolor y era inmediatamente devuelta. Desde hacía un año había sufrido varias melenas y notaba un bulto doloroso en el epigastrio que se extendía al hipocondrio. Al examen se notaba un tumor redondeado, duro y desigual bajo el extremo de las costillas derechas. Estos síntomas que coexistían con un carcinoma de la mama hicieron diagnosticar *úlcera cancerosa del estómago*. En estas condiciones se la administró infusión mucilaginoso de raíz de consuelda reforzada con algo de la solución corriente de alantoina, y en el espacio de un mes desaparecieron completamente todos los síntomas de irritabilidad gástrica y el tumor, quedando sólo una zona extremadamente dolorosa á la presión que también, andando el tiempo, llegó á desaparecer por completo. Este caso que por una parte manifiesta que aquel tumor epigástrico no era canceroso, certifica por otra la acción curativa de la alantoina.

Empleado el mismo remedio en otros casos de úlceras gástricas y duodenales con feliz resultado propone el autor el ensayo de la alantoina en úlceras tuberculosas y otros procesos por el estilo, úlceras de la córnea, etc., en que sea muy urgente ó muy difícil de obtener el proceso de cicatrización.

Aunque el medicamento es todavía muy caro, como se usa en soluciones del 0,3 al 0,6 por 100, el gasto no resulta considerable.

En el número del 13 de enero del mismo *Brit. Med.*, etc., en la sección de correspondencias, vienen notas de W. Bramwell y R. Lawday confirmativas de la utilidad de la consuelda y una de R. W. Murray relatando el admirable resultado obtenido con la solución de alantoina, en una larga serie de quemaduras de 2.º y 3.º grado en manos, brazos y cara, habidas con motivo de una explosión ocurrida en las vecindades del hospital de Liverpool.

El autor titula su artículo *Un nuevo proliferador celular*.

L. MORENO

Sobre un caso de gastroenterostomía, por Penrose Willians
cirujano de Edimburgo, (*The Lancet*, 2 diciembre 1911).

El autor da cuenta de una enferma de gastroenterostomía, que eliminó espontáneamente el hilo de una sutura después de tres años de la operación.

La enferma, mujer de 32 años, ingresó en el hospital de Bridgewater en junio de 1907, en estado de gran desnutrición. Quejábase de indigestión continua y estreñimiento tratado con recursos médicos desde algunos años anteriores. No se descubrió dilatación gástrica ni otra anomalía, decidiéndose el autor por una laparotomía exploradora con finalidad de hacer la gastroenterostomía en caso favorable.

Operada el 7 de junio abrióse el abdomen por incisión vertical comenzando por encima y á la izquierda del ombligo, dislocando lateralmente el músculo recto izquierdo. Descubriose una úlcera crónica cerca de la menor curvadura del píloro. Prescindimos de esta úlcera y se hizo una gastroenterostomía posterior, acomodada á los siguientes datos de técnica: 1) aprovechar la porción más alta posible del yeyuno, 2) hacer la incisión en la pared gástrica posterior alcanzando la gran curvadura y 3) fijar los márgenes de la abertura en el mesocolon al yeyuno debajo de la anastomosis, por tres puntos de sutura, uno anterior y dos laterales quedando así ocluída la línea de sutura en el saco menor. Dos suturas continuas con seda fina hicieron la anastomosis con arreglo á la técnica corriente.

Se obtuvo la curación sin incidente alguno enviando á la enferma á la casa de convalecientes de Weston el 22 de julio, volviendo al cabo de un mes para observarla; había ganado considerablemente en peso y su salud era completa; reanudó sus ocupaciones caseras habituales, permaneciendo muy bien cerca de tres años.

En junio de 1910 la enferma nos mostró un abultamiento que había aparecido en la región del estómago hacía pocas semanas sin causarla molestia. Su exploración reveló una tumefacción fluctuante y globulosa del tamaño de una naranja grande, emplazada en la parte superior y á la izquierda del ombligo, por bajo del estómago y fija á la pared abdominal pero independiente de la cicatriz operatoria apenas visible. Reingresó en nuestra clínica y previa anestesia general hicimos una incisión que no interesó el

peritoneo, salieron unos 400 gramos de pus inodoro, no descubriendo la cuidadosa exploración digital, comunicación con el colon transverso: nos limitamos á aplicar un amplio desagüe con un tubo grueso esperando los acontecimientos; tres días más tarde se eliminó un hilo de seda de 23 centímetros de longitud; la herida cicatrizó rápidamente volviendo la enferma á su trabajo sin que su salud se haya resentido.

Este caso es un elocuente ejemplo del papel eliminador del absceso en torno de un cuerpo extraño. También prueba que la seda no es siempre un material quirúrgico de permanencia en las suturas.

ANTONIO M. ROMÓN

OFTALMOLOGIA

Jaquca oftálmica é higiene gastro-intestinal, por Oufroy. (*Revue General d'ophthalmologie*, diciembre 1911).

Dice el autor que la higiene digestiva, más fácil de prescribir que de hacer ejecutar, es la mejor profilaxis de las crisis de jaquca oftálmica. Ha obtenido buenos resultados con las indicaciones siguientes:

Alimentación compuesta, especialmente de purés, carnes asadas, legumbres y frutas cocidas. Sobre todo, comida muy lenta, masticando bien. Comida casi seca, medio vaso á lo sumo, en cada comida. sin que la naturaleza del líquido tenga gran importancia. Para compensar esta relativa dieta líquida, los enfermos pueden beber, después de hecha la digestión, medio litro de líquido aproximadamente.

Sobre las alteraciones oculares en la leucemia aguda y crónica, por Verderame. (*Annali di Oftalmologia*, núm. 39, 1911).

Estudiando el autor dos casos de leucemia aguda y crónica respectivamente, confirma los hechos consignados en la literatura bastante extensa, del objeto.

Demuestra que las placas de esclerosis de las fibras nerviosas de la retina y los derrames sanguíneos, se pueden encontrar en las formas agudas, como son descritos únicamente en las crónicas. El

edema, muy ligero, de la papila óptica y la infiltración leucocitaria, muy moderada, pueden ser atribuidos, más bien al éxtasis que á las alteraciones inflamatorias. Desde los puntos de vista clínico ó anatomo-patológico, no es siempre posible trazar los límites entre las lesiones oculares leucémicas y las alteraciones sépticas, estando el porvenir de esta aclaración reservado á la bacteriología.

Los pseudo-tumores leucémicos, de Græf y Feilchenfeld, ó focos linfoides serían en la retina, según Verderame, simples extravasaciones sanguíneas de carácter leucémico.

La presencia del glicógeno, comprobada en los dos casos de Verderame, especialmente en las paredes de los vasos y en la retina (capa de fibras nerviosas) confirma que gran número de condiciones patológicas, alteraciones de la circulación y procesos inflamatorios, pueden determinar la aparición del glicógeno, sobre todo bajo la influencia de causas tóxicas aun mal estudiadas.

Estudio clínico de las formas frustradas de la enfermedad de Basedow, por Hugo Stak. (*Deutsche Med. Woch.*, 1911. Extracto de los *Annales D'oculistique*, diciembre 1911).

Dejando aparte la enfermedad de Basedow clásica, acompañada de su triada (bocio, exoftalmia, taquicardia) estudia el autor las formas frustradas, mucho más frecuentes que la enfermedad misma (140 casos entre 170).

Entre los síntomas que pueden encontrarse (bocio, taquicardia, anomalías psíquicas, irritación nerviosa, síntomas vasomotores, aumento de los cambios nutritivos, etc.), los síntomas oculares tienen gran importancia, porque pueden ayudar á diagnosticar una forma frustrada que los otros síntomas solos no hubieran caracterizado.

La exoftalmia, propiamente dicha, es muy rara, pero se ven diferencias en la abertura palpebral; los ojos parecen más brillantes, la fisonomía toma una expresión especial (seriedad, severidad, enfado). La menor emoción repercute sobre la abertura palpebral. Los enfermos se quejan de una sensación de *empuje* (poussée) detrás de los ojos. Los movimientos oculares se conservan siempre íntegros. Por orden de frecuencia puede citarse, la insuficiencia de convergencia, el síntoma de Græfe (el párpado superior no sigue la mirada abajo); el síntoma de Kocher (si la mano colocada

delante del ojo, se dirige rápidamente arriba, el párpado superior sigue sólo el movimiento, quedando el ojo algunos segundos fijo, con una mirada vaga, disminución de la agudeza visual.

En las formas frustradas la triada es siempre incompleta, lo que no excluye, sino al contrario, la gravedad de los casos. La agrupación de los síntomas puede ser diversa y se transforma con frecuencia en el curso de la afección. Según Starh la curación es raramente completa, los enfermos entran en un estado latente.

El examen de la sangre puede ayudar al diagnóstico (disminución de los polinucleares aumento de linfocitos).

En cuanto á la terapéutica, es preciso estudiar primero el sistema nervioso, pues se está delante de un círculo vicioso, irritación del sistema nervioso, sobrefuncionamiento de la glándula tiroides, envenenamiento de la sangre, irritación nerviosa.

La operación ha dado muy buenos resultados.

Sinusitis frontal abierta en la órbita, por Moissonier y Tillaye, (*Revue Generale*, 1911).

Se trata de un hombre de 50 años, que presenta una exoftalmia del ojo izquierdo, abajo y afuera. Excluido el diagnóstico de tumor se hace el de sinusitis. Trepanación y sinusectomía por el proceder de Kuhnt. El seno derecho estaba igualmente lleno de pus.

Los autores hacen notar, la frecuencia relativa de la perforación orbitaria en la sinusitis frontal; la coexistencia y la comunicación de dos sinusitis; la destrucción de la polea del gran oblicuo, no produciendo más que una diploplia pasajera.

P. ALVARADO

UROLOGIA

La fiebre uretral, por el Dr. English. (*Folia, Urológica*, abril 1911).

Bajo la denominación de fiebre uretral, se describe la reacción febril consecutiva á una irritación de las vías urinarias, ya sea producida por la introducción de instrumentos, ó á consecuencia de un cuerpo extraño venido del riñón (cálculo).

Como causas predisponentes de la fiebre urinaria hay que contar:

- 1.º La actividad corporal en los individuos agotados ó discrásicos.
- 2.º Una irritabilidad exagerada del sistema nervioso.
- 3.º Las afecciones de las vías urinarias y particularmente las del riñón.
- 4.º La retención de orina en un punto cualquiera del aparato urinario.

Las causas inmediatas son:

1.º Trasmisión de la irritación de los nervios sensitivos de la uretra por vía refleja á lo largo de ciertos conductores nerviosos, sea al sistema nervioso central, sea á los centros reflejos medulares y de allí á diferentes órganos y en particular al riñón, trastornando su funcionamiento.

2.º La intoxicación producida por la falta de eliminación de las sustancias tóxicas contenidas en la sangre, por enfermedad anterior del órgano ó por los trastornos reflejos anteriormente enumerados, y la intoxicación determinada por reabsorción de dichos productos á través de los distintos tramos del aparato urinario, en los casos de estancación y descomposición de la orina, coincidiendo con lesiones de las paredes de los reservorios.

3.º Infección á consecuencia de la penetración en la sangre de distintos microbios patógenos, merced á traumatismos de las vías urinarias, con deficiente eliminación de los mismos y entre los cuales los más frecuentes son: el colibacilo, el estafilococo piógeno dorado, el estreptococo piógeno, el urobacilo liquefaciente séptico y el urobacilo no liquefaciente.

No es dudoso que la infección sea la causa esencial de estos accidentes, dadas las nociones que de traumatología é infecciones en general poseemos hoy día; sin embargo ella sola no puede ser considerada como la única causa de la fiebre (Guyón) por no explicar ciertas observaciones, como aquellas en las cuales la muerte es súbita y en los cadáveres no se puede demostrar y descubrir ninguna lesión traumática en toda la superficie del aparato urinario con integridad renal; además los exámenes bacteriológicos no nos permiten hoy día, afirmar de una manera absoluta, que la infección sea la única causa, siendo necesario por lo tanto nuevas investigaciones.

La fiebre uretral es:

1.º Una reacción febril del organismo á consecuencia de una irritación mecánica ó química del aparato urinario, reacción que

se manifiesta por vía refleja, siendo el punto de partida las terminaciones sensitivas, para llegar al cerebro (caso de muerte súbita), ó por el intermediario del sistema nervioso central y los centros reflejos medulares, sobre diferentes órganos, para procurar de ese modo un trastorno en su función, á consecuencia de una insuficiente eliminación de los tóxicos contenidos en la sangre.

2.º Una reacción febril consecutiva á eliminación insuficiente de los microorganismos y toxinas introducidas en la sangre, ó á una descomposición y reabsorción de la orina estancada en cualquier tramo con lesiones traumáticas del mismo.

En lo que hace relación al estudio de estas fiebres la clasificación de Guyón y Civiale es la mejor:

1.º Crisis agudas, de las que un primer tipo está constituido por un acceso único, y un segundo tipo en el cual las crisis se suceden más ó menos rápidamente, con intervalos de dos á tres días para cesar enseguida completamente.

2.º Forma crónica, con reaparición frecuente de los accesos y temperatura elevada en los intervalos, terminándose al cabo de un tiempo bastante largo con pérdida acentuada de fuerzas, forma que sucede algunas veces á la anterior, comenzando en otras ocasiones crónicamente.

Los síntomas como en toda fiebre son, en parte de orden general y en parte locales, debidos á lesiones de los órganos; no hay órgano que pueda considerarse exento, pero los más graves accidentes se presentan en el cerebro, los pulmones, el corazón, el tubo digestivo y los órganos urinarios, sobre todo los riñones. Los síntomas aislados pueden asociarse y dar lugar á un tipo mórbido simulando el tifus, cólera, reumatismo, etc.; siendo necesario hacer constar la agravación de las enfermedades pre-existentes.

La marcha es aguda ó crónica, no pudiéndose establecer una estadística porque ordinariamente sólo los casos graves son publicados. La muerte rápida es frecuente, ya que sobre 150 casos, 128 pueden ser señalados.

La muerte es sobrevenida en el espacio de 24 horas:

a) Después del cateterismo.....	sobre 22 casos	5 veces.
b) En el tratamiento de estrecheces.....	» 78 »	26 »
1.º Por simple dilatación.....		
a') En el curso de una tentativa.....	» 3 »	0 »
b') Después de una dilatación avanzada.	» 32 »	8 »

c') Con formación de absceso.....	sobre 8 casos	1 vez.
2.º Por dilatación forzada.....	> 14	> 5 >
3.º Por uretrotomía interna.....	> 18	> 10 >
c) A consecuencia de litotricias.....		
1.º En una tentativa.....	> 14	> 2 >
2.º Verificada la operación.....	> 14	> 0 >

La autopsia ha demostrado:

Afecciones pulmonares.....	12 veces.
— cerebrales.....	6 >
— cardíacas.....	10 >
— urinarias.....	45 >
Síncope.....	2 >
Septicemia.....	4 >

En un solo caso no pudo describirse lesión alguna. La muerte aparece lo más á menudo poco tiempo después de la fiebre, durante las 24 ó 48 horas primeras; á medida que el tiempo transcurre la mortalidad disminuye, siendo muy raro encontrar algún caso después del décimo día.

El diagnóstico se funda sobre una intervención anterior en el aparato, no siendo admisible una fiebre uretral en ausencia de toda intervención. El diagnóstico en algunos casos puede ser difícil, sobre todo en las formas comatosas ó asociadas y cuando el tiempo transcurrido es bastante largo, siendo necesario tener en cuenta los antecedentes y signos objetivos para poder establecer un diagnóstico diferencial.

El pronóstico no es de extrema gravedad, la cual disminuiría numéricamente si todos los casos fueran publicados. El pronóstico es peor cuando se trata de individuos debilitados, con lesiones orgánicas avanzadas, sobre todo del riñón, cuando existe retención de orina, según también, la intensidad, irregularidad y rapidez de aparición de los accesos febriles, según existan ó no fenómenos cerebrales, ó que aparezca más ó menos rápidamente una agravación de las afecciones orgánicas ya existentes.

El tratamiento tiene por objeto, el sostenimiento y aumento de las fuerzas del enfermo, la disminución de la excitabilidad del sistema nervioso y la supresión ó el tratamiento de los trastornos orgánicos y particularmente los del aparato urinario. Solamente debe intervenir con la más rigurosa antisepsia y grandes precauciones.

Sobre los dolores uretrales consecutivos á las Uretritis, por el Dr. Finochiaro de Meo. (*Folia Urológica*, enero 1911).

1.º A consecuencia de una uretritis completamente curada, pueden persistir los dolores uretrales.

2.º El dolor puede ser el solo síntoma de la enfermedad, ó aparecer después de la curación de la uretritis, al mismo tiempo que otros síntomas.

3.º El comienzo, la duración, la intensidad, el sitio y las irradiaciones del dolor son muy variables.

4.º Nosotros creemos poder afirmar, que el dolor es la expresión de alteraciones profundas de la mucosa uretral; la cicatrización de la mucosa consecutiva á la curación de la uretritis, produce una alteración de las terminaciones nerviosas de la mucosa, que atacadas en su funcionamiento fisiológico y en su integridad anatómica, determinan la irritación dolorosa anormal.

5.º En las lesiones cicatriciales de la uretra, todo fenómeno congestivo, ejerciendo una compresión sobre los elementos anatómicos, puede alcanzar al mismo tiempo á los nervios y constituir el punto de partida de las crisis neurálgicas.

6.º El tratamiento medicamentoso exclusivo, no tiene acción ninguna sobre la desaparición de los dolores; por el contrario la dilatación metódica y amasamiento dulce sobre el Beniqué de las infiltraciones residuales, puede modificar las condiciones circulatorias y anatómicas de la mucosa, ejerciendo por ello una influencia indirecta sobre el elemento nervioso.

7.º Bien ejecutado este tratamiento local, facilita los cambios nutritivos de los elementos nerviosos y realiza la distensión de las fibras nerviosas, que como se sabe, es el tratamiento de elección de las neuralgias rebeldes.

8.º En los casos rebeldes y en las formas graves, la acción del tratamiento mecánico puede ser reforzada por una hiperemia pasiva del periné, y por lavados uretro-vesicales con ayuda de sustancias antisépticas y anestésicas en disolución.

Contraindicaciones de la prostatectomía hipogástrica en dos tiempos, por el Dr. Choltzov (Vratchebnaia, *Gazeta* 5 junio, 1911).

En una comunicación presentada en la décima sesión del congreso de cirujanos rusos, el autor termina su trabajo por las

conclusiones siguientes basadas en las operaciones por él practicadas:

1.º La prostatectomía hipogástrica practicada en dos ó tres tiempos, sirviéndose de la anestesia raquídea, es una operación sin daño, no causando mortalidad si el estado general y local del enfermo es satisfactorio.

2.º La misma operación en dos ó tres tiempos y con mal estado general y local, no tiene consecuencias mortales más que en casos excepcionales.

3.º La operación no está contraindicada más que cuando el estado general es muy malo, ó existen enfermedades amenazando la vida del enfermo en corto plazo, quedando por tanto relegada la hipertrofia prostática en cuanto á su importancia, en segundo lugar; tales son: *a)* una decrepitud senil rayando en el marasmo, *b)* la diabetes en un período último, *c)* la anemia perniciosa, *d)* una afección grave de los órganos respiratorios (bronquectasia, tuberculosis, enfisema), *e)* afección orgánica grave del corazón ó de los vasos (endocarditis crónica, miocarditis avanzada, aneurismas, etc.), *f)* nefritis intersticial pronunciada y pielonefritis supurada.

4.º No son consideradas como contraindicaciones: *a)* la edad avanzada con buen estado general, *b)* la diabetes, siempre que la enfermedad no haya llegado al período de adelgazamiento, *c)* anemia no perniciosa; la anemia resultante de repetidas hemorragias del aparato urinario debe ser una indicación, *d)* la bronquitis crónica si el enfisema pulmonar no es pronunciado, *e)* la arterio-esclerosis siempre que la miocarditis concomitante no sea pronunciada, *f)* una nefritis intersticial de intensidad media *g)* la pielitis aguda, *h)* el catarro vesical agudo ó crónico, cualquiera que sea su grado, *i)* la degeneración de las paredes vesicales, *j)* la fiebre si depende de una afección de la vejiga ó de la pélvis renal, en cuyo caso hay urgencia para operar, *k)* un mal estado general caracterizado por sed intensa, sequedad de la boca, inapetencia, estreñimiento, náuseas y vómitos, dependiente todo ello de la retención en el organismo de productos tóxicos á consecuencia de mal funcionamiento renal.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFÍA

La enseñanza de la Anatomía, por Ramón López Prieto. Auxiliar numerario de la Facultad de Medicina de Madrid.

Siquiera por satisfacer los deseos del autor, desearía ser en estos momentos profesor de Anatomía, pero me alegro no serlo, porque aparte de no merecer sus agradecimientos por esta crítica, mi manera de ver la cuestión, *La enseñanza de la Anatomía*, será indudablemente de menos trascendencia y quizás más susceptible de discusión. Sin embargo, debo advertir al Sr. López Prieto, que son los médicos y no los anatómicos, los que mejor han de saber la anatomía que han de estudiar, por la razón sencilla, de que ellos son los que aprovechan los conocimientos anatómicos para aprender patología y poner en tratamiento á los enfermos.

Claro está que en estas circunstancias se apagan los ideales que el autor quisiera ver en la práctica, pero lo peor de todo, para ese ideal, es que es más real y cierta esta manera de pensar.

Es indudable que existen clínicos muy notables y experimentados que no saben si la arteria meníngea media es una rama de la maxilar interna, y mucho menos por cual de los orificios de las alas mayores del esfenóides penetra en el cráneo; ni cómo está formado el exágono de Willis, ni cuál es la contextura de la cápsula interna, y, sin embargo, tratan perfectísimamente á un enfermo de congestión cerebral, ó de meningitis, ó de cualquiera otra enfermedad cuyos fenómenos primordiales asientan en esta parte del cuerpo humano.

Seguramente, para no buscar ejemplos lejanos, que entre los médicos que aplican el «606» en inyección intravenosa, y hablo de aquellos que mayor éxito hayan podido tener, nos encontramos con una mayoría que no conocen el sistema venoso, con otros que sencillamente no podrían decir cuáles son las venas del brazo y con alguno que ni siquiera sabe el nombre de la vena, en la cual clava admirablemente y con una precisión asombrosa la aguja, por donde ha de pasar la solución del arseno-benzol, muy bien

preparada de antemano, y con la cual cubre una indicación que el clínico más experto no podría rechazar.

Todo esto, bien interpretado, no quiere decir que los conocimientos de anatomía, valgan para poco ó no sirvan para nada, ni que yo sea un escéptico ó un exagerado, sino que trato de poner de manifiesto la diferencia y la distancia que hay entre la manera de concebir la enseñanza de la anatomía por el autor y por mí.

No sé si tendré necesidad de decir que sin el conocimiento de la Anatomía no puede estudiarse medicina, pero si para conocer el justo valor á los ejemplos antes mencionados fuere preciso, conste por anticipado, que la Anatomía es la base de los estudios médicos, lo cual no impide que nosotros consideremos exagerada la enseñanza que de la misma se dá actualmente y mucho más la expresada por el autor en el libro de que nos ocupamos. Ese ideal, señor López Prieto, dicho con toda sinceridad, es una utopía.

El médico no necesita dos años para estudiar anatomía, ni tantos profesores, auxiliares, cadáveres y salas de disección, ni siquiera, aunque parezca una heregía, poner las manos en el cadáver para aprender todo lo necesario. Y conceder que la técnica de disección hace cirujanos, es un error manifiesto que puede comprobarse en todos los momentos.

Es decir, que con una cantidad menor que la que el Estado tiene hoy asignada para la enseñanza de esta asignatura, puede enseñarse mejor, aparte de que los médicos sabrían mucha más anatomía de la que saben.

El milagro es un poco largo de exponer; tienen que conformarse los lectores con el juicio crítico que voy exponiendo de la obra del Sr. López Prieto, la cual me parece escrita con los mejores deseos, aunque el ideal que defiende sea irrealizable, sencillamente, porque no sería de utilidad.

La estructura del libro es poco fresca, se ve falta de maña en el autor, que no ha acertado á decir cosas que no pensarán ya los autores más clásicos. Sigue el camino trazado para exponer lo que él cree un ideal, y yo creo un gran entusiasmo, por lo demás muy digno de aplausos, sin que en él influya la vida práctica del ejercicio profesional médico.

Si leyéreis el libro del Sr. López Prieto, os daríais cuenta enseguida de que está hecho por un buen director, tal es la minuciosidad y la sequedad con que escribe la mayoría de sus capítulos, pero dudo pudiera convencerlos.

DR. DOMINGO

CASOS Y CONSULTAS

La tuberculosis primitiva de la córnea es excepcional, y es muy difícil que constituya una indicación de enucleación.

Sr. D. D. F.: Distinguido compañero.—El tumorcito que V. describe en su carta, formado en la córnea después de un proceso inflamatorio, parece ser un estafiloma total. Destruída en casi todo su espesor la córnea, á la cual se encuentra adosado el iris, se deja distender por la presión natural del ojo, que no puede resistir á causa de su gran adelgazamiento. Éste tumor crece y llega en ocasiones á adquirir un tamaño enorme, saliendo entre los párpados su masa, constituyendo una fea y peligrosa deformidad. Es una tumoración frecuente de las ulceraciones extensas de la córnea, sobre todo en los niños.

Cuando estos fenómenos ocurren, la infección local ha terminado ya; la visión, destruida la córnea, puede considerarse perdida irremisiblemente, *no hay ningún ejemplo y creo yo que no le habrá nunca, por la complicación histológica del tejido corneano, de ingerto, con resultado siquiera mediano.*

Débase emplear la pilocarpina en instilaciones, para disminuir la tensión intraocular; un vendage ligeramente compresivo para suplir con él la falta de resistencia de la córnea y de este modo dar lugar á que ésta adquiriera alguna mayor resistencia y no se desarrolle el estafiloma. Si no se consigue, y el estafiloma crece, puede entonces hacerse la estafilotomía, ó amputación del segmento anterior del globo que dan lugar á un buen muñón que facilita mucho la prótesis. La enucleación, es una mutilación que tiene muy pocas indicaciones.

Para terminar le diré que la tuberculosis es pocas veces primitiva en el ojo, en la córnea no la he visto yo nunca.

PABLO ALVARADO

LA MEDICACION REVULSIVA ES UN ARMA TERAPÉUTICA PODEROSA
Y CON PLENA JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

POR EL

DR. LUIS MORENO

(Continuación).

INFECCIONES.—La revulsión no es un desinfectante: nada puede contra las bacterias de un modo directo. El fuego que las destruye en un foco cauterizado, no es una revulsión en aquel momento; es sencillamente uno de tantos medios físicos de aniquilarlas, como la excisión ó el raspado, sin que su acción sobre el tejido que le sufre sea para nada necesaria ni siquiera útil en el proceso de desinfección. No hay que pensar por lo tanto que nuestra medicación pueda llenar indicaciones causales.

¿Quiere esto decir que la terapéutica revulsiva no tenga aplicación en las enfermedades infecciosas? De ningún modo.

Vamos á suponer que no es cierto ni utilizable el hecho de que las pérdidas moderadas de sangre aumenten y activen el proceso de la inmunidad, hecho experimentalmente demostrado por Shöeder y otros. Demos por no admitido que después de una hemorragia viene una sobreactividad de los órganos hematopoyéticos con hiper-producción de glóbulos y

el consiguiente aumento de un ejército fagocitario naciente y de refresco. Pongamos en duda que modificando en ciertas condiciones el estado circulatorio de un tejido se puede dificultar y hasta impedir el florecimiento de la colonia bacteriana en él establecida. Consideremos como inútil para la defensa del terreno, la depuración y limpieza de los humores conseguida con las eliminaciones y descargas de la revulsión. Prescindamos en fin de los efectos que en el movimiento general de reacción defensiva se pueda obtener mejorando el riego en las vísceras que han de sufrir sobrecargas de trabajo ó hiperfuncionalismos antitóxicos; y con todo este conjunto de negaciones y dudas, aún quedará á la revulsión un importante cometido en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, aunque no sea más que combatiendo ó previniendo síntomas, accidentes y contingencias que en ellas surgen como necesario anejo, ó como complicación circunstancial. Veamos cuándo y por qué.

Mucho más en la práctica rural que en los grandes centros de población, se observa hasta con relativa frecuencia, que algunas infecciones febriles y cíclicas cuando atacan á individuos jóvenes y vigorosos, se desarrollan en las primeras 36 horas con un cuadro de eretismo cardio-vascular tan intenso, que no sólo hace temer el rápido agobio de los aparatos á que pone en hipertensión funcional, sino que produce de suyo alarmas de momento, justificadas por el estado cerebral y marcha de la temperatura. Este síndrome con sus apariencias de arrebato congestivo, con inyección urente y seca de la piel; pulso frecuente, amplio, lleno, casi duro; latido cardiaco violento é impulsivo, disnea desproporcionada; ojos brillantes y saltones; inquietud muscular; excitación psíquica semi-confusional y una temperatura, en fin, de alguna décima por

encima de 40°, hace pensar en una especie de congestión general, de plétora periférica, de fluxión difusa, que pide una moderada expoliación, tras la cual se ve un rápido alivio y un recorrido suave, tranquilo y benigno del ciclo que ha de seguir la enfermedad en los días que la faltan.

La pulmonía y algunas fiebres eruptivas como la viuela (1) son el tipo de estas infecciones y los médicos que tratan campesinos jóvenes y robustos, saben perfectamente el beneficio que proporcionan sangrando en las condiciones descritas; condiciones que, dicho sea de paso, jamás se ven en nuestros hospitales civiles, refugio de infelices que podrían tener de todo, menos la robustez y el vigor indispensables al desarrollo de ese cuadro de eretismo. Por esta razón no debe extrañarnos que los grandes maestros de clínica hospitalaria no aconsejen una aplicación revulsiva que no han podido acaso ni ensayar por falta de oportunidad apesar de su dilatada práctica. Es la influencia del medio.

No se limitan á esto las pretensiones de nuestro tratamiento. Hay muchas infecciones cuya patogenia se concreta á un proceso local inflamatorio, que puede muy bien caer bajo el dominio de aquellas aplicaciones revulsivas propuestas para los distintos estadios del movimiento flogístico, siempre que la disposición y relaciones circulatorias del foco se presten á ser favorablemente influídas por los cambios vasculares provocados. La pleura, el pericardio y las serosas articulares, suministran los mejores ejemplos; lo mismo cuando son primitiva y únicamente afectadas, que cuando

(1) Aunque se ha dicho que la sangría predispone en los exantemas febriles á las formas hemorrágicas, está probado por experiencia la inexactitud del hecho.

son objeto de localizaciones de un proceso general como el reumatismo articular agudo.

Del mismo modo que los inflamatorios, los procesos básicos ó incidentales de orden fluxionario, hemorrágico y edematoso, no por ser de origen microbiano dejan de ceder á sus tratamientos corrientes, y su docilidad á la revulsión se habrá de aprovechar en muchas ocasiones para resolver con ella una parte del problema.

Merecen á este propósito especial mención los trastornos en la circulación venosa del cerebro y los accidentes cardiopulmonares que en muchas infecciones de evolución febril vienen á enegrecer la situación, creando un serio compromiso de momento.

El coma ó estupor profundo que en las infecciones graves se desarrolla á consecuencia de un éxtasis venoso del cerebro, cuya distinción del que tiene un origen tóxico puede hacerse en última instancia con el oftalmoscopio, precisa de una medicación revulsiva que afloje la compresión y permita el acceso de una sangre más fresca y oxigenada, antes de que la acción inhibitoria de la sangre negra se haga sentir en los centros vitales del bulbo.

Los estados asfíticos de origen circulatorio, las grandes congestiones pulmonares, las dilataciones agudas del corazón, sus agobios é insuficiencias, así como los hipóstasis que complican las adinamias, son hechos de variable pero evidente gravedad, que reclaman por sí, por el peligro que suponen, y tengan la etiología que tuvieren, un tratamiento cuyas formas y fundamentos no he de repetir por sernos ya conocidos. La pulmonía, bronco-pneumonías, endocarditis, fiebres eruptivas y tíficas, septicemias médicas y quirúrgicas, gripe, erisipela y en general todas ó casi todas las

infecciones que tienen un cielo febril, que debilitan por uno ó por otro camino las energías del miocardio, ó que comprometen la sana regulación que viene de los centros nerviosos, pueden desarrollar estos síndromes haciendo correr un riesgo cuyo alcance no es preciso encarecer y que cae bajo el dominio de una medicación revulsiva, pudiendo con ella hasta prevenirse.

Teniendo en cuenta lo expuesto a propósito de las auto-intoxicaciones y sabido que la base de la infección es el envenenamiento por las toxinas bacterianas, es lógico pensar en la aplicación de aquellos remedios á este último caso. Sin embargo, la utilidad de eliminaciones y descartes es mucho menor de lo que á primera vista pudiera parecer por una razón muy poderosa. Desde que Manquat inició la idea, viene la experiencia confirmando que los venenos microbianos circulan con la sangre sólo en los primeros tiempos del proceso; y únicamente explota el trastorno cuando se fijan de un modo definitivo en las células de ciertos tejidos, hasta que otro proceso de desarraigo ó de neutralización los inutiliza. Este hecho que explica el por qué algunos sueros, (el antitetánico, por ejemplo), previenen, y en cambio no curan el mal ya constituido, explica también la relativa inutilidad de nuestras expoliaciones revulsivas que sólo pueden obrar sobre elementos contenidos en las corrientes expoliadas, aun con la ayuda de las decantadas inyecciones salinas de que Sahli, Lejars, Jaylle y Valdivieso tantos beneficios esperan y que seguramente los darían si pudieran lavar el protoplasma de las células que retienen y fijan el veneno.

Esto no es obstáculo para echar mano de los recursos revulsivos en cuanto éstos pueden favorecer el trabajo de

los aparatos depuradores; cuando mejoren el estado circulatorio del riñón, del hígado, de la piel; cuando desobstruyendo el pulmón faciliten el aporte de oxígeno con que quemar esos venenos. Los estímulos cutáneos que provoquen copiosos sudores pueden ser de indiscutible utilidad en las primeras etapas de la gripe, pneumonías, fiebres eruptivas, procesos catarrales de las vías respiratorias, etc., más que por las derivaciones hacia la piel, quizá por lo que se elimina con ellos. Aunque afirma Bouchard que se precisan nada menos de 100 litros de sudor para equivaler en depuración á 32 gramos de sangre, 90 de orina y 150 de líquido diarréico, la comprobada toxicidad de ciertos sudores críticos y el mal olor de otros muchos, dicen muy poco en favor de tan aritmética comparación (1).

Antes de dar fin á esta materia quiero señalar un hecho muy frecuente que aparece complicando á muchas infecciones agudas y que consiste en un estado toxinfecioso, que ajeno á las mismas, se las suma sin embargo. Sea porque en el estado febril los fenómenos digestivos se perturban; sea porque afloja la potencia antiséptica de los jugos y secreciones; sea porque se exalta la virulencia de la flora intestinal;

(1) Conocido es de todos, por una parte, el hecho comprobado por Sudaroff de eliminarse bacilos tíficos por el sudor, y por otra los sudores de urea. Yo mismo he tenido ocasión de observar en un enfermo visto en consulta con el Dr. Miguel y Romón esos sudores pre-agónicos que al evaporarse dejaban la piel y el pelo totalmente empolvado, por un polvillo blanco terroso, granugiento como finísima arena muy abundante y formado sin duda por diminutos cristales de urea. Cito ambas cosas en apoyo de la opinión favorable á las eliminaciones sudorales, que así como se comportan con urea y con bacilos, es muy probable que lo hagan también con otras sustancias que desconocemos.

sea, en fin, porque directamente se produzcan determinaciones gastro-intestinales, el hecho es que sobreviene un trastorno de las vías digestivas, en el que dominan fenómenos de putridez en su contenido, cuyos derivados venenosos son absorbidos asociando á los del antígeno principal sus efectos nocivos. Este incidente que desde una simple saburra, hasta una profunda adinamia, da á la infección á que se asocia cierto carácter tífico, es á veces tan intenso que dominando la escena obscurece la enfermedad primitiva, hasta despistar en el diagnóstico. La pulmonía de los viejos, las afecciones pneumocócicas gripales y piógenas, las endocarditis, el reumatismo, septicemias, infecciones biliares y urinarias, puerperio séptico, erisipela, tifus y hasta en una sífilis de brote agudo y febril, como yo he visto, son estados en que puede ingertarse esta complicación con la que habremos de luchar á diario y contra la cual no hay mejor tratamiento que la descarga serosa del intestino, obtenida por la acción revulsiva de un purgante, quien desocupa, barre y arroja las masas pútridas y descompuestas, provoca una exhalación acuosa encargada de lavar la superficie del intestino y eliminar el contenido en los primeros tramos de la vía de absorción (1) y á la par estimula la secreción biliar excitando la saludable actividad del laboratorio hepático. Es ésta una finalidad que la misma naturaleza nos enseña á aprovechar, con los casos en que una crisis diarréica espontánea pone fin al accidente con visible alivio de su víctima.

(1) Charrin ha comprobado experimentalmente la eliminación de abundantes toxinas bacterianas por las glándulas del intestino, y Sanarelli dice que los linfáticos del intestino pueden devolverle las toxinas que arrastran en su corriente.

En este último concepto una revulsión expoliadora bien reglada y elegida es una parte transcendental en el tratamiento de muchas infecciones.

Insuficiencias cardiacas y obstrucción pulmonar.

—Decía en sitio oportuno que la circulación menor ó pulmonar, prácticamente aislada de la general para los efectos del estado tensivo, estaba sostenida y reglada exclusivamente por el ritmo y energía cardiaca. El corazón, á la vez que impulsa y gradua la corriente, es el primero en experimentar el contragolpe de cualquier trastorno que en ella ocurre. Es tan íntima y estrecha esta relación de solidaridad, que no puede perturbarse ninguno de estos dos elementos sin que el otro se resienta; y bastará muchas veces actuar terapéuticamente en uno solo, para obtener efecto sobre los dos: dato de gran valor para nuestro objeto.

Para dar forma práctica á la transcendencia clínica de esta condición de mutuo enlace, podremos decir que «aparte de las limitadas localizaciones que una noxa infecciosa ó embólica pueda determinar en el pulmón todo estado congestivo que tenga cierto carácter de difusión, supone una quiebra de energía cardiaca; y toda pérdida efectiva de potencia contráctil del miocardio va seguida de un éxtasis pulmonar».

En uno y otro caso, este accidente suele ser una consecuencia casi obligada de los estados de autointoxicación, de los esfuerzos exigidos por las hipertensiones, del progreso de los afectos locales y sobre todo de los procesos tóxico-infecciosos y agobios, cuando cualquiera de ellos hace sentir su desfavorable influencia sobre el gran aparato cardio-pulmonar en sentido negativo á su nutrición, regularidad, ó energía funcional. Llegado el momento en que se rompe el equilibrio preexistente, se constituye en último término un

síndrome que tiene siempre las mismas apariencias, sea cual fuere el motivo causal, y en el que sobre el hecho básico de un acúmulo excesivo de sangre con pérdida de velocidad en su corriente, se desarrolla ese fenómeno que solemos designar en el lenguaje clínico con el nombre de ingurgitación, obstrucción, ó asistolia pulmonar.

El solo hecho de ser congestivo el fenómeno fundamental de este síndrome, despierta y apoya la idea terapéutica de la revulsión; pero es preciso aquilatar las condiciones en que se produce para que nuestra labor no resulte inoportuna ó, lo que es más fácil, desproporcionada.

En vista de que el corazón es una especie de aduana que interviene toda la importación y exportación del comercio pulmonar, en las quiebras circulatorias de este último, procuraremos conocer á fondo la situación de aquél, no sólo en lo que se interesa en el asunto, sino también en lo que se refiere á su parte más comprometida y á si el compromiso emana de su propia condición ó de una influencia extraña. Conocidos bien estos detalles, nos permitirán un razonable manejo del capital que la revulsión representa y estaremos en excelentes condiciones de hacer frente y dominar la bancarrota.

Aplicando este criterio á la división, podremos distribuir para nuestros fines la ingurgitación pulmonar en cuatro grupos: 1.º por desfallecimiento en el ventrículo izquierdo de origen extrínseco; 2.º por idéntico motivo en el derecho; 3.º por obstáculo ó dificultad primitivamente pulmonar; y 4.º por desfallecimiento cardiaco de causa intrínseca.

Primer grupo: tipo de ingurgitación por deficiencias del corazón izquierdo cuya musculatura puede estar sin embargo completamente sana, es el edema agudo del pulmón en el brightismo. En este accidente y situaciones de similar origen,

la sangre entra en la circulación menor en la cantidad y con la fuerza ordinarias, pero el ventrículo izquierdo no puede vencer la gran resistencia que le ofrece la columna de un árbol aórtico exageradamente hipertenso y dificultando la salida ó descarga de sangre, establece una mayor lentitud con acúmulo retrógrado de la masa circulante. Este hecho, cuya gravedad todos conocemos, es rápidamente progresivo, porque el ventrículo derecho disfruta de toda su integridad y sigue inyectando, materialmente embutiendo de sangre los vasos pulmonares hasta romperles y exhalar gran cantidad de suero coloreado (expectoración rosada característica). Si analizamos la situación, veremos que en última instancia todo depende de la excesiva resistencia que opone la hipertensión aórtica, y una lógica deducción nos lleva á pensar que bastará disminuir lo que esa tensión tiene de excesiva para hacernos dueños del conflicto: y como la gravedad y urgencia del fenómeno exige un rápido remedio, una sangría, acaso muy pequeña, llenará probablemente todas las condiciones apetecibles. Así se explica no sólo el éxito de sangrías muy moderadas en el edema agudo del pulmón, sino el rápido, el maravilloso alivio que el enfermo siente á medida que va saliendo la sangre de su vena y desde los primeros minutos de aquella terapéutica hemorrágica. En los casos, no raros, en que estas escenas se desarrollan en un corazón previamente sano, una sangría bien calculada no sólo es el mejor recurso, sino que ella en sí sola asume todo el tratamiento completo del accidente, considerado como entidad aislada. Es uno de los más grandes triunfos de la revulsión, que aun sus mayores enemigos reconocen y utilizan.

El segundo grupo ya no cae tan completa y racionalmente bajo las acciones revulsivas. Tomando como tipo de

estas formas el éxtasis por agobio cardíaco, por insuficiencias de origen nervioso (paroxismos de taquicardia) ó de causa tóxica (gripe, aconitina, antipirina y sucedáneos), se ve que en él se produce el acúmulo asfijante de sangre por la lentitud que en las corrientes determina la languidez, la falta de vigor en la contracción ventricular: como en este caso el miocardio está anatómicamente sano, lo fundamental, lo importante, lo primero y acaso lo único que debemos hacer, es devolver la perdida energía con los tónicos del corazón, lo cual bastará muchas veces para el logro de nuestros deseos.

Pero el fenómeno tiene cierta condición de círculo vicioso que le hace progresivo: el mismo acúmulo aumenta las resistencias á vencer, que á su vez quitan eficacia á la contracción, y en no pocas ocasiones el obstáculo ya creado es tal en el momento en que llegamos para intervenir, que no basta todo el potencial desarrollado por la medicación cardio-tónica, si no vienen en su ayuda las revulsiones oportunas.

En estas condiciones, para conseguir nuestro objeto, no hay más que un camino; todos los demás están cerrados: ese camino es disminuir cuanto se pueda el aporte de sangre á la circulación menor produciendo una merma considerable en la masa general. No hay para qué decir que la pequeña sangría del caso primero aquí resulta insuficiente á toda luz, y como, por otra parte, para obtener sólo con la sangría todo el efecto que se precisa á este fin sería necesaria una exfoliación peligrosamente abundante, no queda otro remedio que asociar y en su caso sustituirla con derivados, que distraigan, llamen y entretengan sin derramarla, grandes masas de sangre, en territorios que se presten á este almacenaje provisional y compensador, y además hacerla perder cierta

cantidad de sus elementos acuosos, para que la merma del volumen total obtenida por todos los medios, reduzca en su parte alícuota, el de la oleada que en cada momento dado volcarán las cavas en la aurícula derecha.

Hay una tercera forma en la que la congestión surge como consecuencia de un obstáculo ó de una interrupción parcial dentro del mismo circuito respiratorio, entre los dos corazones. Tal ocurre, por ejemplo, en los grandes bloques de neumonía fibrinosa, en la apoplejía pulmonar, pneumotorax agudo, etc. Parece este caso al anterior en que está en el corazón derecho toda la clave del problema, él es quien sufre el contragolpe del accidente y él quien habrá de sacar de sus fuerzas el único medio de conjurarle. Cuando el hecho reviste una intensidad moderada, las propias reservas de energía se encargan de dominar la situación, pero si el obstáculo es mayor, si empieza á formarse el círculo vicioso del caso segundo aunque invertido en su marcha cronológica, no bastará dar mayores energías al miocardio, si no se facilita su labor con un desahogo que á la vez disminuya el aporte de sangre al árbol pulmonar, y afloje la carga parcial con que el corazón derecho ha de trabajar en cada sistole.

Como se vé, este caso es igual al caso segundo, pero la combinación de recursos terapéuticos está invertida. En el segundo, se apela á la revulsión como ayuda ulterior, si el tónico cardiaco no obra lo bastante. En el tercero, la revulsión precede á los tónicos para preparar el terreno á la medicación (1). En el caso segundo, puede bastar sólo con el

(1) Véase á este propósito unos artículos que publiqué en LA CLÍNICA CASTELLANA, números 2.º, 3.º, 5.º y 6.º del tomo I, sobre los tónicos cardiacos en la neumonía.

tónico, y en el tercero, sólo con la revulsión: es cuestión de intensidad en el accidente. La inversa, sin embargo, no resulta aplicable.

Finalmente, cuando el desfallecimiento del centro circulatorio que trae consigo la ingurgitación pulmonar, es de origen intrínseco, es decir, por daño ó lesión del corazón mismo, la principal, quizá la única indicación, está en estimular las energías que le quedan con el empleo de sus tónicos bien elegidos; pero como nadie puede negar que todo aquello que, sin debilitarle, aligera y descarga la labor que pesa sobre un órgano desfallecido, ayuda y contribuye en grado variable, pero siempre positivo á su resurgimiento, hay que reconocer que una revulsión juiciosamente escogida puede en este sentido ser un auxiliar nada despreciable.

Claro está que la revulsión en este caso, como no va dirigida expresamente contra la ingurgitación misma, no precisa de grados ó intensidades tales que representen una merma notable en el aporte de sangre hacia el pulmón: sólo procura aligerar el peso con que ha de trabajar un aparato de escasa fuerza y necesitando proporciones más modestas que en los casos 2.º y 3.º, obra en cierto modo como un tónico cardiaco indirecto y si se quiere hasta paradógico.

No acaba en lo dicho la lista de indicaciones racionales de la revulsión en los estados de insuficiencia cardiaca.

Las cuatro indicaciones acabadas de estudiar son lo que yo llamaría revulsiones de alcance, porque con ellas pretendemos dar rápida solución á un conflicto de muchísima transcendencia; tanta que él por sí sólo, pone á la vida en serio compromiso; pero además de esas cuatro grandes aplicaciones, hay en el curso de todas las cardiopatías cien ocasiones más, en que menudas contingencias, incidentes locales, obstáculos

circulatorios, ó amenazas peligrosas, retenciones y necesidades de espurgo, exigen de la revulsión otras tantas aplicaciones, también menudas, que eviten ó remedien multitud de contratiempos, complicaciones y episodios; pequeños fenómenos todos ellos, que, aun siendo hijos de un proceso de mayor categoría morbosa, reclaman para sí ciertos tratamientos individuales é independientes, á fin de obtener con su propio beneficio una útil repercusión en el movimiento general de defensa ó de adaptación á un *MODUS VIVENDI* tolerable.

No hay para qué decir cuándo y cuáles habrán de ser estas menudas aplicaciones de la revulsión: bastará hacer el recorrido mental de lo que va escrito y allí donde surja la conocida incidencia, aplíquese el remedio en razón y medida de lo que ya sabemos. Únicamente llamaré la atención sobre un punto de que puede sacarse un gran partido: me refiero á las facilidades que nos presta el intestino como campo de operaciones revulsivas en los enfermos de corazón. A este propósito conviene recordar su gran tolerancia, que aguanta á veces años enteros de continuados estímulos. Hasta abusando de ella le utilizaremos: 1.º para retener y almacenar en sus vasos una gran masa de sangre que habrá de estar alejada de otros departamentos: 2.º para arrancar del circuito sanguíneo una buena parte de sus elementos serosos: 3.º para eliminar y depurar, con sus despeños secretorios, productos nocivos que no escapan por otra vía: 4.º para barrer su interior de líquidos y gases, lo que aflojando la tensión abdominal, facilita la oxigenación por mayor holgura en la capacidad respiratoria: 5.º en fin, como antesala del hígado, para modificar las condiciones de esta víscera á cuya intimidad no podemos llegar directamente. En pocas palabras, la revulsión

sobre el intestino de los cardiacos, es el botón de un regulador que habremos de oprimir casi constantemente en el tratamiento de sus cardiopatías, tengan el origen, forma y grado que tuvieren.

Incidencias nerviosas.—También algunos fenómenos emanados directamente del funcionalismo nervioso, son tributarios de la revulsión para los efectos de su terapéutica.

Tenemos en primer término, el más ruidoso y molesto de todos; el dolor.

De sentido común es que todo dolor sintomático de la congestión, flogosis, edema, estado tensivo de un órgano ó territorio, ceda á las revulsiones, que suprimiendo su causa, llenan la indicación fundamental. Aunque no haya para qué insistir en este punto, conviene, sin embargo, señalar el hecho de que en tales procesos, el dolor no sólo es la consecuencia de una fluxión ó propagación á los VASA-NERVORUM, sino, y acaso sea el principal motivo de la protesta, á la compresión directa, mecánica, que sobre los filetes determina el aumento de volumen de los vasos rellenos, que hacen el oficio de cuñas, tanto más intolerables cuanto más inestensible y rígido es el tejido en que se produce. Una revulsión que afloje rápidamente esos vasos, es quizá el mejor, el más rápido y duradero de los analgésicos: y se comprende perfectamente.

El dolor, en patología, no tiene más importancia que la de un síntoma: uno de tantos que cederá al tratamiento del total. En clínica, ya no es lo mismo: siendo el síntoma más ruidoso, más llamativo y, sobre todo, el más molesto, el enfermo quiere librarse de él con verdadera prisa. Por nuestra parte le concedemos también un valor tal, que parece asumir en sí sólo toda la enfermedad y reclamar

todos nuestros cuidados en muchos casos, por que su intensidad, su persistencia, su sitio, el cuadro de que se rodea, ó los temores que despierta, fijan poderosamente nuestra atención. Ya sabemos que el remedio para el dolor hay que buscarle en el rico arsenal de los analgésicos. Sin embargo, sucede á veces que el dolor se rebela contra el medicamento, éste no completa su obra, es peligroso su empleo, ó se teme un mal efecto de su uso prolongado y hay que pensar en otros recursos entre los cuales bien puede estar la revulsión.

Llegado este momento convendrá en primer lugar, ahondar en el diagnóstico de su causa ó motivo más íntimo y ver si nuestro tratamiento puede resolver el problema. Puestos en este terreno, obraremos en consonancia con las siguientes consideraciones para echar nuestras cuentas.

— Hay ciertas molestias sentidas ó interpretadas por el enfermo como dolor, cuyo manantial, recorrido y fin, no se salen de la esfera de lo psíquico. Claro está que en estos dolores la revulsión no podrá tener más que efectos sugestivos, quizá fáciles y utilizables en el histerismo, neurastenia y estados similares. Otros dolores que tampoco ceden á medios revulsivos, son los que teniendo más positiva y real existencia, nacen, se desenvuelven y mueren en los mismos centros nerviosos; y aunque el enfermo los refiera con precisión geométrica á determinado sitio ó territorio de la periferia, los nervios de la misma son del todo ajenos y extraños al fenómeno cuya impresión, percepción y sensación se encierra sin salir de los límites del cerebro y de la médula como máximo, produciendo los mismos efectos internos que si se desarrollara por sus vías y recorrido normal.

Aparte de esas dos clases de dolores, todos los demás, incluso la mayor parte de los clasificados en el nebuloso grupo de las neuralgias, dependen ó están sostenidos por un estímulo que actúa sobre el elemento nervioso periférico, en cualquier punto de su trayecto, desde la más fina y extrema división, hasta el grueso tronco con que ingresa y se pierde en su centro correspondiente. Dicho estímulo puede ser de dos órdenes: ó es un trastorno bio-químico puro, de origen tóxico, cuyo hecho no cae bajo el dominio de la medicación revulsiva ó es simplemente un fenómeno de compresión intolerada, producido por una congestión fluxionaria ó pasiva de sus envolturas, vainas ó cubiertas; esqueleto conjuntivo cuya circulación puede sufrir cambios de corriente, vacuidad y replección como cualquier otro tejido. Aun aquellos dolores como los del mal de Pott, y los de la escoliosis paralítica exagerada, en que el hecho de la compresión es del más grosero mecanicismo casi traumático, el anillo ó plano que comprime y las vecindades del cuello comprimido, sufren estados de ingurgitación circulatoria que aumentan la intensidad del fenómeno, contribuyendo con un tanto por ciento en las responsabilidades del dolor. Pues bien; en todos los dolores de estas dos formas compresivas, en cuyo fondo se pueda ver el trastorno circulatorio, determinando, sosteniendo ó exagerando la molestia, la revulsión puede prestar excelentes servicios, siempre que sea posible aplicarla cerca del foco productor del fenómeno, en razón á que la circulación de todos los nervios, al contrario de lo que ocurre en los grandes centros, no tiene sistemas vasculares independientes, sino que recibe y manda sus vasos á los tejidos de alrededor, y todo á lo largo del trayecto nervioso se está en constante y casi

continuo intercambio circulatorio con la vecindad, lo mismo en sentido aferente que eferente. Además, y conviene tenerlo presente para muchas cosas, todos los cordones nerviosos sin distinción de gruesos y categorías, van rodeados de una especie de red ó plexo venoso, cuyo aspecto recuerda bastante los plexos intra y extrarraquidianos, destinado sin duda á servir de mullido y regulador circulatorio: el estado de replección de estos plexos, seguramente modificable por acciones revulsivas, habrá de tener su correspondiente influencia sobre el funcionalismo del órgano envuelto y protegido.

Estos son, pues, los fundamentos que apoyan la revulsión analgésica, y por ello en muchas neuralgias obrando por su intensidad, por su persistencia ó por su repetición, constituye acaso el más eficaz de los tratamientos; y sinó, díganlo los muchos que curaron sus dolores con los chorros calientes de un balneario cualquiera; chorros que en suma fueron simple y llanamente una revulsión sobre la piel, más próxima al sitio dolorido.

Ciertas formas y localizaciones del síntoma dolor, pueden reclamar remedios revulsivos por algo unido, aunque ajeno, al dolor en sí mismo. Cuando al dolor se asocia un violento espasmo muscular en órganos casi siempre tubulares ó esfinterianos, la revulsión produce á veces los más rápidos y saludables efectos, porque este fenómeno complejo, aunque de apariencias nerviosas, arranca siempre ó casi siempre, de un proceso inflamatorio ó por lo menos violentamente fluxionario. Tipo de estos dolores es el cólico hepático cuyo modernísimo concepto admite la previa necesidad de una inflamación aguda de la vía biliar para que el síndrome, llamado cólico, se desenvuelva. Por eso en manos de los

antiguos médicos, el cólico cedía á las aplicaciones de sanguijuelas, y hoy mismo nosotros le vemos mejorar y hasta ceder en los casos más ligeros á los fomentos calientes, á la colchoneta termo-eléctrica, ó á la cataplasma sinapizada. Si nos fuera tan accesible la circulación del ureter, acaso el cólico nefrítico cedería á idénticos recursos; por de pronto el baño caliente que algunas veces se emplea con gran éxito, congestionando la circulación periférica, es al fin y postre una revulsión que, como otra cualquiera, se utiliza en concepto de analgésica y antiespasmódica á la vez.

De lo expuesto podemos deducir, que el caso es modificar la circulación de un foco doloroso, obrando sobre la del terreno más próximo, ó sobre grandes extensiones, para que alcance algo de su efecto á lo local y enfocado.

Otras tres indicaciones pueden sacarse de la revulsión en el terreno de las incidencias nerviosas. Sábese que la sangría y todas las expoliaciones en general, y siempre en relación con su forma, intensidad y situación previa del paciente, constituyendo una pérdida ó desgaste, debilitan y merman la actividad del sistema nervioso de un modo primitivo ó secundario. Pues bien; este efecto fisiológico manejado con el tino que es del caso, y elegido para enfermos que dispongan de suficiente tolerancia, puede convertirse de depresivo en sedante, aplicándolo como tal cuando la neuro-actividad sea una sobreexcitación morbosa general, constituyendo ese estado que designamos con el calificativo de *eretismo nervioso agudo*. Este síndrome de hiperfuncionalismo desviado y patológico, sobre todo cuando acompaña ó explota á la subida inicial de una infección violentamente febril ó aparece como efecto de una insolación, disgusto ó

arrebato, suele ser una consecuencia de fluxiones encefálicas que, como tales, cederán con verdadera docilidad á los remedios que, merman al contenido vascular. Claro está, y vuelvo á repetirlo una vez más, que este recurso no se acomoda á todas las individualidades y es de la clase de los que no se pueden prodigar.

Puede por el contrario la revulsión, convertirse en un estimulante del sistema nervioso, cuando en las depresiones de sus grandes centros, como síncope, lipotimias, colapsos, adinamias, estupor, etc., buscamos en sus aplicaciones cutáneas sólo el efecto excitante sobre la inervación periférica, para que en forma de espolazo ascendente, y permitidme la palabra, suba y despierte reacciones tónicas que se difundan en los centros por sus vías de asociación, ó para despertar reflejos viscerales de órganos cuya inervación parece relacionada con ciertas zonas del tegumento externo. Son á modo de telefonemas agresivos, que por vía nerviosa se mandan á la central para provocar en ella útiles reacciones de protesta airada. El sinapismo, el calor vivo, la flagelación, las friegas, y hasta el pincel farádico y la aspersion de agua fría, son las revulsiones que mejor puedan servir á las necesidades de esta finalidad terapéutica.

Por último, demos por descontado que hay convulsiones cuyo motivo es dominable por derivaciones, evacuaciones y expoliaciones revulsivas: esto lo sabe todo el mundo y basta recordarlo. Pero además, el fenómeno convulsivo en sí, ó mejor dicho, la crisis de convulsiones vengan de lo que vinieren, puede crear una situación especial de gravedad, que se pone á tiro de nuestra medicación expoliadora. Cuando el ataque alcanza gran intensidad, ó se repite con mucha frecuencia, no permitiendo de uno á otro, tiempo bastante

para que el trastorno circulatorio que le acompaña se vaya normalizando, y sobre todo, cuando siendo además de fuertes y repetidos, largos y con mucha participación de los músculos respiratorios, como ocurre en el estado de mal epiléptico y algunas crisis subintrantes de eclampsia sintomática, entonces las violentas subidas de la tensión arterial por una parte, y la dificultad del desagüe venoso por otra, crean un estado de tensión vascular dentro del cráneo que llega hasta el edema y las hemorragias puntiformes, poniendo al cerebro en un compromiso tal, que si una expoliación sanguínea relativamente atrevida, no corta el fenómeno antes de que se establezcan lesiones irreparables, acaba con la vida del enfermo, ó le deja perpetuo recuerdo de su paso, en la irremediable reliquia de alguna anulación funcional.

(Se continuará).

ESTUDIO
DE
UN CASO DE HEMATOMIELIA PRIMITIVA, TRAUMÁTICA TARDÍA
POR EL
DR. ANSELMO PANIAGUA
MÉDICO DE VENIALBO (ZAMORA)

Las razones que me impulsan á publicar en la Revista Clínica de nuestra Región el caso clínico objeto de la presente historia, son de dos órdenes: 1.ª el tratarse de una entidad morbosa de las incluídas entre las poco frecuentes ó raras, sobre todo para los que ejercemos en esferas de acción profesional limitadas y 2.ª por las anómalas relaciones del tiempo transcurrido entre el agente causal y el efecto ó enfermedad por aquél producida, circunstancia más digna de tener en cuenta cuanto que el caso en cuestión pudiera haber dado lugar con posterioridad á reclamación pecuniaria por estar incluído, según se desprende en la «Ley de Accidentes del Trabajo».

Antes de entrar en materia debo juntamente consignar, que mi juicio clínico ha sido sancionado por una autoridad tan competente en estos asuntos, como la de mi querido amigo é ilustrado compañero D. Agustín del Cañizo, de la Facultad de Medicina de Salamanca, sin apoyo del cual quizá no me hubiera determinado á insertar esta historia.

El joven Z., de 18 años, de buena salud habitual, con costumbres morigeradas, robusta constitución, de oficio trabajador en canteras y sin antecedentes patológicos individuales ni de familia que guarden relación con la enfermedad que nos ocupa; estando un día en su trabajo, se desplomó desde una altura (según después pude apreciar) de 6 á 7 metros, cayendo de espaldas y recibiendo en dicha región los efectos subsiguientes á tamaña caída; una vez en el suelo, sin perder el conocimiento, no sintió otra cosa que el magullamiento consecutivo al golpe sufrido, que se prolongó por algunos días y después según manifestaciones del interesado desapareció; pero por lo demás se levantó por sus propias fuerzas, fué á su casa y al día siguiente, á pesar de aquel accidente, continuó sus cotidianas ocupaciones que no suspendió hasta que se sintió enfermo. El aludido percance de la caída tuvo lugar el día 10 de marzo de 1910.

El día 19 de abril, lo pasó completamente bien, según el interesado, como los días anteriores; siguiendo su régimen de vida habitual, se acostó según costumbre y en la siguiente mañana del 20, al levantarse de la cama para vestirse, una vez puesto en pie, notó de repente que las piernas le flaquearon, cayendo al suelo, para no poder ya levantarse sino con ayuda de sus padres, ocurriendo este nuevo episodio sin pérdida ninguna del sensorio ni trastorno anterior alguno.

En este momento fuí llamado, encontrando al enfermo en cama guardando el decúbito supino, cuya posición no podía cambiar por sus solas fuerzas.

De la exploración que con el mayor detenimiento practiqué, aprecié desde el primer momento, la existencia de una parálisis completa de la motilidad, en ambas extremidades

inferiores, cayendo inertes si una vez levantadas se abandonaban á sí mismas.

En la esfera de la sensibilidad, ésta se encontraba entorpecida en términos generales, pero profundizando más en su examen, se apreciaba claramente una disociación de la misma, estando más embotada y, mejor dicho, anulada la sensibilidad dolorosa y térmica que la táctil y aun la del sentido muscular; es decir, que predominaba la analgesia y termo-anestesia sobre la anestesia propiamente dicha; existiendo según se vé, más bien una parálisis parcial de la sensibilidad, extendida á ambas extremidades abdominales, suelo perineal y región abdominal hasta la altura de un plano que interceptase el abdomen al nivel de 11.^a vértebra dorsal. Estas zonas anestésicas no estaban circunscriptas á determinados territorios de inervación periférica de nervios, sino que más bien afectaban una disposición segmentaria como guardando relación con las vías sensitivas medulares. Otra particularidad de las mismas era su mayor intensidad en la extremidad inferior izquierda y lado correspondiente del peroné y abdomen.

Existía por último, una sensibilidad dolorosa bien marcada á la presión en el ráquis al nivel de las apófisis espinosas de las vértebras dorsales 8.^a, 9.^a, 10.^a, 11.^a y 12.^a, así como ausencia de reflejos cutáneos y profundos ó tendinosos en este período de la dolencia, puesto que más tarde estos últimos cambiaron de manera de ser, exagerándose como más adelante apreciaremos.

Con posterioridad, ó sean dos días después á la iniciación de estos fenómenos morbosos, se presentaron trastornos véxico-rectales revelables por dificultad á la micción y defecación no insuperable, pues el enfermo por sí solo, si bien

con esfuerzos y tardando más tiempo que normalmente, ejecutaba ambos actos.

Las indicadas perturbaciones de la motilidad y sobre todo las sensitivas, fueron en aumento tanto en extensión á otros puntos nuevos no afectados al principio, como en intensidad en los primeramente atacados por espacio de quince días, en el trascurso de los cuales, los reflejos tendinosos anulados, como al principio dijimos, se tornaron moderadamente exagerados, apareciendo asimismo clonus en el pie izquierdo y alguna moderada atrofia en ciertos grupos musculares de las extremidades inferiores, quizá por inactividad funcional ó, lo que creemos de mejor grado, de naturaleza trófica.

Asimismo á consecuencia de unas friegas intempestivas, que por su cuenta la madre propinó al enfermo con esencia de trementina, aparecieron primeramente unas vesículas penfigoideas, rotas las cuales dejaron trás de sí, unas ulceraciones que tardaron algún tiempo en cicatrizar, y de las cuales las de mayor tamaño y profundidad, asentaban en la cara externa de la pierna izquierda y dedos 1.º, 2.º, 3.º y 5.º, del pie del mismo lado, sin duda puntos estos de menor resistencia orgánica y por ende más vulnerables á la acción del citado agente.

Todo este complejo de síntomas, una vez alcanzaron su período de estadio, fueron por fin remitiendo al principio con inusitada rapidez, hasta el punto de que el paciente el segundo día de levantarse del lecho (ó sea á los treinta días de enfermedad), ya pudo sostenerse brevísimos instantes de pie, si bien apoyado en algún mueble próximo, no tardando muchos días en dar algunos pasos, y más adelante, cortos paseos con auxilio de bastones; también la parálisis parcial de la sensibilidad fué decreciendo, avanzando en este sentido de

mejoría, en primera línea la sensibilidad táctil y en cambio la dolorosa y térmica, permaneció embotada por más tiempo para, por último, más tarde, también normalizarse. El clonus del pie izquierdo en cambio persistió.

Después de esta mejoría iniciada con tan buenos auspicios, aquélla continuó progresando pero de modo más paulatino, hasta permitir al enfermo volver á reanudar su trabajo, quedándole como reliquias, cierta flojedad en las extremidades inferiores, acompañada de una ligera atrofia de las piernas.

En todo el curso de la enfermedad no se observó ningún fenómeno general, siendo el pulso normal, lo mismo que la respiración y las temperaturas máximas de 37°-7 y 37°-9.

Resumiendo y tomando de todo este cuadro sindrómico los datos de mayor relieve, así como el antecedente causal á saber: precedencia de un traumatismo de consideración si bien lejano ó sea de 40 días de fecha: iniciación de los fenómenos morbosos sin pródromos por lo menos aparentes y de una manera bruscamente repentina, apopléctica; ausencia de fenómenos generales de toda especie; y, por último, el restablecimiento de las funciones alteradas rápidamente al principio, más lentamente después, ó sea el curso de la enfermedad, no me fué difícil formar el concepto clínico de una lesión que interceptase la continuidad de las funciones medulares en una mayor ó menor extensión, tanto longitudinal, como transversal, y la cual, por la manera de presentarse tan repentina y sin pródromos, diagnosticué de hemorragia medular ó hematomielia primitiva.

Respecto á la localización del foco hemorrágico, sin tener la pretensión ni mucho menos de establecer un diagnóstico topográfico exacto, sólo diré que atendiendo á la altura

alcanzada por la anestesia, á la exageración de los reflejos tendinosos mencionados, y muy particularmente los rotulianos, y la situación de los puntos dolorosos espinales en las vértebras dorsales, desde la 8.^a á la 12.^a ambas inclusive, debió ser foco de región dorsal.

Por último, para terminar todo lo referente al diagnóstico de la enfermedad, no he de incurrir en el estudio de diagnósticos diferenciales, pues el caso en cuestión, objeto de esta historia, encuadra por muchos conceptos tan por entero en las descripciones narradas de dicha enfermedad en todas las obras de neuropatología, que hacer su contraprueba diagnóstica sería ofender la ilustración de mis lectores; así pues, paso por alto su diferenciación diagnóstica con otras afecciones como el hematorraquis, las mielitis hiperagudas, con las obliteraciones de la aorta abdominal (embolia), que producen una suspensión repentina de las funciones medulares por la anemia brusca de la médula, pero en las cuales entre otros síntomas la falta del pulso crural es muy significativa; en cambio las poliomyelitis agudas pueden dar lugar á confusiones con ciertas formas de mielorragias, en que el foco asienta exclusivamente en las astas grises anteriores, pero el curso ulterior de la enfermedad, desvanece por lo general estas dudas, y, por último, existen ciertos estados de conmoción medular traumática, considerados por Obersteiner como de transición ó intermediarios entre la hematomielia y las neurosis funcionales y que tanto por su etiología, que obedece á una causa común ó sea el traumatismo experimentado á veces también con antelación de muchos días y aún semanas, como por su sintomatología y curso pudieran confundirse con el caso clínico que historiamos, por cuyas razones hemos de procurar, hasta donde sea posible, establecer

las diferencias entre ambos estados. En la hematomielia la extensión de los puntos dolorosos raquidianos es más limitada, circunscribiéndose á un número determinado de vértebras próximas entre sí; al contrario, en la conmoción medular el dolor se percibe en gran extensión á lo largo del raquis y su carácter varía; unas veces es verdadero dolor á la presión y otras es sensación de contusión, de quemadura, etc. 2.º En la primera, la fijeza del dolor es más pertinaz, al paso que en la segunda, salta con frecuencia de una vértebra á otra; 3.º En la hematomielia los fenómenos paralíticos atacan casi siempre los miembros inferiores y se presentan de una manera muy rápida, mientras que en la conmoción existe más bien debilidad muscular y ésta permanece estacionaria largo tiempo y aun presenta alternativas frecuentes de aumento y disminución que no se explican fácilmente; 4.º En las hemorragias medulares, los trastornos sensitivos preponderan en un lado del cuerpo, como ocurre en nuestro enfermo en la extremidad inferior izquierda y lado correspondiente del periné y región abdominal inferior, y, por último, la especie de disociación siringomiélica de la sensibilidad, ya apuntada, así como los trastornos tróficos revelados por las ulceraciones cutáneas reseñadas y así también la moderada atrofia muscular acompañada de impotencia funcional persistentes de las piernas, todo ello induce á desechar con fundamento la idea de conmoción y atenerse á la de hemorragia medular.

Hasta aquí las cosas marchaban por su orden natural, establecida su comparación con otros casos de índole análoga, mas como era de capital importancia inquirir el factor etiológico, no sólo bajo el punto de vista científico, sino bajo otro legal por las razones indicadas al principio de esta historia, por estas consideraciones estimo el *diagnóstico* como *etiológico*

el punto más controvertido y hasta si se quiere de mayor responsabilidad moral y he aquí el motivo principal de sus-
citar yo la consulta con el Dr. Cañizo y de común acuerdo
convinimos en admitir como agente causal al traumatismo
violento sufrido por el paciente en época más ó menos
remota.

Los datos en que fundamentar esta opinión tenían por
base: 1.º La ausencia absoluta de toda otra causa exterior,
suficiente é imputable como capaz de producir tal estado.
2.º La falta de alteraciones orgánicas, ora vasculares de las
predisponentes á producir hemorragias, pues ni la edad del
enfermo ni sus antecedentes eran abonados á tal suposición;
ora tampoco por no existir alteraciones en el tejido de la
médula, que como las mielitis, poliomiélitis aguda, tumores
de este órgano, etc., pudieran dar lugar á hemorragias se-
cundarias y que, dicho sea de paso, carecen de interés diag-
nóstico por estar supeditadas á la enfermedad fundamental
y 3.º Por analogía con lo que ocurre en el cerebro, en donde
se han descrito para este órgano, bastantes casos de *hemorra-
gias traumáticas tardías* en las que el tiempo transcurrido
entre el traumatismo y la apoplejía ó hemorragia cerebral
subsiguiente, ha sido por extremo variable; así O. Bollinger
primeramente y después Michel (Wien-Klin, Wochenschr,
1896, 35), han referido casos en que la hemorragia tardía
acontecía á los 8-8-9-20 y 52 días respectivamente del trauma-
tismo sufrido; Dinkler (Archiv für Psychiatrie, 1905), hace
referencia de casos análogos y, según la opinión de mi colega
Dr. Cañizo, á cuya exquisita amabilidad debo estas citas
bibliográficas, esto que para el cerebro es un hecho demos-
trado y aceptado por autoridades tan competentes como las
citadas, puede y debe tener aplicación á la patología medular.

Así pues, en vista de estos razonamientos mi caso clínico pudiera diagnosticarse como Hemorragia medular primitiva traumática tardía.

Para explicar el enlace ó patogenia, en virtud de la cual, un traumatismo si bien de consideración, produce efectos morbosos tan remotos, podemos admitir á semejanza de lo propuesto para las hemorragias cerebrales traumáticas tardías, que dicho traumatismo engendró en un principio cierta fragilidad anormal de las paredes vasculares, acompañada ó no de trastornos circulatorios, en virtud de la cual, bajo la influencia de pequeñas causas ocasionales, se desgarran y dan lugar á la hemorragia subsiguiente, y esto pudo ocurrir en nuestro enfermo á consecuencia del esfuerzo muscular que supone el cambiar de la actitud yacente en el lecho á la vertical, al ponerse en pie para vestirse; también pudiera el traumatismo desde su actuación, haber originado un foco hemorrágico de tan reducidas dimensiones, que no se exteriorizara por síntoma morboso alguno y estuviera como latente, ó que al dar lugar á algún fenómeno morboso, fuera de tan poca significación que pasara desapercibido para el enfermo mismo, pero ulteriormente en un momento dado, y bajo la acción de cualquier causa, dicho foco aumentara sus dimensiones acompañándose entonces de manifestaciones ostensibles.

Esta última opinión viene apoyada por ciertas observaciones, en que habiendo el sujeto sufrido un traumatismo cerebral, sólo mediante un minucioso interrogatorio retrospectivo pudieron inquirirse algunas ligeras anomalías en su personalidad y que por no ser, propias en la manera de ser del interesado antes de actuar el traumatismo hubo que inculpar lógicamente á éste: otras veces la acción traumática

dió lugar á alguna ligera y limitada parálisis consecutiva, pero habiendo sucumbido los pacientes de una muerte repentina, se encontró la explicación más adecuada y satisfactoria de sus trastornos al practicar la autopsia con la presencia, de un *foco hemorrágico puro* no explicable por otra causa, sino por el traumatismo experimentado en época anterior.

Por lo que atañe directamente á las hemorragias medulares Oppenheim hace observar: «Que en las pequeñas extravasaciones sanguíneas los fenómenos morbosos pueden ser tan insignificantes que escapen fácilmente á la observación, citando varios casos en apoyo de este aserto».

Ahora bien; á pesar de las afirmaciones en sentido contrario manifestadas por mi enfermo, bien pudiera haber sufrido algún pequeño trastorno á consecuencia de su traumatismo, que pudiera haberle pasado desapercibido hasta la fecha en que de un modo tan fulminante sobrevino la parálisis de sus extremidades inferiores, pero ésto lejos de destruir la noción de causa admitida, más bien la confirma, toda vez que en esta forma se establecería un encadenamiento entre la causa inicial traumática y la enfermedad en todo su apogeo.

De todo lo manifestado pueden deducirse las siguientes consideraciones prácticas: 1.ª los traumatismos, aun los de intensidad inusitada, al actuar sobre los centros nerviosos pueden determinar bien predisposición á hemorragias ó bien éstas mismas, pero cuyos efectos no se manifiestan inmediatamente sino después de un tiempo más ó menos largo; 2.ª Estos son hechos de observación ya conocida y admitida por lo que respecta al cerebro, viniendo apoyados por cierto número de casos citados por autores competentes; 3.ª En buena lógica no hay razón para admitir lo contrario con relación á

la médula, y nuestro caso aboga por su confirmación; 4.ª La patogénia de tales estados, que á pesar de lo dicho no dejan de ser rarezas clínicas, y más bien por lo que atañe á la médula, pues á ser ingénuo desconozco otro caso semejante la mio, por más que no abrigo ni mucho menos la pretensión que sea el primero como tal descripto, puede explicarse: bien á que el traumatismo inicial diera lugar á cierta fragilidad anormal de las paredes vasculares con trastornos ó no circulatorios, ó bien que desde luego *ab initio* produzca un pequeño foco hemorrágico y que bajo la influencia de segundas causas ocasionales inmediatas, aquellos vasos alterados se rompan, determinando la hemorragia subsiguiente, ó que el foco de reducidas dimensiones agrande éstas, dando lugar en uno y otro caso á síntomas morbosos no observados anteriormente.

— Por último, para terminar esta ya larga historia, diremos que el tratamiento seguido en nuestro enfermo fué el clásico para tales casos: reposo lo más absoluto posible en cama, prefiriendo el decúbito lateral ó abdominal al supino: se le aplicó un tripón con hielo á nivel de los puntos dolorosos á la presión en el raquis, se administraron al interior los vasoconstrictores (ergotina), más adelante los resolutivos (ioduro potásico). Y, por último, pasado el período agudo, se practicó el masaje y electroterapia en los músculos afectos sin olvidar, como es natural, prevenir en lo posible las complicaciones que son propias de las enfermedades medulares.

CONCEPTO A TENER, CONDUCTA A SEGUIR

Y MEDIOS Á EMPLEAR

EN EL TRATAMIENTO DE LOCOS AL COMIENZO DE SU TRASTORNO MENTAL

POR

RAMIRO VALDIVIESO

Médico-Director del Manicomio provincial.

(Conclusión).

Los datos expuestos de semeiología mental objetiva, creemos son los suficientes, no sólo para diagnosticar desde muy pronto la germinación de un estado de locura, si que también las más comunes formas de enajenaciones y detenciones mentales, á la vez que significan preciosos indicios sobre los juicios pronósticos; y como penetrar en la exposición y crítica del examen analítico de las facultades psíquicas nos llevaría muy lejos y desvirtuaría el fin de aplicación práctica que en este trabajo (traducción resumida, como hemos varias veces repetido, de la enseñanza *morselliana*) propusimos alcanzar y agotaríamos además la probada paciencia de cuantos se hayan molestado al recorrer los renglones que á éstos preceden, sin encontrar originalidad doctrinaria ni clínica, concretándonos, aunque tardíamente, al empeño médico-social de conducta á seguir y de los medios utilizables en el tratamiento de locos, consignamos lo que á continuación puede leerse.

En presencia de un enfermo de la mente, dice Anglade, debe el médico poner á servicio de su arte todo cuanto le sea posible de bondad y de energía moral y es necesario trate las enfermedades mentales con toda su alma y corazón, acordándose que la pérdida de la razón no es un estigma humillante, sino un accidente patológico que por ser el más doloroso de todos es el más digno de compasión. Y escribe Finzi: cuando un médico es llamado para asistir á un loco debe mostrar sin reserva alguna gran franqueza é incondicional amor á la verdad, y cuantas determinaciones tome deben de ser consideradas siempre como tratamiento de enfermo, sin que jamás tengan apariencias de castigo ni de recursos disciplinarios cuantas medidas de seguridad aconseje. En estos dos conceptos compréndese lo que debe ser línea de conducta ante el loco y la base fundamental del tratamiento psíquico, propiamente dicho.

En todo loco son dos los problemas á dar solución: el de enfermo, que hay que curar, y el de persona perturbada que suscita atentados á sus propios derechos y á los de los demás; y como sólo el médico es capaz de entender de lo uno y de lo otro y juzgar de la capacidad y responsabilidad del frenasténico y del vesánico, su papel ante el individuo, la familia y la sociedad es prevalente y por lo tanto sus consejos, sus determinaciones, su acción total, son en todos los momentos de interés grandísimo, como de gravedad extrema.

Las primeras determinaciones y consejos son los consiguientes á la necesidad de sustraer al loco de su habitual ambiente de vida, alejándole de los lugares que habita, separándole de deudos y amigos, procurándole nuevas impresiones y reglamentando, á modo de militar disciplina,

sus afectos como sus ideas, sus actos como la satisfacción de sus necesidades instintivas. Tal es el aislamiento, que no sólo sustrae al loco de la influencia causal de su enfermedad, sino que le coloca en condiciones de calma psíquica exterior, á la vez que aleja los peligros que por su anómala conducta corren sus intereses morales y materiales y la seguridad de las personas que le rodean. El aislamiento, sea manicomial, sea domiciliario, llena, pues, dos fines: el terapéutico, que es la vigilancia y cuidado y trato del enfermo, y el de protección social contra el loco, que las más de las veces atenta á la integridad de personas y cosas ó perturba las condiciones económicas de la familia.

¡Aislamiento manicomial; aislamiento domiciliario! ¿Cuál es el más conveniente? ¿Cuándo y cómo debe ponerse en práctica? ¿En qué casos es urgente, en qué casos necesario y en qué casos perjudicial?

Desde luego debe ser siempre preferido el internado en un manicomio, por económico y por ser el aislamiento más eficaz, á la par que el manicomio, como hospital especializado que es, encierra todos los elementos necesarios á una cura completa y prolongada, como á una protección más garantida.

El aislamiento en una habitación de la casa del enfermo sólo puede ser provisional y de ser definitivo más agrava que mejora la situación del enfermo y de la familia; el aislamiento en casa de campo para ser eficaz es necesario que se practique bajo la constante dirección de un médico y contar con personal apto y muy bien educado, y por muy costoso no está al alcance más que de los privilegiados de la fortuna, que son los menos; el aislamiento en casas llamadas de salud, donde son recibidos toda clase de enfermos y que por

ser establecimientos abiertos los enfermos se ponen en fácil relación con el exterior, y en los que la acción médica frecuentemente está subordinada á la comercial, es de todos el menos recomendable.

El aislamiento debe de hacerse lo más pronto que sea posible, puesto que en las afecciones mentales, más que en otras afecciones, cuanto más espera haya en tratarlas más difícil es curarlas, más largos son los tratamientos y más posible es el paso á la cronicidad, y la cronicidad aquí, no sólo es el mal irreparable del órgano enfermo, sino que es la muerte civil de la persona desposeída de razón; y cuanto más se tarde en el secuestro del loco más riesgos hay que éste cometa actos que, por provocar escándalo público ó por dar ocasión á hechos delectivos, obligan á determinaciones de orden gubernativo ó judicial, que complican y á veces anulan la acción tutelar de la familia y dificultan gravemente soluciones posteriores á la curación del enfermo.

No conforme con el entender de Sollier que dice que el médico debe evitar servirse ante la familia de las palabras «internado», «secuestro», «aislamiento» que son mal entendidas ó inútilmente les asustan y que es preferible decir «qué es necesario *colocar* al enfermo en una casa especial», «qué es necesario *cambiar de medio*», yo desde luego, procediendo con toda franqueza, que nunca es grosera cuando la informa el amor á la verdad, con las familias hago lo que hago con el loco; huír de todo engaño, decir todo amigablemente, tratando de convencer, sin hacer promesa alguna que no esté cierto de poder cumplir, y previendo cuantas objeciones puedan hacérseme estar presto á la respuesta inmediata; y una vez conseguida la autorización de la familia decir al enfermo que su estado de enfermedad obliga á

la necesidad de su reclusión, y así, siendo sincero, más autoridad y prestigios he conseguido, aun usando de la fuerza en casos desesperados, que, cuando novato en estas andanzas de locos y de familias perturbadas, disimulaba palabras y conceptos y recurría á procedimientos hipócritas. Cualquiera atenuación en la apreciación de los de la casa del estado mental del momento es refutable anunciando á la familia los fenómenos que irán apareciendo, si no se interviene prontamente, y haciendo se fijen en la comprobación de síntomas que por aparente levedad les hayan pasado desapercibidos, se demostrará las consecuencias funestas que por contemporización se alcanzarían bajo el punto de vista de la enfermedad y de los actos peligrosos por dilaciones originados.

Teniendo en cuenta el estado mental por sí sólo y el ambiente familiar que rodea al loco, para apreciar la necesidad ó inoportunidad de la reclusión manicomial, como de las otras formas de aislamiento, pueden servir de guía las siguientes consideraciones, indicadas por Falret: Es inútil y algunas veces perjudicial el aislamiento de los enfermos; 1.º cuando hay débil alteración de las facultades afectivas; 2.º cuando hay delirio pasajero sobre objetos que sólo se relacionan vagamente con las personas y lugares que rodean al enfermo. Es urgente el aislamiento: 1.º cuando los sentimientos afectivos están pervertidos y la indiferencia ó la aversión ha suplantado á los afectos más legítimos; 2.º cuando el alienado es caprichoso, déspota, agitado ó peligroso para los demás y para sí mismo; 3.º cuando su delirio es provocado por el concurso de circunstancias bajo cuya acción continúa viviendo; 4.º cuando la familia del enfermo está falta de juicio, de circunspección, de bondad y de firmeza;

ó cuando hay conflicto de opinión entre los miembros de la familia relativamente al enfermo y á los cuidados que debe recibir.

Concretando más la indicación del aislamiento manicomial, indicación que precisa de pronto planteo, ya que las disposiciones de orden gubernativo ó las de orden judicial obligan al acopio y legalización de documentos, sin los que no pueden ser admitidos en establecimientos particulares ú oficiales los enfermos de la mente, y ello precisa de tiempo, diremos: que es de necesidad recluír: 1.º á todos los que tienen excitación maniaca prolongada sea cualquiera su naturaleza, pues su agitación psíco-motora les mueve á actos de violencia peligrosos para las personas y cosas: en estos enfermos el consejo del médico es prontamente aceptado por las familias, cuando no por éstas reclamado, aun antes de darle; 2.º á todos los melancólicos delirantes con determinaciones homicida ó suicida, por lo común muy disimuladas y que, por lo mismo, necesitan de la vigilancia rígida y continua de personal apto; 3.º á todos los que tienen delirio de persecución, ya sea de interpretación puramente ideativa, ya alucinatorio, ya sea sistematizado, ya de los degenerados y de los débiles de espíritu, y á los perseguidos-perseguidores, no sólo como algunos alienistas aconsejan en los paroxismos de exaltación, sino en cualquier período, por no ser fácil prever los actos inmediatos que pueden realizar, tanto más cuanto que por aparente razón engañan con una conducta semejante á la de los normales; 4.º á todos los epilépticos é histéricos con precedentes trastornos psíquicos, por fugaces que sean, y en los cuales por delirio ó por impulsión cometieron actos de destrucción ó de agresión, y todos los obsesionados impulsivos; 5.º á todos, los delirantes

sobre-agudos y crónicos por intoxicaciones alcohólica ó morfínica ó por auto-intoxicación prolongada; 6.º á todos los incapaces de vivir en familia, bien por ser inadaptables ó ser delirantes por debilidad mental, como los idiotas, imbéciles bajos y dementes vesánicos, seniles y orgánicos; 7.º á todos los amentes con confusión alucinatoria ó con estupidez; y 8.º á todos los que por la situación económica de la familia no pueden recibir ni el más insignificante de los cuidados que más adelante se dicen.

No está indicado el aislamiento manicomial por inútil ó por perjudicial, ó por ser suficiente el domiciliario: 1.º en los amentes con confusión simple, cuya sola manifestación molesta para el ambiente en la familia es la desorientación; 2.º, en los delirios agudos postinfecciosos, como en los auto-tóxicos de la lactancia, embarazo y puerperio en cuanto que no haya violenta exaltación; 3.º en los melancólicos sin delirio y con delirio hipocondriaco ligero y en los obsesivos-fóbicos sin determinaciones de reacción; 4.º en los histéricos simuladores con manifestaciones leves de anómalo psiquismo; 5.º en los dementes apáticos secundarios, en los dementes orgánicos tranquilos y en los imbéciles y débiles de espíritu que estén bien cuidados y protegidos y se adapten pasivamente á la vida social.

Mas el cumplimiento de la indicación ó contraindicación manicomial no empece la no necesidad del aislamiento, que debe siempre recomendar procurarse al surgir agudo de un trastorno mental, y él debe hacerse en la casa del enfermo, si no le es posible á la familia hacerlo en domicilio aparte, ó en el hospital, si en la población lo hubiere, combinando el aislamiento con la clinoterapia desde el primer momento.

La clinoterapia es el encamamiento (alitement) prolongado del loco durante todo el tiempo ó parte del tiempo que dura su trastorno mental. Propuesto por Guislain hoy es, con muy pequeñas excepciones, aceptado por todos los mentalistas por las siguientes razones: 1.º porque es fácil de realizar en todas partes; 2.º porque tiene justificación fisiológica en cuanto que el decúbito prolongado ejerce acción bienhechora sobre las grandes funciones orgánicas, retardando los movimientos respiratorios, regularizando los cardio-vasculares, evitando en cuanto es posible los desequilibrios de la circulación cerebral; porque la temperatura que oscila sobre la normal en los excitados y bajo la normal en los deprimidos, no pasa ni desciende de la cifra fisiológica en cuanto que la permanencia en la cama por quietismo disminuye la excitación psico-motora en los primeros y por abrigo permanente del cuerpo evita el enfriamiento de los segundos, y porque atendidas las funciones gastro-intestinales, los ingesta y excreta, á una nutrición regularizada, como las pérdidas orgánicas disminuyen, las fuerzas generales se conservan mejor y la reposición es más pronta; 3.º porque tiene justificación clínica, en cuanto que la práctica ha demostrado á cuantos utilizamos el encamamiento que se abrevia considerablemente el tiempo de duración de las locuras curables y de las agudizaciones episódicas de las locuras crónicas; porque la permanencia del enfermo en la cama facilita considerablemente las funciones de vigilancia, necesitándose de menos personal para cumplirlas, y con menos gastos y en un mismo local el enfermo sufre menos sensaciones y el reposo de espíritu amengua el desgaste; y porque el auxilio y cuidado que se precisa cerca del loco hallan inmediata acción, y la alimentación aunque sea forzada y la limpieza

y el suministro de medicamentos y cuanto haya necesidad de hacer se hace mejor y más pronto, y 4.º porque tiene la más humana de las justificaciones médicas, cual es la del concepto de enfermedad y esto para el enfermo como para las familias, para los doctos como para los legos, entraña la consideración de no excepción de trato y cura entre los enfermos con razón y sin ella, de donde se deriva el más firme pilar de tratamiento psíquico, como luego se dirá.

Las ventajas dichas compensan con mucho los inconvenientes que al encamamiento se achacan y que son: la pérdida del sueño y la del apetito, la astringencia de vientre y la más fácil práctica del onanismo, hechos todos muy ciertos, que tengo bien comprobados, pero contra los cuales se lucha y los cuales se vencen, como se lucha y se vence en los no encamados con adecuados recursos terapéuticos.

Para realizar el encamamiento se elige la habitación más amplia, mejor ventilada y lo más apartada de los ruidos exteriores que haya en la casa; se escoje, si el enfermo que se ha de encamar está muy excitado, una cama muy resistente, de colchones duros, sin jergón de muelles y vestida con las ropas y mantas más precisas y fuertes, y una cama común vestida como de ordinario para los deprimidos y estúpidos limpios, con colchón de paja ó de crin vegetal para los sucios, y si los enfermos pasivos no ofrecen resistencia alguna á permanecer en el lecho, para vencer la que oponen los exaltados é impulsivos en los primeros días, es necesario recurrir á medios mecánicos de contención, si no se consigue el reposo motor y psíquico con los medios físicos y farmacológicos.

Desde luego hay que huír del empleo de la camisa de fuerza, porque es difícil de colocar y porque si está bien

puesta la posición violenta de los brazos sobre el pecho dificulta extraordinariamente la función respiratoria y si se deja floja la furia del enfermo la destroza inmediatamente; hay también que desecher el uso de cuerdas directamente aplicadas al cuerpo del enfermo, pues á pequeña excitación motora que tenga, le producen heridas, que muy luego se ulceran; y es imposible por el concurso de personas lograr la quietud, pues los esfuerzos que éstas hagan no hacen más que excitar al enfermo, el cual lucha y de la lucha el enfermo ó los asistentes salen mal librados, á más del estado de ánimo que en uno y en otros se produce. Yo me valgo de los siguientes medios; del cinto de seguridad, que es un cinturón de cuero almohadillado, cerrado á tornillos, con muñequeras también almohadilladas y con dos argollas, una á cada costado del cinturón de la que parten unas cuerdas que se sujetan á los largueros de la cama; de tobilleras de cuero almohadillado y de muñequeras sin cinto; y cuando no dispongo de estos aparatos con una tohalla no arrollada, sino cuidadosamente doblada, con el mayor ancho de doblez posible dado el grosor de las muñecas del enfermo y procurando no queden arrugas, sujeto las manos puestas en actitud de orar, y, sin anudar la tohalla, la ato con un cordel en el espacio que queda entre los dos brazos, extendiendo éstos hasta que queden apoyados en el vientre y luego paso una sábana de tela resistente por entre las muñecas entohalladas, atando los extremos de aquélla á los lados de la cama; cosa semejante hago en los tobillos, suprimiendo la sábana y utilizando una cuerda que anudo á la barra transversal de la cama.

Por estos medios consigo no producir lesiones por roce y la quietud en posición horizontal viene pronto tras breve oposición y lucha del enfermo; y en general, como éste, á no

ser que esté en delirio agudo ó tremens ó en furor epiléptico, ó se rinde al esfuerzo ó se convence de la inutilidad de su oposición á permanecer en la cama, á los pocos días basta sólo el mandato enérgico ó la amenaza de atadura para que en la cama esté, sin más agitación que la de un febril medianamente excitado.

La clinoterapia es más fácil y es más raro precise de medios de contención mecánica con el empleo de la medicación sedante física y química, cual la hidroterapia y los fármacos; le clinoterapia es aceptada sin resistencia por los melancólicos sin raptus, por los confusos no alucinados. por los estúpidos, por los alcohólicos y morfínicos tan pronto como notan que sus alucinaciones terroríficas les asedian menos en la posición horizontal, y por muchos paranóicos alucinados ó con delirio de ideas por creerse en la cama más protegidos contra las acechanzas de sus enemigos, y por todos tan pronto como en su conciencia, á poco que se abra á la bondad y energía del médico, penetra la idea de que es tratamiento de enfermo el guardar cama; la clinoterapia es inutil en todos los crónicos, salvo en los accidentes transitorios de excitación ó de depresión grandes; la clinoterapia en los delirios sistematizados y en los epilépticos es, como dice Pochón «ir por delante de los accidentes».

Cumplidas las indicaciones aislamiento y encamamiento se hará uso, con predilección á todo otro procedimiento de cura, de la hidroterapia. Cuando posible sea, el baño general templado con afusión fría á la cabeza, prolongado durante seis, ocho y más horas, convendrá en todas las formas de exaltación, excepción hecha de la que acompaña al raptus melancólico y á la confusión alucinatoria que aparecen bajo un fondo de astenia; con el baño disminuirá considerablemente

la excitación psico-motora y es más facil provocar un sueño reparador. Cuando no se disponga de bañera, el efecto sedante se conseguirá por el procedimiento de Beni-Barde y Materne, que es la envoltura del enfermo desnudo en una sábana mojada en agua templada, rodeando el cuerpo con doble manta; yo acompaño esta envoltura húmeda con afusión fría á la cabeza en los maniacos; lo hago con agua sinapizada, en los melancólicos con estupor, en los confusos alucinados y en los estúpidos, sosteniendo por dos ó tres horas la sudoración con cocimientos estimulantes, con alcohol *per os*, ó con ponches de leche y huevos. La sábana mojada en agua fría, aplicada al cuerpo por breves minutos, acompañada de fricciones y reemplazada enseguida por ropa interior bien seca y caliente, es provechosa por estimulante del sistema nervioso en los melancólicos, histéricos y psicasténicos. La ducha general ó local fría, medio vulgar de muy corriente uso, debe no emplearse en todas las locuras agudas, porque muy estimulante en los excitados, aumenta la excitación y en los deprimidos porque su estado general no es apto á la reacción; las duchas templadas, menos fáciles de dar que los baños generales, si bien son sedantes, no llegan al efecto que éstos procuran. Los baños generales templados prolongados, que, como digo, están indicados en todos los excitados, se facilita la permanencia del enfermo en ellos, á la par que es más duradero el sostenimiento de la temperatura del agua y y se evita la mojadura de los asistentes, cubriéndoles con una manta, sin dejar más espacio que el correspondiente á la cabeza del enfermo, y sujetándola fuertemente en toda su extensión con el peso de la misma bañera; la envoltura húmeda, en los que á ella hacen oposición, se sostiene fácilmente cubriéndoles después con las ropas de la cama, sobre

las que se pasa una sábana ó una cincha de cama, que se ata á los lados de ésta.

En la terapéutica medicamentosa, lo que mi experiencia me ha enseñado es lo siguiente: En los maniacos dejé de usar la hioscina, porque en casi todos los casos que la empleé el efecto útil que momentaneamente producía se seguía de un estado de depresión de fuerzas alarmante, con hiposistolia y congestiones pasivas, que me obligaban á las inyecciones de cafeína, alcohol y éter; en su lugar comencé con las inyecciones hipodérmicas de sulfato de duboisina (1, 2 y 3 miligramos, *pro dosi* cada 12 horas) y mis observaciones confirman en todas sus partes las afirmaciones de Bocquillon-Limousin, que dice «el sulfato de duboisina en inyecciones hipodérmicas es un calmante é hipnótico poderoso en las afecciones mentales acompañadas de excitación y de insomnio». Los efectos sedantes y somníferos de la duboisina aparecen antes de los diez minutos y duran de 4 á 6 horas y sólo está contraindicada en los enfermos muy desnutridos. En los melancólicos graves, en los confusos simples y alucinados y en los estúpidos no muy profundos empleo sistemáticamente el opio, no por la boca por razón de los efectos locales gastro intestinales, sino en inyección hipodérmica de extracto tebáico (comienzo por 8-10 centigramos en las 24 horas hasta 50 ó 60 centigramos en 24 horas, para descender luego á la dosis inicial) con las cuales se consigue aumentar la hiperemia cerebral, á mi juicio, cómo al de muchos mentalistas, necesaria á los cerebros anémicos de los deprimidos. Los vómitos que á veces produce su empleo, cesan conforme se progresa en dosis, y la astricción no es tanta como en los sujetos normales y se combate bastante bien. Ni la morfina ni el moderno pantopón producen iguales efectos que el

extracto, y éste es suplido por mi en los melancólicos leves, poco anemiados, por el fosfato de codeina, (5-10-15 centigramos en varias dosis *pro die*).—En todas las formas agudas he comprobado el hecho de graves fenómenos de autointoxicación gastro intestinal (hecha excepción de las forma agudas por hetero-intoxicación) y este hecho, comprobado por todos los que á locos tratan, me obliga, desde hace tiempo á que en todos los locos como tales auto-intoxicados emplee los recursos higiénicos y terapéuticos de uso general, y que no menciono, pues todos mis lectores los conocen perfectamente bien.—En los alcohólicos uso el alcohol (poción de Todd) (3-4 cucharadas grandes cada 24 horas, disminuyendo progresivamente hasta cesar) y el hidrato de cloral (3 gramos por dosis) medicamento cuya utilidad verdadera, sólo he encontrado en esta categoría de enfermos. En los morfínomanos el extracto tebáico como en los deprimidos, pero comenzando por dosis altas (20-30 ó 40 centigramos según la dosis que los enfermos se hubieran propinado de morfina) para decrecer en 15 días.—En los epilépticos, como recurso aminorador de los accidentes, lo mismo físicos que psíquicos, estoy muy satisfecho de la combinación del bromuro con la antipirina (un gramo bromuro, 50 centigramos de antipirina por dosis, dos ó tres veces en las 24 horas) y estoy en ensayo de las punciones Inmbares sistemáticas, hasta ahora con buenos resultados, en los epilépticos muy congestivos.

De todos los hipnóticos no mentados hasta aquí sólo son eficaces, aunque fracasan en los locos muy agudos, el veronal y proponal; prefiero el veronal sódico por ser soluble, que propino en enema en los que se resisten á tomarles *per os*; y en la adalina, que estoy ensayando, á más de el efecto hipnótico, no tan pronto ni duradero como el de los anteriormente

nombrados, he encontrado el sedante, que dura bastantes horas, en hipomaniacos é histéricos.

En todos los locos agudos ó crónicos la terapéutica higiénica tiene tan relevante acción y es, en ciertos particulares, de mayor interés que en los enfermos razonables; y estos particulares son los cuidados de limpieza y los de alimentación.

Por inconsciencia absoluta en unos locos, por la desorientación de la propia personalidad en otros, por la autoinspección delirante ó alucinatoria, etc., se observa en la inmensa mayoría el olvido de los cuidados de limpieza, cuando no el afán de cubrir de inmundicias su cuerpo y ropas; y para evitar la suciedad de la piel, como para alejar los riesgos del gatismo, conviene desde los primeros momentos procurar que el enfermo se lave, y sobre todo vigilar el cumplimiento de evacuaciones regulares, para lo que varias veces en el día se le invitará á ello, poniéndole en los servicios, aunque á ello oponga resistencia; y mudarle de ropas tantas veces cuantas aquéllas sean ensuciadas, sobre todo en los muy deprimidos y dementes profundos, grandemente expuestos al decúbitus.

En la alimentación se tendrán los siguientes cuidados: utilizar la leche, huevos y purés vegetales; agua abundante á los maniacos, adicionada de café y alcohol en los deprimidos, y en éstos y aquéllos como en los confusos y estúpidos, si se les da carne ó pescados, procurar siempre estén bien divididos y ofrecérseles en pequeñas cantidades, para que el bolo alimenticio no sea masivo y no produzca fenómeno de asfixia por compresión laríngea. En los sitiófobos se precisa recurrir á la alimentación forzada ó por pistero ó por sonda. Para alimentarles con el primero, como oponen

resistencia á abrir la boca, es preciso separarles los labios ampliamente, lo que se consigue, una vez se tenga inmobilizada la cabeza sobre la almohada, introduciendo los dedos índice y pulgar de la persona que le alimenta levantando el labio superior y una vez llegados á la encía superior, se extienden ampliamente los dedos en presión hacia arriba para evitar sean mordidos por sorpresa, y así el líquido que se hará salir del pistero lentamente, penetrará en la parte posterior de la boca por el espacio que queda por detrás de los últimos molares. Para alimentarles con sonda, desde luego hay que renunciar á hacerla penetrar por la boca, porque para operar con un dilatador hay que librar una batalla y seguramente se producen rotura de dientes y lesiones de labios, encías y lengua; hay que utilizar la vía nasal para lo cual se procede así: se elige una sonda de 50 centímetros de larga, de 8 milímetros de diámetro y de calibre interno de 3 ó 4 milímetros, suficientemente rígida para no necesitar de mandril, y el extremo que ha de llegar al estómago más endurecido y con abertura lateral; se coloca el operador al lado derecho del enfermo, al que se rodea la cabeza con el brazo izquierdo, apretando con la mano el mentón para que no abra la boca; se introduce con la mano derecha la sonda en la nariz y se la hace llegar á la cavidad posterior de la faringe, y tras una pequeña parada se trata de provocar un movimiento de deglución en el enfermo y así que es percibido, con ligera presión se penetra en el exófago, y en éste ya la sonda camina con facilidad hasta el estómago ó muy cerca del cárdias, que en ocasiones opone gran resistencia á la entrada de la sonda. Una vez colocada la sonda, se puede hacer penetrar el líquido alimenticio por un embudo ó por un irrigador, etc., que se adapta á la

extremidad exterior de la sonda; mas yo utilizo el aparato de Anglade que, por rápido y por que vence las resistencias de regurgitación voluntariamente provocadas por los sitiófibos, tiene sobre los demás ventajas. Es un frasco de vidrio de 2 litros de cabida, que se cierra con un tapón de goma, en el que van dos tubos de cristal, uno largo que llega al fondo del frasco y otro corto que sólo penetra 3 ó 4 centímetros; al tubo largo se adapta otro de goma por el que se introduce la sonda, al tubo corto se adapta una pera de Politzer, la que, al funcionar y comprimir el aire del frasco, hace que el líquido penetre á presión por la sonda y prontamente se vacíe en el estómago del enfermo. Yo, cuando más, hago tres sondajes en las 24 horas y la mezcla alimenticia por dosis es de un litro de leche con cuatro yemas de huevo, 2 gramos de sal común y una copa de rom ó de coñac.

La terapéutica psíquica en los comienzos de los estados psicopáticos tiene poca ó ninguna aplicación. La vigisugesión, consecuencia de la influencia moral del médico sobre el enfermo, de acción tan manifiesta y eficaz en el período de declinación de las locuras curables, como en la revivencia afectiva y educativas prácticas de los dementes y degenerados, poca ó ninguna tiene en el primer estadio de las afecciones mentales; la sugestión hipnótica en las afecciones mentales no cuenta con más éxitos que los escasos que le hayan proporcionado algunos histéricos de los más exagerados en simulaciones.

Sin embargo, la veracidad, el carácter firme, la rigidez de actos, la bondad y la benevolencia, la fortaleza en las decisiones, la rectificación de los errores ilusionales, la destrucción de prejuicios, el interés claramente manifestado por cuanto al enfermo preocupa, al ser en todas las ocasiones

prodigados por el médico, conducirán á lograr la confianza del loco y la obediencia, en cuanto es posible en niños grandes, á los mandatos dirigidos en beneficio de su razón perturbada.

Así procedemos en los manicomios, y porque los locos nos tienen á los médicos por sus mas decididos protectores nos obedecen, nos llaman sus amigos, cuando no sus padres, y de mí puedo decir que raro es el enfermo que no me haya respetado, aun en estado de gran excitación, y por respeto á mí no haya depuesto actitudes violentas y determinaciones escandalosas. Todo lo cual traduce en buena cuenta, la eficacia del tratamiento moral.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

El síndrome Gasseriano, por F. Levy, (*La Presse Méd.* 1912, núm. 4).

La patología del ganglio de Gasserio es asunto que interesa al neurólogo, al cirujano y al médico. Con el título anunciado se designa, según Levy el conjunto de síntomas que resumen la reacción morbosa de este territorio de la base craneal.

Colocado el ganglio de Gasserio sobre la parte interna de la cara antero-superior del peñasco, que se deprime formando una fosita para recibirle, está alojado en un estuche fibroso ó *cavum* de Meckel, resultante del desdoblamiento de la duramadre craneal. El ganglio tiene relaciones de contacto ó de próxima vecindad con el seno cavernoso, con la carótida interna y con los nervios motor ocular externo, motor ocular común y patético. De estas relaciones se puede deducir fácilmente qué lesiones de vecindad influirán sobre el funcionamiento del ganglio.

Por parte de los huesos provocarán reacciones del ganglio las osteitis ó exóstosis originadas por las fracturas, por la sífilis y por la tuberculosis. Del mismo modo puede ser influido por las meningitis, los tumores meníngeos los cerebrales, etc.

El síndrome completo evoluciona en tres períodos, siendo constantes los dos primeros y pudiendo faltar el tercero. Estos periodos son: 1.º dolores neurálgicos; 2.º parálisis del trigémino sensitivo y motor; 3.º trastornos tróficos.

Las neuralgias que abren la escena, persisten durante toda la evolución del mal ó sólo duran algunos días, para ceder su puesto á los fenómenos paralíticos. Se caracterizan por dolores continuos ó intermitentes, que adoptan la forma de latidos, de descargas eléctricas ó de pinchazos de aguja. Cuando el dolor es continuo

suele no ser muy intenso y consistir más bien en una sensación profunda de tensión, presión y contusión, ó de frío, que se hace exasperante por su persistencia. Cuando los dolores se presentan por accesos lo hacen con más ó menos frecuencia é intensidad, siendo generalmente la rama oftálmica la que inicia los sufrimientos. Además de los dolores, se presentan fenómenos de hiperestesia ó de parestesia cutánea.

El período paralítico sobreviene al cabo de un tiempo que puede variar entre unos cuantos días y uno ó dos años. La sensibilidad está disminuida ó abolida en todo ó parte de una mitad de la cara. La rama motora suele estar paralizada por lo que la mandíbula inferior se desvía hacia el lado sano, perdiéndose el ajuste ó encaje de los arcos dentarios.

Los trastornos tróficos, aunque no constantes, se presentan con frecuencia en el último período. El ojo, que es el primer órgano atacado, puede manifestar sus quejas, ya por una ligera congestión de la conjuntiva con lagrimeo y fotofobia; ya por queratitis neuroparalítica, que si va acompañada de falta de parpadeo, puede llegar hasta la ulceración de la córnea con hernia del iris; ya por la supuración y fusión purulenta del ojo (panoftalmia). También se han visto caries dentarias y erupciones zosterianas recidivantes cutáneas ó mucosas.

La evolución del síndrome gasseriano está en razón directa de la gravedad de la causa y de la extensión de las lesiones.

Puede encontrarse el síndrome puro, pero lo más frecuente es que se asocie á parálisis de los nervios craneales vecinos. Es frecuente, por ejemplo, la asociación del síndrome gasseriano al de Gradenigo que consiste en parexia ó parálisis del motor ocular externo apreciable por diplopia homónima y estrabismo interno, acompañados ó no á lesiones del fondo del ojo. Este último síndrome se presenta en el curso de la otitis media supurada, complicada ó no de mastoiditis. Para Baldenweck esta doble determinación nerviosa es característica de la osteitis de la punta del peñasco.

Otras parálisis se pueden observar, tales como la facial periférica, la del motor ocular común, y en determinadas lesiones (placas de meningitis, tumor cerebral, etc.), puede ser afectado el nervio óptico.

El síndrome gasseriano agudo ó subagudo se presenta ordinariamente á causa de lesiones inflamatorias. Se acompaña casi siempre de fiebre y fenómenos cerebromeningeos: vómitos, cefalea,

somnolencia, contracturas, convulsiones, exageración de reflejos y trombosis del seno cavernoso. Es casi siempre gravísimo.

El síndrome crónico ligado á tuberculosis ó neoplasias, evoluciona más insidiosamente y con más lentitud, pero también suele ser mortal.

Las lesiones que dan lugar á esta síndrome son casi siempre auriculares, ó meningo-cerebrales ú óseas. Respecto á etiología, la sífilis y los neoplasmas suelen jugar un gran papel, lo que se tendrá presente para el tratamiento.

Ensayos de quimioterapia contra los tumores cancerosos de los animales, por A. v. Wassermann y v. Hansemann (Berlín, *Klin. Woch.* 1912 núm. 1.^o).

Los estudios hechos por Levin, Backfort, Ehrlich y otros, han demostrado la existencia en ciertos animales, sobre todo el ratón, de neoplasias de crecimiento rápido, análogas al carcinoma y al sarcoma, que pueden presentarse espontáneamente, que son inoculables á otros animales de la misma especie y siguen un curso invasor, que no cura por ninguno de los medios hasta ahora empleados. Teniendo en cuenta la semejanza histológica y clínica de estos tumores con las afecciones cancerosas de la especie humana, los autores se han servido del ratón para tratar de encontrar un medio destructor de las células neoplásicas, que no perjudique á las células de los tejidos normales.

A pesar de los innumerables trabajos de muchos hombres de ciencia, nada ó casi nada se ha conseguido adelantar en el problema de la curación del cáncer. Ni con los extractos de tejidos y de leucocitos, ni con los fermentos lipoides, extracto de cobra, ni con los rayos X, emanaciones del radio, fulguración, etc., se han podido obtener más que algunos efectos locales, inútiles para el tratamiento de los neoplasmas malignos viscerales. En vista del fracaso de todos estos medios, pensaron los autores en la quimioterapia preconizada por Ehrlich.

La casualidad vino en su ayuda: tratando de averiguar si el tejido canceroso fresco del hombre era destruido más pronto por el suero sanguíneo de un sujeto sano que por el de un canceroso, emplearon como reactivos de la vitalidad celular, el seleniato y el telurato de sodio, que son reducidos, en forma de polvillo negruzco ó rojizo, por las células vivas, pero no por las muertas. Al hacer

estos estudios llamó su atención el hecho de que estos depósitos no se producían más que en el seno de las células cancerosas, sobre todo alrededor del núcleo ó sea en el sitio donde la vitalidad y gasto de oxígeno son mayores.

Esta observación confirmatoria de la proposición de Ehrlich, *corpora non agunt nissi fixata*, fué el primer paso dado en este camino. Natural era ya investigar si esta avidéz de las células neoplásicas por las sales de selenio y telurio existía en el animal canceroso vivo. Para ello Wassermánn hizo á ratones atacados de carcinoma, inyecciones locales con una solución acuosa al 1 por 100 de seleniato ó de telurato sódico, consiguiendo el reblandecimiento del tumor y la formación de un quiste fluctuante, que casi siempre se vaciaba al exterior en forma de papilla oscura formada por detritus celulares impregnados del metaloide.

Tratóse entonces de hacer llegar la sal metaloidea al seno del tumor, por la vía sanguínea, practicando con grandísimas dificultades, inyecciones intravenosas, por las venas de la cola. Los resultados fueron completamente negativos; además se vió que á causa de la gran toxicidad de estos cuerpos, era necesario emplearles á dosis muy pequeñas, así que antes de llegar al tumor, iban depositándose sobre otras células dotadas de cierta apetencia para ellos. Hacía falta pues, buscar combinaciones de gran poder defensivo que las hiciese aptas para repartirse rápidamente por todo el organismo y fijarse en mayor proporción sobre las células de avidéz electiva dominante. Wassermánn recordó entonces que haciendo quince años antes experiencias con Ehrlich, había comprobado el enorme poder difusible de ciertas materias colorantes de la serie del trifenil-metano, tales como la cianosina, eritrosina, fluoresceína eosina, etc., y pensó en utilizar estas sustancias como vehículo ó medio de transporte á los tejidos cancerosos. El químico E. Wassermann fué encargado de esta tarea á la que dedicó muchos meses, haciendo y estudiando combinaciones de los cuerpos de la serie de la fluoresceína con el selenio, el telurio, el arsénico, el antimonio y el oro. Al fin y después de preparar é inyectar más de doscientas combinaciones químicas, se consiguió obtener un cuerpo de gran actividad nucleotropa: una combinación de selenio y eosina de aspecto pulverulento rojizo, fácilmente soluble en agua fría ó caliente.

Si á un ratón sano de quince gramos de peso, se le inyecta una solución acuosa de este cuerpo al 1 por 400 (un centímetro cúbico por vía intravenosa), la soporta perfectamente, poniéndose

enseguida rojo, sobre todo en el hocico, conjuntivas y patas. Las heces son rojas durante varios días; la orina pierde este color al cabo de doce horas.

Empleando esta misma dosis en ratones cancerosos se observan los efectos siguientes: si se hacen tres inyecciones en tres días seguidos, se nota al cuarto un reblandecimiento del tumor que se acentúa al quinto día, en el cual se le pone al animal la cuarta inyección. Fórmase un quiste fluctuante que después de la quinta inyección se reduce, llegando después de la sexta á dar la sensación de un saco vacío y obteniéndose la curación definitiva, una vez que se han hecho otras dos inyecciones, que no siempre son necesarias para alcanzar este resultado. En el sitio de la lesión queda un cordón duro cicatricial. Pero cuando el tumor es voluminoso, la liquefacción y reabsorción de los restos neoplásicos es tan abundante y se hace con tal rapidez, que el animal se intoxica dando lugar á enfriamiento y postración que preceden á la muerte. Es, pues, indispensable para obtener buenos resultados que el tumor no sea demasiado voluminoso, con relación al peso del cuerpo.

Si persiste algún resto del neoplasma se presenta la recidiva al cabo de siete á catorce días; en caso contrario la curación es completa y persistente.

Por consejo de Hansemann fueron tratados igualmente dos ratones atacados de cáncer espontáneo, del tamaño de una nuez, siendo curados y permaneciendo sanos después de varios meses.

La conclusión de los autores es que «á los ratones atacados de tumores en pleno desarrollo, se les tratará empleando una preparación de selenio-eosina, confeccionada de modo apropiado, y obtener, por destrucción de sus elementos celulares, el reblandecimiento y reabsorción que conducen á un proceso curativo sin recidiva, cuando estos tumores no son todavía demasiado voluminosos».

Como se ve el asunto es interesante y ofrece gratas experiencias; pero no conviene hacerse aun demasiadas ilusiones porque, como dicen los autores, que insisten sobre este punto, «estas experiencias se refieren únicamente al cáncer del ratón y sería lamentable y prematuro deducir de ellas conclusiones erróneas y mal fundadas en lo que concierne al cáncer humano».

G. CAMALEÑO

Trombosis de la aorta abdominal y arteritis obliterante en el mismo caso.

Es muy rara la trombosis de la aorta abdominal. Sin embargo en octubre último, el Dr. George Blumor en el *Jale Medical Journal*, refiere un caso que ofrece además de interés de coexistir con una arteritis obliterante.

Un judío ruso de 48 años ingresó en el hospital el 5 de enero de 1909, quejándose de dolor en el pie izquierdo; sin antecedentes sífilíticos, proporciona el dato de haberse expuesto á un enfriamiento por haber tomado un baño ruso tres días antes; sintió después grandes calambres en el pie y pierna izquierdos; aquél estaba tan doloroso y sensible que no podía soportar el peso de las ropas de cama, ni conciliar el sueño; este dolor era paroxístico. El enfermo en buen estado de nutrición ofrecía en ambos vértices pulmonares estertores húmedos y menor resonancia. El corazón, normal y el pulso regular más ligero y difuso, engrosamiento de la arteria radial. La arteria femoral izquierda acusaba pulso disminuido y el segundo, tercero y cuarto dedo del pie aparecían fríos, cianóticos y con menor sensibilidad; la cianosis ascendía hasta la mitad del pié, apareciendo el resto rojo y brillante; el límite entre estas dos zonas de coloración era muy sensible. Débil el pulso en las arterias del pie, y gangrena seca en las zonas irrigadas por la pedia, desenvolviéndose más en las zonas dependientes de la arteria plantar interna. El 12 de febrero fué amputada la pierna en la unión del tercio superior con el medio. Se obtuvo la cicatrización perfecta y se le dió el alta el 4 de marzo.

Admitido nuevamente el 18 de junio quejábese de grandes dolores en los muslos y región glútea; dos horas antes se había caído al suelo efecto de dolor punzante en la espalda, y al verle en el hospital el dolor persistía sin que le permitiera las posturas sentada ni de pie, aunque podía reclinarsse algo. El pie y pierna del lado derecho aparecían fríos y entumecidos. A la hora de la visita en la mañana del siguiente día, el enfermo sudaba francamente, tenía gran ansiedad y agudo dolor. No ofrecía distensión el abdomen pero sí evidente espasmo de los músculos en la zona inferior; no se percibía el latido aórtico en el abdomen y el muñón de la pierna izquierda aparecía cianótico y frío en una altura de 16 centímetros por encima de la rodilla siendo dudoso el pulso femoral correspondiente. El muslo derecho cianótico y frío hasta

su parte media, sin que en la femoral ni sus ramas se percibiera el pulso; la sensibilidad estaba abolida del propio modo que el reflejo rotutiano; no había gangrena confirmada. Al día siguiente el enfermo ofrecía aspecto de ansiedad con los ojos hundidos y el pulso más débil y rápido ascendiendo la cianosis sin que apareciese la gangrena ni en el pie ni en el muñón, pero en la superficie anterior del escroto había dos ó tres zonas de necrosis seca. La orina, abundante ofrecía trazas de albúmina y algunos cilindros hialinos. El enfermo fué decayendo rápidamente para morir á la siguiente mañana. Se diagnosticó una trombosis aórtica entre su bifurcación y el origen de las arterias renales. Sólo fué permitida una autopsia parcial; se encontró una tuberculosis pulmonar de tipo fibroso en ambos vértices. El corazón degenerado; sus fibras pálidas y con zonas más oscuras; las arterias coronarias ofrecían escasas placas de arterio-esclerosis prematura; la aorta sólo ligera esclerosis. El hígado y riñones aparecían tumefactos y en la aorta abdominal inmediatamente por encima de la bifurcación de las iliacas primitivas aparecía un trombus obstructor, fresco blanco y ligeramente adherente sobre el cual había un trombus rojo que llegaba hasta casi el origen de las arterias renales. Los síntomas y signos eran característicos de la trombosis de la aorta abdominal. La rapidez extrema del fin del enfermo, hace sospechar más bien la embolia que la trombosis, pero esta rapidez ya se ha observado en otros casos. No había indicios de desplazamientos de un trombus preexistente en la porción superior de la aorta. Por otra parte la marcha de las lesiones aboga en pró de la trombosis. Hay un punto no mencionado en el comentario del Dr. Blumer que es la raza del enfermo. El Dr. Parkes Weber ha demostrado la relativa frecuencia de la arteritis obliterante entre los hombres judíos del extremo oriental de Londres, algunos de los que fuman cantidad considerable de cigarrillos; invoca también que la alimentación impropia é insuficiente tiene, con la raza, algún importante papel. J. Israel ha llamado la atención sobre la aparición de la gangrena diopática en los judíos rusos.

ANTONIO MIGUEL Y ROMÓN

OBSTETRICIA

Tratamiento de los vómitos incoercibles por Jeannin (*Paris Médical*, 27 enero 1912).

Comienza el autor su trabajo haciendo una división del asunto según se trate de vómitos incoercibles unidos á alguna lesión local, ó de casos en que la terapéutica medicamentosa no dé ningún resultado. Para los primeros, y prescindiendo de las lesiones del estómago concernientes á la patología médica, no cita más que las lesiones uterinas, aconsejando las cauterizaciones en las ulceraciones del cuello y las reposiciones en las retrodesviaciones. Cuando la terapéutica fracasa, recomienda higiene y régimen.

Describe después la conducta que ha de seguirse en los distintos períodos de la afección.

PRIMER PERIODO.—La mujer vomita, adelgaza, pero su estado general es bastante satisfactorio; el pulso está por debajo de 100; no se presentan complicaciones. El tratamiento en este caso será el siguiente:

Reposo absoluto en cama. Evacuación del intestino, comenzando por una enteroclisia de 4 á 6 litros de suero fisiológico. Ensayar por vía bucal el agua de Sedlitz: un vaso cada media hora, hasta 4 y aun 5; la enferma vomitará la mayor parte, pero conserva cada vez un poco y termina por obrar. Verificada la primera deposición, se asegurará una cotidiana por medio de lavativas de 250 gramos de aceite de olivas. Sedación del sistema nervioso con aislamiento, bromuro á dosis de 4 á 6 gramos en enemas y cloral, sobre todo si hay insomnio. Recomienda la fórmula siguiente:

Hidrato de cloral.....	4	gramos.
Bromuro potásico.....	6	gramos.
Tintura de belladona.....	XX	gotas.
Leche.....	90	gramos.

para un enema tibio, que se pondrá al atardecer.

La hiperexcitabilidad gástrica se combatirá con aplicaciones de sacos de hielo ó con pulverizaciones de éter en el epigástrico; y para la pirosis se dará á la enferma polvos alcalinos (creta preparada, magnesia calcinada).

RÉGIMEN ALIMENTICIO.—Se comenzará por someter á la enferma á *dieta absoluta* durante 24 á 48 horas: durante este tiempo calmará la sed enjuagándose frecuentemente la boca con agua aromatizada (mentolada) ó chupando trocitos de hielo que no debe tragar. Después de este período de reposo se ensaya alimentarla; y, ó bien la intolerancia es sólo relativa, electiva, y puede alimentarse ya á la enferma, ó existe aún intolerancia absoluta para todos los alimentos. En el primer caso, y según el gusto de la enferma, se la darán líquidos muy calientes ó helados; leche, caldo, jugo de carne, grog, distintas infusiones (the, café, menta, anís, etc.), pero en muy pequeña cantidad; una ó dos cucharadas de las de café y aun menos. A veces los alimentos sólidos, sobre todo los purés un poco espesos, son mejor soportados que los líquidos.

Cuando hay intolerancia absoluta hay que prescindir de la vía bucal y acudir á la rectal; bien por medio de enemas alimenticios ó de transfusiones acuosas hechas según el consejo de Bonnaire: una sonda rectal introducida muy profundamente (40 á 50 centímetros) en el colon, mientras la enferma está echada con la cabeza baja y la pelvis elevada; por esta sonda se hace pasar cada día un litro de una solución á 37° de 10 gramos de fosfato de sosa en 1000 gramos de agua hervida; este líquido debe penetrar *con la mayor lentitud*, casi gota á gota, en el intestino para que éste no se contraiga y el líquido sea totalmente absorbido.

Es también muy útil y á veces indispensable, cuando la enferma está sometida á dieta absoluta, practicarla cada día una inyección subcutánea de 300 á 500 gramos de suero fisiológico.

Cuando las condiciones lo permitan será de gran utilidad la permanencia al aire, que podrá reemplazarse por una amplia ventilación del cuarto de la enferma y por inhalaciones de oxígeno repetidas dos ó tres veces al día.

Todo este tratamiento triunfa de los vómitos en la gran mayoría de los casos, pero es preciso recordar que aun después de recobrada la salud puede haber recaídas momentáneas, y que el estado gastro-intestinal de estas mujeres debe ser objeto de una vigilancia atenta y prolongada.

SEGUNDO PERIODO.—Es preciso interrumpir inmediatamente el embarazo por el *aborto provocado* en cuanto existe la indicación; establecer ésta es el único punto delicado. Señalaremos, por de pronto, que hay un grupo de mujeres en las que se debe interrumpir el embarazo en el primer período; dicho grupo es el formado por las que padecen alguna tara que el embarazo agravará;

tuberculosis, cardiopatías, albuminaria precoz acentuada, por ejemplo. Cuando la mujer está exenta de toda enfermedad, pero padece estos vómitos, la indicación se basará en los siguientes síntomas: a) agravación manifiesta del estado general: la enferma vomita todo, está agotada por una sialorrea continua, no duerme; b) pérdida continua y acentuada de peso (400 á 500 gramos diarios) á pesar de las inyecciones de suero; c) disminución de la orina; d) aceleración permanente del pulso que llegue y pase de 100; e) aparición de distintas complicaciones: ictericia, albuminaria, trastornos oculares, neuritis periféricas. Ante un cuadro parecido no debe dudarse; cuando existe sólo uno de estos síntomas la cuestión es más delicada, aunque es evidente que el sacrificio de un embarazo, por penoso que sea, no podrá compararse con los riesgos de dejar morir á una mujer. Una vez decidido provocar el aborto (y ningún práctico tomará tal determinación, á no ser en caso de fuerza mayor, sin conocer la opinión de uno ó dos compañeros) se comienza por redactar una consulta escrita exponiendo los motivos que exigen esta intervención, debiendo cada uno de los consultantes conservar un duplicado de dicha acta. Hecho esto, se obrará de distinto modo según la urgencia del caso.

1.º ¿La mujer está en un estado verdaderamente grave? lo mejor será vaciar el útero por *aborto rápido*.

2.º ¿Se tiene aun tiempo de obrar más lentamente?; se puede ensayar el método de Copeman. Consiste este método en dilatar el cuello por medio de las bujías de Hégar, despegar después con el dedo el polo inferior del huevo del orificio interno del cuello. Este procedimiento, que dá á veces muy buenos resultados, tiene la ventaja de permitir la continuación del embarazo; si á las 24 horas no se ha presentado mejoría alguna, habrá que practicar el aborto provocado.

Describe después el autor con gran lujo de detalles, la técnica del aborto provocado; preparativos, dilatación del cuello, colocación de un balón dilatador, y, cuando esto no es suficiente, la evacuación del útero (aborto acelerado) bajo anestesia, de preferencia etérea; haciendo dicha evacuación con el dedo ó con una pinza de falso germen.

Recomienda que se termine siempre por una *detenida revisión de la cavidad uterina*, para limpiar por raspado los restos que hayan podido quedar, ya que estas enfermas están desarmadas, dice, contra la menor infección.

En los casos en que se necesita operar más rápidamente, aconseja reemplazar la colocación del balón excitador por la evacuación

inmediata del útero, por medio del raspado digital ó instrumental, ó de la expresión abdómino-vaginal. Esta operación es tanto más fácil cuanto de menos tiempo sea el embarazo, y cuando no se haya podido llevar más adelante la dilatación del cuello.

TERCER PERIODO.—En este momento, á pesar de la calma engañosa que ella presenta y siente, la enferma está perdida, hágase lo que se haga. Se practicará inmediatamente el aborto rápido, pero sin esperanzas en el resultado. Recuerda Jeannin para terminar, que este último período sobreviene alguna vez de un modo muy brusco y muy inesperado y que importa pues, muy mucho no dejarse sorprender.

De la punción lumbar como medio curativo de la eclampsia,

por Th. Bataski, de la facultad de medicina de Jassy (Rumanía). (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, enero, 1912).

Dice el autor, que hasta mayo de 1911, trataba los casos de eclampsia como aconsejan todas las escuelas obstétricas, en particular la francesa. Lavativas de cloral á dosis de 8 á 12 gramos en 24 horas y dieta láctea, en los casos ligeros, y en los graves emisiones sanguíneas copiosas y cloroformo; habiendo llegado á hacer respirar el cloroformo durante 20 horas, antes y después del parto, sin que los 75 á 125 gramos empleados hayan provocado accidente alguno.

Gracias á los trabajos recientes de Potain, von Basch, Pal, Vaquen, Amblard, Pachon, Nobécourt, Sézary, Marfan, Bosc y Vedel sobre la tensión arterial y su significación clínica, el autor ha modificado su manera de obrar: pues desde el momento de que en los casos de eclampsia el examen de la tensión arterial denota un estado permanente de hipertensión, ha pensado que sería más racional recurrir á la punción lumbar que á las emisiones sanguíneas. Presenta en favor de su tesis las tres observaciones siguientes:

1.^a observación.—C. M., de Braila (Rumanía), de 38 años, VII parto. Los partos anteriores fueron á término y en muy buenas condiciones. Lactó siempre. Buena constitución: casi plétórica, plétora ocasionada por un edema generalizado muy pronunciado.

Al final del embarazo se queja de cefalea, trastornos de la visión, aturdimiento y vértigos; dolores lumbares y disminución

considerable de orina. A pesar de ello continúa su vida habitual y come de todo.

Cuando llaman al autor lleva tres ataques eclámpicos; la encuentra en período comatoso; pulso fuerte y duro, 60 por minuto; temperatura vaginal 37°7; ligero soplo presistólico en la base del corazón.

Por palpación confirma útero bien desarrollado, que se contrae débilmente, y que no contiene más que un feto: presentación de vértice O I I A.

Por tacto vaginal; cuello con toda su longitud, orificio externo bastante cerrado, promontorio inaccesible. Por auscultación: feto vivo y que no sufría. Por cateterismo vexical obtiene 30 c.c. de orina con mucha albúmina.

Esperando que la enferma vuelva del estado comatoso practica la punción lumbar, por la que recoge 35 c.c. de líquido céfalo-raquídeo que sale con violencia. Dicho líquido contenía mucha albúmina.

El primer efecto de la punción fué un gran alivio de la enferma que vió desaparecer su cefalea, aclararse su vista y hacerse más fácil su palabra. Diez minutos después el pulso daba 72 al minuto. Instituye régimen lácteo absoluto, y termina su primera visita introduciendo en la matriz una larga bujía del n.º 20, para provocar el parto. Veinte horas después, sin que los ataques eclámpicos reaparesiesen, y después de bastantes buenas micciones, la enferma da á luz una niña de 3700 gramos.

Puerperio normal.

2.^a observación.—A... de Braila (Rumanía), de 20 años, primípara, bien reglada y sin antecedentes. Pequeña de talla, pero bien proporcionada y sin deformidades.

Desde el 8.º mes se queja del dolor de riñones, orina con frecuencia y en pequeñas cantidades, y se la hinchan los pies y las piernas. Acusa rara vez cefalea.

El 29 de junio de 1911 primeras contracciones; el 30, después de muchas horas de fuertes dolores, se rompe la bolsa de las aguas, quedando la paciente en reposo dos ó tres horas, apareciendo después las contracciones con más fuerza.

El 1.º de julio á las dos de la mañana, primer ataque de eclampsia. Un compañero la dispone enemas de cloral. El 2 á las diez de la mañana, hora en que llega el autor, llevaba 9 ataques sin dar aún á luz. El examen del pulso y del corazón denotaba fuerte tensión arterial. El examen del vientre señala útero

debidamente contraído y muy alto. Presentación de vértice, no encajada y en posición transversa; dorso á la izquierda. El tacto, cuello borrado; dilatación como una moneda de 5 francos. El cateterismo vexical da 75 c.c. de orina turbia, bastante albu-minosa.

Mientras prepara una mesa y hace flamear el forceps, coloca á la enferma sobre un escabel y practica la punción lumbar, obteniendo 25 c.c. de líquido céfalo-raquídeo, que parece producir una gran mejoría á la enferma.

Sin perder momento y previa cloroformización, hace su aplicación de forceps, en el estrecho superior, y después de un trabajo bastante penoso consigue extraer un niño muerto. Al hacer el alumbramiento artificial, vé que se trataba de pelvis ligeramente, estrechada en su totalidad.

Puerperio normal.

3.^a observación.—T... de Galatzi (Rumanía), de 26 años, primípara, bien reglada y sin antecedentes hereditarios. Buena constitución y nunca estuvo enferma. Últimas reglas el 14 de febrero de 1911.

A los cinco meses, después de un enfriamiento, comienza á sentir ligeros dolores de riñones y trastornos generales mal definidos. La familia nota que ha engordado mucho. Al principio del sexto mes, tiene una abundante hemorragia uterina, de corta duración, que la mejora mucho. Consulta con un médico que la prescribe guardar cama y régimen lácteo; pero á los dos días abandona este tratamiento. El 1.^o de septiembre se siente muy mal; tiene vértigos, cefalea persistente y zumbidos de oídos. El 2 nueva metrorragia, menos abundante que la primera. El día 3 llaman al autor, el cual ve que la gordura es un edema generalizado, bastante pronunciado, y que la paciente está amenazada de un ataque de eclampsia. Pulso duro y fuerte. Las orinas con gran cantidad de albúmina. El feto, de seis meses, al menos, se presenta de vértice, y parece estar sano. Las metrorragias han sido provocadas por apoplejía placentaria saludable, puesto que no han producido la muerte fetal.

Por punción lumbar obtiene 20 c.c. de líquido céfalo-raquídeo, é instituye el régimen declorurado hídrico y lácteo durante algunos días.

Gracias á la punción lumbar, que produjo fuerte baja en la tensión sanguínea, y al régimen alimenticio instituido, que

provocó una excelente diuresis, la economía se pudo desembarazar de las toxinas que la intoxicaban.

En cuanto desapareció el primer peligro y se vió que la albúmina de las orinas y el edema disminuían de manera progresiva y constante, se la sometió á una alimentación más sustanciosa pero módicamente declorurada.

A fin de octubre la enferma se encontraba bastante bien, y el embarazo había evolucionado normalmente.

El autor reconoce que estas tres observaciones son bien poca cosa cuando se trata de sostener una tesis y de consagrar un nuevo medio curativo en el tratamiento de la eclampsia. Sin embargo, dedica estos ensayos á sus colegas, deseando que tras nuevos ensayos, su modo de proceder pueda recibir la consagración de los maestros del arte obstétrico.

P. ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

Modificaciones del fondo del ojo en las roturas del hígado, por M. Tietze. XL Reunión de la sociedad alemana de cirugía. (*Revue de Chirurgie*, enero, 1912).

El autor ha intervenido ocho veces en casos de rotura del hígado. En dos enfermos, ha observado alteraciones graves de la visión; en ellos, el examen oftalmoscópico mostró manchas blancas en el fondo del ojo, absolutamente iguales á las que se observan en la retinitis albuminúrica.

No presentando albúmina en la orina, más que un enfermo; cree el autor poder deducir que estas modificaciones del fondo del ojo, son debidas á la anemia aguda y comparables á las retinitis de la anemia perniciosa y á las que se observan en ocasiones en los enfermos caquetizantes.

El reemplazamiento del cuerpo vítreo, S. O. de Heidelberg, por Elschnig (Pragae). (*Archives d'ophtalmologie*, enero, 1912).

En un enfermo, cuya visión estaba reducida á la simple percepción luminosa á consecuencia de hemorragias repetidas del vítreo, aspiró el autor próximamente 0,6 c. c. de cuerpo vítreo turbio y lo

reemplazó por una disolución de cloruro de sodio á 0,85 por 100. La experiencia, repetida otra vez, dió un resultado excelente. Sus alumnos Loewenstein y Samuels, observaron que en el conejo, una sustitución desde 0, 4. c. c. hasta 0,8 de solución fisiológica es soportada sin inconveniente, en tanto que la evacuación de vítreo sin sustitución produce opacidades ó desprendimiento de la retina.

El autor ha aplicado el procedimiento en quince ojos atacados de hemorragias del vítreo; seis con desprendimiento de la retina y uno con pérdida abundante del cuerpo vítreo después de un traumatismo. Los mejores resultados se han obtenido en las hemorragias del vítreo. La técnica operatoria consiste en incidir la conjuntiva en la región de la ora serrata, colocando un hilo que se aprieta fuertemente, después de la aspiración y la reinyección. El autor aconseja no pasar nunca de 0,6. c. c. y recurrir si es necesario á una segunda inyección.

Iridocoroiditis serosa, producida por un cuerpo extraño de hierro, después de haber permanecido muchos años alojado en el ojo, por Rubert. (*Revue Generale d' Ophtalmologie*, diciembre, 1911).

Relata el autor un caso de cuerpo extraño intraocular, que después de haber sido tolerado sin trastornos aparentes durante muchos años, produjo una inflamación crónica, proliferante del iris, con atrofia del estróma y del tejido muscular, opacidad de la córnea, coroiditis proliferante con osificación, atrofia del vítreo y de la retina y por último, glaucoma secundario. El hierro había perforado el ojo, por la córnea, para ir á fijarse en los procesos ciliares.

Forma rara de nistagmus espontáneo de los ojos, por Vojatchek. (*Revue General d' Ophtalmologie*, diciembre, 1911).

El autor describe el caso de una enferma atacada de una forma curiosa de nistagmus espontáneo de los ojos. Este nistagmus presenta las particularidades siguientes: en la mirada directa, adelante, los dos ojos sufren oscilaciones rítmicas en el sentido vertical. Volviendo los ojos á la izquierda, el nistagmus cambia de dirección; se hace primero diagonal (de arriba abajo y de dentro

afuera) y enseguida, francamente horizontal á la izquierda. Mirando á la derecha, el nistagmus se transforma en horizontal muy pronunciado.

La irritación del laberinto por procedimientos térmicos (inyección de agua fría en el conducto auditivo externo) no provoca reacción típica, es decir, nistagmus rotatoria en el sentido opuesto, pero exagera el nistagmus espontáneo horizontal en la dirección opuesta y atenúa el mismo nistagmus en la mirada del lado correspondiente al laberinto irritado. El autor admite que existe, en este caso, una lesión del aparato de la inervación del ojo que preside estos movimientos.

PABLO ALVARADO

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Tratamiento del vértigo auricular por la punción lumbar, por Putnam y Blake (de Boston). (*Sociedad Americana de neurología*, Baltimore, 11-12-13 mayo 1911).

— Estos autores han obtenido gran resultado con la punción lumbar en los casos en que la sintomatología no indicaba destrucción considerable del laberinto, ni otitis media manifiesta, sino solamente un aumento de la excitabilidad funcional. Unas veces el resultado fué inmediato y otras fueron necesarios muchos días. La cantidad retirada fué de 15 á 22 centímetros cúbicos. El único síntoma accesorio desagradable fué la cefalalgia que duró muchos días. El resultado ha sido bueno en gran número de casos.

Diagnóstico y operación esofagoscópica de pólipos del esófago, por Morelli (de Budapest).

El autor operó en 1910 una mujer que tenía un pólipo á la altura del cardias; hacía veinte años que sólo se alimentaba de líquidos. El tratamiento por las bujías había sido desastroso. El pólipo, que tenía el tamaño de una cereza, fué extraído, y la enferma pudo desde este momento tomar alimentos sólidos. El examen microscópico mostró su naturaleza benigna.

Chancro de la amígdala tratado por el arseno-benzol, por Munch. (*Sociedad de laringología, París, julio, 1911*).

Mujer que hace dos meses tiene un chancro de la amígdala izquierda; se la somete al tratamiento por el arseno-benzol.

En tres días la lesión se reabsorbe en tal forma que es imposible desde este momento apreciar el lado que había estado enfermo; las dos amígdalas aparecían normales. Bajo el punto de vista de la rapidez de la curación, el arseno-benzol es superior en este caso al tratamiento clásico. Hasta el presente la enferma no tiene accidentes secundarios.

El tratamiento radioterápico de las poliadenitis inflamatorias simples y principalmente de las adenitis tuberculosas, por León Collard. (*Lión 1911*).

He aquí las conclusiones que expone el autor sobre este asunto:

El tratamiento radioterápico de las adenitis inflamatorias, tuberculosas ó banales, empleado sistemáticamente en el Hospital de la Caridad después de seis años, es un tratamiento que hoy hace sus pruebas. Se puede después de una colección de más de 300 observaciones, tener una idea perfecta de sus resultados inmediatos y tardíos, de sus ventajas é inconvenientes.

El 90 por 100 son adenitis tuberculosas y otras observaciones son adenitis de infección banal que tienen su punto de partida amígdalo-faríngeo, bucal, dentario, nasal ú óptico.

El autor ha eliminado las adenitis linfadenicas y pseudo-leucémicas que deben ser consideradas como afecciones más graves y más extensas.

Estas adenitis se encuentran en el sitio clásico de los ganglios, principalmente en las regiones sub-maxilar, mentoniana, canal carotídeo, hueco sub-clavicular, región preauricular y más raramente en la axila ó la nuca.

En su evolución se observa, que unas están en estado de induración, otras se fistulizan, se ulceran ó se calcifican.

El tratamiento no es aplicable de una manera uniforme en todos los casos. Las formas induradas desaparecen por simple radiación. Las formas supuradas necesitan una previa eliminación del pus ó de la sustancia caseosa.

En las adenitis induradas simples el resultado es más ó menos rápido, según la antigüedad de la lesión. Los ganglios recientes, más ricos en tejido adenoideo, desaparecen más pronto. Los ganglios más antiguos, más fibrosos, oponen más resistencia al tratamiento. En resumen, se obtiene su desaparición en un 85 por 100 de casos.

En las adenitis supuradas, cerradas, no infectadas, la punción capilar seguida de radiaciones da un resultado estético seguido algunas veces de curación completa sin cicatriz aparente. En las supuraciones abiertas infectadas (ulceraciones, úlceras antiguas) y en ciertas formas caseosas y ulcerosas, el resultado estético es menos perfecto, puesto que queda una pequeña cicatriz visible; pero el resultado terapéutico es excelente.

Las ventajas de este tratamiento son múltiples. Es indoloro, lo que es importante para los niños. Es de una acción más segura, más rápida que todos los tratamientos generales y locales empleados hasta hoy, puesto que cura en algunas semanas ó en algunos meses lesiones que han persistido después de muchos años. Los resultados estéticos son perfectos.

En fin, por la supresión de estos focos de intoxicación ó infección que constituyen estos ganglios enfermos, se observa una rápida mejoría del estado general, de las fuerzas y del apetito.

Los inconvenientes ó accidentes pueden ser *locales* ó *generales*.

Locales. Consisten en radiodermatitis fácilmente evitables con la prudencia y una buena técnica. Los autores no la han observado nunca. Señalan pequeñas perturbaciones pasajeras tales como: edema, eritema, pigmentación que desaparece rápidamente.

Generales. Sobre más de 300 observaciones, seguidas mucho tiempo, sólo hemos apreciado una cefalalgia pasajera, jamás grandes accesos febriles, pleuresias ni perturbaciones meníngeas.

La acción de este tratamiento es debido principalmente á la destrucción rápida de elementos celulares de tipo linfático, que han sido puestos en evidencia por los experimentos de Heineke; y así creemos nosotros en una acción escitante y cicatrizante extremadamente rápida de viejas ulceraciones.

La técnica consiste en irradiar las adenitis con los rayos números 5 y 7 (radiocromómetro Benoist) según la profundidad de las lesiones. Cuando los ganglios están cubiertos de una piel sana, los rayos se filtran sobre aluminio, de medio á un milímetro de espesor.

Cuando la piel está ulcerada se emplean los rayos directamente. La dosis no debe pasar de 5 á 6 H y deben ser renovados después de tres semanas de intervalo.

RODRÍGUEZ VARGAS

UROLOGIA

Resultados de la Prostatectomía, por el Dr. Hugh Hampton Young de Baltimore. (Congreso internacional de Urología de Londres julio 1911).

El autor decidió presentar un estudio detallado de sus casos pensando que sólo de esa manera y con conocimiento de causa, se podían discutir los resultados definitivos de la prostatectomía. Según su experiencia de 85 operaciones Bottini y 45 prostatectomías suprapúbicas, el autor ha llegado á formar un juicio definitivo de estos asuntos y como consecuencia á recurrir cada vez más á su prostatectomía perineal conservadora, presentando un estudio completo de 450 casos. Ha hecho todo lo posible para obtener datos exactos sobre las condiciones de sus enfermos y en los casos de muerte, después de haber abandonado los enfermos el Hospital, se ha procurado relaciones minuciosas sobre el resultado de la operación y las causas de la misma.

En su relación presenta casos extensamente reseñados y en los cuales se hacen notar las distintas complicaciones, así como aquellos en los que el resultado operatorio no fué satisfactorio; 45 casos de carcinoma de la próstata, operados por la prostatectomía perineal radical ó conservadora, son también enumerados. El asunto de la prostatitis crónica obturatriz y los casos de pequeñas obstrucciones medianas, sin crecimiento lateral, así como las prostatectomías parciales, son ampliamente discutidas, así como los notables resultados obtenidos por el excisor uretroscópico del lóbulo medio y la punción del mismo.

El resumen de su trabajo es el siguiente:

Edad de los enfermos.—En 484 casos, de hipertrofia benigna (450) y de cáncer (34) de la próstata, que ha operado por el método de la prostatectomía perineal conservadora, había 13 enfermos de más de 80 años, 75 de más de 75 años, 171 de más de 70 años, uno de 77 y otro de 88 años respectivamente. La operación no fué nunca rechazada á causa de la edad avanzada, y durante los dos

últimos años, solamente un enfermo dejó de ser operado á causa del corazón que estaba en mal estado, y además porque el cateterismo era fácil. A fin de aquilatar los resultados obtenidos, es preferible comenzar por la convalecencia en el hospital y por la fecha de su alta en el mismo.

La fístula se cierra en 18 casos durante la primera semana después de la operación, en 56 por 100 de los casos en menos de 21 días, en 14 por 100 de casos la fístula persistía después de la 6.^a semana y en 22 casos, seguía después de tres meses, continuando ésta todavía, solamente en 4 enfermos. Ha sido necesario emplear catéteres y sondas para acelerar la cicatrización de la fístula, no habiéndose producido ninguna estrechez. Para demostrar el carácter benigno de la operación, la duración de la estancia en el hospital es instructiva: un enfermo sale del mismo con la fístula cicatrizada y la evacuación vesical regularizada el 6.^o día después de operado; 4 por 100 le abandonaron en la 2.^a semana, 124 enfermos, 31 por 100, al terminar la 2.^a semana, y 254 enfermos, 64 por 100, en menos de 4 semanas y solamente 22 enfermos, 5'5 por 100, estuvieron hospitalizados más de 2 meses.

Es verdaderamente notable el comprobar, cómo estos viejos entran en convalecencia; casi siempre al cabo de tres días pueden abandonar la cama y comenzar á marchar durante la primera semana.

Sobre 450 operados he tenido noticias de 331 que todavía viven, en 7 casos me he visto privado por completo de noticias de los enfermos. Siete años han pasado desde la operación, en 43 casos, y en 25 solamente 6 meses; entre estos 331 enfermos la mayoría padecen de poliuría, sobre todo nocturna, pero 72, 22 por 100, enfermos, no tienen necesidad de levantarse en toda la noche para orinar; 235, ó sean 66 por 100, solamente orinan una ó dos veces en toda la noche, y durante el día, á excepción de un 12 por 100, retienen la orina tres horas como minimum.

Me he esforzado en averiguar la fecha del retorno de la oclusión y del uso de las sondas por los enfermos después de haber abandonado el hospital, encontrando solamente 4 en los que habiendo una retención casi completa de orina, el uso de la sonda varias veces al día era necesario; cuando consideramos que en 70 por 100 de los enfermos, la sonda había sido empleada antes de la operación, vemos como estas estadísticas refutan completamente la idea de Thompson y Guyon, de que después del uso prolongado de la sonda, la vejiga no puede alcanzar su tonicidad

normal eliminando completamente la orina; estos 4 casos, detallados en mi análisis completo, pertenecían al tipo de esclerosis inflamatoria de la próstata, con esfínter interno difícil de dilatar y en los cuales, como ya había hecho constar Albarrán hace muchos años, la prostatectomía perineal ó hipogástrica no era aplicable. En otras estadísticas y en otros casos que más tarde presentaré, se demuestra cómo el mejor tratamiento es la prostatectomía parcial ó la excisión del lóbulo medio con el excisor uretroscópico. Han existido 8 casos en los cuales volvió la oclusión; un examen detenido demuestra que la retención no es completa, que en muchos casos la obstrucción presentada, fué debida á no haber extirpado el lóbulo medio de la próstata durante la operación, y en otros dos casos á causa de la recontractura de pequeñas próstatas esclerósicas; en un caso solamente había poco más de 250 c.c. de orina de residuo y en el cual la obstrucción no era explicable por haber hecho una operación radical y completa.

En 8 casos la eliminación de la orina no es normal, la micción era débil y la sonda descubría una pequeña cantidad de orina residual; el cistoscopio demostró en estos casos la existencia de un pequeño pliegue ó lóbulo mediano que causaba una ligera obstrucción, el cual fué quitado con el excisor uretroscópico, quedando después los enfermos completamente bien. Este método operatorio fué adoptado también en otros varios casos, que habían sufrido ya la prostatectomía alta y en los que el pliegue ó lóbulo medio era la causa del residuo vesical y de la micción imperfecta, haciendo de este modo posible el perfeccionamiento del resultado que se obtiene, sea por la prostatectomía perineal ó hipogástrica, cuando por la contractura de los tejidos se produce una ligera oclusión después de la operación. En 7 casos que fueron operados desde hace 8 años y en los que pudo observárseles durante un año por lo menos después de la operación, los resultados fueron satisfactorios en todos ellos, excepto en un enfermo, que se quejaba, un año después de la operación, de dolor y micción frecuente, y en el que probablemente había cálculos vesicales, puesto que anteriormente les había padecido.

Se ha exagerado mucho sobre la incontinencia de orina consecutiva á la prostatectomía perineal, habiéndome ocupado con toda detención para comprobar lo que de cierto hubiera sobre tal incontinencia. Un estudio detenido de estos casos, no descubren la existencia de un solo enfermo con incontinencia completa, diurna y nocturna; hay tres casos, en los cuales, quedó una incontinencia

parcial diurna; en dos de éstos que fueron cuidadosamente reconocidos, se comprobó una dilatación de los esfínteres internos y uretra posterior; en el otro tercer enfermo la musculosa del esfínter externo, había sido seccionada al enuclear la próstata, siendo esto la causa de la incontinencia, además de tener un pequeño lóbulo mediano, irregular y pediculado, que se encuentra en el esfínter interno y que, evidentemente, fué lo que impidió la cicatrización completa; en dos casos semejantes al señalado, la excisión del mismo con el asa galvánica cistoscópica ó la punción urotrocópica, curó completamente la incontinencia ligera que presentaban. De esto se deduce que la incontinencia es debida casi siempre á una operación incompleta ó á no estirpar algún pequeño lóbulo asentado en el cuello vesical ó en la uretra, los que luego impiden la cicatrización del esfínter y, como consecuencia, ligera incontinencia que se presenta si el enfermo tose ó estornuda. La integridad del esfínter externo es de la más alta importancia y la operación perineal debe hacerse siempre, por una abertura practicada por disección poco penetrante, detrás de los músculos transversales y del ligamento triangular; los espacios laterales del tendón central, pueden ser fácilmente expuestos por disección obtusa, y después de la división de este tendón y del músculo rectouretral, con separación fuerte del ligamento triangular, se puede llegar atacándola, á la uretra membranosa por detrás del esfínter externo que se deja intacto. Una vez curada la fistula perineal, el poder retener la orina, viene enseguida en el transcurso de dos ó tres semanas.

En dos casos solamente se comprobó la existencia de fistula recto-uretral; en uno de ellos, las heces fecales y los gases pasaban á la uretra; en el otro nada de esto ocurría hasta el extremo de rechazar el enfermo todo tratamiento por no causarle ninguna molestia su fistula. Si se tiene cuidado de separar el músculo recto-uretral, todo lo cerca posible de la uretra membranosa, de descubrir la cara anterior de la aponeurosis de Denonvilliers en el vértice de la próstata y de seguir esta aponeurosis con cuidado, separando el recto de la próstata, no hay peligro de herir el recto; si por casualidad fuera desgarrado, la herida debe ser cerrada por sutura en planos, estableciendo un drenaje hipogástrico, para desviar el curso de las orinas.

Poder sexual.—Nada he descuidado para determinar los efectos que la operación pueda ejercer sobre las erecciones y el poder sexual; entre 251 enfermos, 133 declararon que su poder sexual era

poco más ó menos que el ordinario antes de la operación, y de este número 78, ó sean 59 por 100, anunciaron un retorno completo de su poder genésico después de la operación, y en 100 casos, ó sean 75 por 100, las erecciones volvieron inmediatamente; un análisis de los 24 casos en los que la erección no reapareció, demuestra que 13 de ellos tenían más de 70 años, y de los 11 restantes, dos tenían lesiones medulares, y en cinco habían sido seccionados involuntariamente los conductos eyaculadores durante la operación. Hay pruebas concluyentes, de que la conservación de la base de la uretra, canales eyaculadores y verumontanum, tiene una importancia extraordinaria en la conservación del poder sexual, además de que de este modo es menos frecuente la epididimitis, y como quiera que ésta constituye una complicación seria de la prostatectomía, es de la más alta importancia conservar íntegros los conductos eyaculadores, evitando así la entrada de microbios y de una infección ascendente por lo tanto.

Nuestras investigaciones demuestran que 79 enfermos murieron después de la salida del Hospital; de ellos 37 tenían más de 70 años antes de la operación; el tiempo pasado entre la operación y su muerte fué de 7 años en 2 casos, de 5 en 4, de 5 en 5, de 4 en 5, de 3 en 5, de 2 en 14, de 18 meses en 8, de 12 en 11, de 5 en 9 y de menos de 6 meses en 12 casos; á su muerte un enfermo tenía 89 años, 5 estaban entre 80 y 84 años y 37 entre 70 y 80 años. Los resultados funcionales obtenidos fueron satisfactorios en todos ellos, excepto dos que están incluidos ya entre los de dudoso éxito. La causa de la muerte fué enfermedad del corazón en 13 casos, de los riñones en 12, de los pulmones en 7, de la médula en 2; diferentes enfermedades ó diagnóstico ignorado en el resto.

Muertes después de la operación.—Hubo 17 muertos entre 450 casos de prostatectomía perineal, ó sean 3.77 por 100; un análisis de estos casos demuestra que 3 enfermos tenían más de 80 años, 2 estaban entre 75 y 79 años, 4 entre 70 y 74 y 8 tenían menos de 70; la fecha de la muerte se encuentra en la relación siguiente:

a) El día mismo de la operación un caso, siendo la causa una miocarditis y parálisis cardíaca súbita.

b) Durante la primera semana 4 casos; edema pulmonar un caso, trombosis cerebral un caso, bronco-neumonía un caso, hemorragia cerebral un caso.

c) Durante la segunda semana 4 casos; dos de piodrosis y uno de hemorragia cerebral y de trombosis pulmonar respectivamente.

d) Durante la tercera semana, un caso de uremia y pulmonía.

e) Durante la cuarta semana 3 casos; dos de uremia con nefritis crónica y uno de 18 años, de pulmonía.

f) Durante la quinta semana un caso de uremia y pulmonía de 81 años.

g) Durante la sexta semana 2 casos; uno de pulmonía y otro hemorragia del aparato respiratorio.

h) Durante la novena semana un caso de miocarditis hipertrófica y trombosis cardíaca.

Una revisión más completa de estos casos, demuestra que la muerte era inevitable solamente en 5, en los otros 12 con mucho cuidado y con los actuales métodos de exploración y de tratamiento preoperatorio, pudo ser aquélla evitada; por ejemplo, 4 enfermos que no habían sido sondados nunca, con un residuo de 500 á 2000 c.c. fueron operados sin tratamiento preliminar (sonda permanente, dieta hídrica) que se hubiera puesto en práctica durante 2 ó 3 semanas en la actualidad, como se demuestra con otros muchos casos en los que su estado era más desesperado y peor que el de los 17 señalados y los cuales merced á un tratamiento conveniente fueron puestos en condiciones de operabilidad.

Para poder determinar el momento mejor de operar un prostatico, la exploración más importante es el conocimiento del valor funcional de los riñones; á este fin la prueba de la fenosulfotaftalina, que ha sido estudiada primeramente en la sección urinaria del hospital Johns Hopkins por Rowutree y Goraghty; para ello, después de la inyección intramuscular de un c.c. de líquido conteniendo 6 miligramos de dicha sustancia, debe aparecer en la orina al cabo de 5 minutos en los casos normales, pudiendo ser reconocida por su color rojizo; en una hora una proporción de 60 por 100, que llega al 75 en las dos horas y cuya cantidad puede exactamente ser dosificada por el colorímetro de Dubosq ó el hemoglobínómetro de Heilig. La preparación se elimina completamente por los riñones y cuando éstos están enfermos, el comienzo de su eliminación está retardada así como la cantidad total en las dos horas primeras; en los casos de nefritis extensa y avanzada, solamente una pequeña cantidad se elimina y en todos aquellos enfermos en que la prueba demuestra unos riñones interesados, un tratamiento preliminar se hace necesario hasta conseguir la mejoría de dichas lesiones y poner por tanto al enfermo en condiciones de ser operado sin daño alguno.

Por medio del cateterismo repetido y la dieta hídrica, un gran número de enfermos con riñones en malas condiciones, pueden

ponerse en disposición de ser operados; en apoyo de este hecho y durante un período de 2 años y 8 meses, ha habido 128 enfermos operados de prostatectomía perineal conservadora sin una muerte siquiera, habiendo abandonado todos el hospital en buen estado de convalecencia y completamente curados; entre estos enfermos, 2 tenían más de 80 años, 43 más de 70 y varios de ellos en un estado lamentable, que exigió un tratamiento preliminar de larga duración. Estos casos demuestran, que la operación por sí misma no tiene gravedad y que, tomando todas las precauciones, la mortalidad puede ser reducida á los accidentes inevitables que pueden sobrevenir en enfermos de avanzada edad, en los que la vida estando acabada no pueden soportar ningún choque.

El cáncer de la próstata merece alguna atención porque las estadísticas recientes demuestran, que un caso de 5 de hipertrofia prostática, es debida al cáncer; en todos los casos de cáncer, el diagnóstico pudo y debió hacerse antes de la operación; en mi comunicación completa, hago constar los detalles completos de 42 casos de cáncer de la próstata y entre los cuales, 6 de ellos sufrieron la extirpación radical de la próstata, vesículas seminales y cuello vesical (con anastómosis de la vejiga á la uretra membranosa) y de los cuales todavía viven 2, después de 2 y 6 años de la operación cada uno. Uno de éstos, por lo menos, demuestra de una manera concluyente que aun cuando las vesículas seminales estén interesadas, una operación radical puede dar excelentes resultados curativos y con un diagnóstico precoz, siempre posible, conseguir la curación en muchos casos; 2 enfermos sufrieron una operación radical parcial con excelente resultado; 34 enfermos sufrieron una prostatectomía perineal conservatriz y separatriz; las porciones laterales y medias de la próstata fueron extirpadas sin herir la membrana mucosa; de estos casos, 2 murieron un mes después de la operación de carcinosis y uremia; entre los 32 que abandonaron el hospital mejorados, 10 no tuvieron ningún síntoma de prostatismo hasta su muerte, ocurrida un año ó año y medio después de la operación; en los 13 restantes, que aun viven, los resultados funcionales fueron buenos, lo que demuestra que los resultados obtenidos son tan buenos en los casos de cáncer, como en la hipertrofia benigna, y que por tanto en la carcinosis prostática debe practicarse la prostatectomía perineal separatriz.

Prostatectomías parciales.

En relación con los casos de prostatectomía perineal para los tumores, benignos y malignos, hay que hacer constar los resultados obtenidos por la prostatectomía parcial, excisión del lóbulo medio de la próstata, en aquellos enfermos que no fué considerado necesaria la extirpación de los lóbulos laterales; estos casos ordinariamente se reducen, á una barra prostática mediana ó á un pequeño lóbulo redondeado, determinando un pequeño residuo de orina, y debido más bien á protatitis crónica que á verdadera hipertrofia.

El método empleado fué la extirpación del lóbulo medio en tres ó cuatro trozos, con el excisor uretroscópico; en todos los casos la operación se hizo con anestesia por la cocaína y después de evacuada la sangre de la vejiga, una sonda de cauchut de dos ramas á doble corriente fué puesta y por ella irrigación continua durante 24 ó 48 horas, terminando luego por retirar la sonda. En 20 casos en que se hizo esta operación, 5 tenían menos de 50 años y 2 solamente más de 70; el residuo de orina variaba entre 30 y 100 c.c., excepto en 5 enfermos que pasaba de esta cantidad y en todos los cuales, los síntomas de prostatismo eran de larga fecha.

Los resultados obtenidos fueron buenos; 14 enfermos curaron completamente y los otros 6 están muy mejorados no sólo de la dificultad de la micción, sino de los dolores; en 5 casos con asociación de cálculo vesical, la operación fué practicada después de la litotricia, con buen éxito; la operación con punzón fué también practicada con el asa galvánica cistoscópica en 2 casos, en lo que tenían dos pequeños lóbulos medianos pediculados. Los mismos métodos fueron empleados en 4 casos de prostatectomía perineal, en los que la obstrucción no había completamente desaparecido y en 2 casos de prostatectomía hipogástrica, con buenos resultados en todos ellos.

La operación con el punzón es mucho más radical que la de Bottini, y en los casos en que no existe más que una pequeña obstrucción mediana, sin ensanchamientos laterales, puede hacerse con anestesia local, con la cocaína, casi sin daño, siendo por lo tanto el método preferible.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFIA

La Gastroenterostomía ante la Fisiología, el Laboratorio y la Clínica, por el Dr. R. y Abaytúa, Madrid, 1911.

Si no fuera conocida la envidiable reputación científica del Dr. Abaytúa, solidamente cimentada por sus anteriores trabajos sobre esta especialidad, la lectura de esta interesante monografía sería suficiente para descubrir en su autor á un consumado clínico y excelente escritor.

En seis capítulos ha condensado una enorme documentación sobre este interesante problema de cirugía del aparato digestivo; y gracias á este trabajo de síntesis, el lector puede informarse, sin gran esfuerzo, de todo lo que se relaciona con dicho problema, y de toda la serie de observaciones clínicas y de trabajos experimentales que han contribuido para precisar el justo valor de la gastroenterostomía.

La crítica sobre las presuntuosas afirmaciones quirúrgico-terapéuticas lanzadas por Delagenière, en el XXII Congreso de Cirugía celebrado en París, es de gran ingenio y muy contundente.

En las nueve páginas que dedica á la digestión duodenal, queda perfectamente demostrada la gran importancia de la misma y, por tanto, los graves inconvenientes que han de derivarse de la exclusión funcional de tan importante porción del aparato digestivo.

«La experimentación sobre la evolución anatómica de las anastómoses gastro-intestinales», ha demostrado plenamente que el píloro artificial no funciona, mientras el píloro natural es permeable.

En el capítulo dedicado á la «confirmación clínica de la involución anastomósica gastroyeyunal» recopila un abundante material de observaciones clínicas, demostrativas de que la involución de la anastómosis gastroentérica no debe achacarse, en las veces que se presenta, á torpezas quirúrgicas, pues «se trata sencillamente de

una propensión espontánea á la reparación del artificio quirúrgicamente creado».

En los dos últimos capítulos analiza la «interpretación de la involución anastomósica gastro-yeyunal», y la «perturbación digestiva engendrada por la exclusión que del duodeno hace la gastro-enterostomía» y lo mismo que en el resto de toda la monografía, se continúa afirmando el alto relieve científico del autor, que necesariamente ha de reflejarse en sus deducciones sobre la importancia terapéutica de la gastro-enterostomía en las gastropatías y que, en resumen, es la siguiente: la gastro-enterostomía no es la operación *ideal* que en un principio se creyó tal; es un recurso terapéutico de necesidad para ciertos casos, en los cuales puede facilitar la curación de la gastropatía, «pero bajo la condición expresa de un tratamiento dietético apropiado».

E. DURRUTI

CASOS Y CONSULTAS

Proposición de un diagnóstico de quiste del pulmón.

Sr. D. M. M. F. Distinguido amigo y compañero: No es fácil contestar de un modo claro á la interesante consulta que V. se digna hacerme. Sin embargo, para llegar á una atinada orientación, importa siempre en clínica, razonar los hechos lo más sencillamente posible.

Es su enferma, según en su carta leo, una mujer robusta, de 34 años, casada y nulípara. Hace dos años comenzó á sentir alguna opresión al andar, tos seca y disnea ligera; insidiosamente se fueron acentuando estos síntomas hasta que V. explorándola observó contraste en ambas bases pulmonares; sople bronquial en la derecha, matidez y abolición de las vibraciones vocales. Un vejigatorio entonces aplicado y una poción calmante para la tos ligera, constituyeron el tratamiento que respondió á la idea de un derrame pleurítico. La enferma no había tenido fiebre, y sin obtener mejoría en su estado, tuvo una mañana al levantarse una hemoptisis, que fué como la revelación de una tuberculosis pulmonar ignorada ó latente hasta entonces. La auscultación en el vértice era normal, el sonido á la percusión enteramente claro y sólo á partir del ángulo de la escápula aparecía la macidez en zona más extensa que dos meses antes; á la vez la inspección denotaba un abombamiento difuso en la base pulmonar derecha. Ultimamente, hace dos meses, apareció un tinte subictérico que hoy es ictericia confirmada, aunque no muy intensa; la exploración del hígado demuestra que rebasa dos traveses de dedo el arco costal; ocasionalmente ha aparecido algún día ligero brote de urticaria, que alguna otra rara vez se había también notado y finalmente hace tres semanas, sufrió la enferma un enfriamiento, se fué á la cama con alta fiebre (40°) tuvo dolores torácicos que la tos exacerbaba, repetición de la hemoptisis y el estertor crepitante de la pulmonía en la zona

limitante con la macidez y con el ángulo inferior del omóplato. Hoy se halla la enferma convaleciente de su neumonía, persistiendo toda la situación anterior.

Estos datos, que entresaco como esenciales del largo relato que en su carta me hace, para dilucidar un diagnóstico é instituir tratamiento, me hacen pensar en las siguientes orientaciones que puedan conducir al apetecido resultado.

1.º Dada la evidente *tumoración* que de su historia se deduce por los datos que la inspección, palpación, percusión y auscultación descubren, creo no es desatinado pensar que su enferma padece una neoformación pulmonar. Es lástima que la observación radioscópica no pueda hacerse, pues descubriría preciosos datos.

2.º En el supuesto que sea un hecho la tumoración pulmonar, no puede ser más que sólida ó líquida; no es posible por los datos físicos recogidos, afirmar una de las dos cosas; sin embargo hay *un hecho clínico* aislado de tal importancia, que permite una afirmación concreta; son esos brotes raros de urticaria que la enferma tuvo y cuya relación con una *neoformación líquida* es evidente; ésta es el *quiste hidatídico*, cuyo diagnóstico propongo á V. procediendo por exclusión basada en la buena exploración que V. ha hecho. Es sin embargo necesario completar ésta con una punción que, hecha con todas las precauciones que V. conoce, no tiene los peligros que algunos autores han señalado.

3.º Todos los hechos por V. narrados en la historia de su interesante enferma son explicables por este diagnóstico, incluso la ictericia por compresión del hígado y descenso de esta víscera por la misma razón.

Aguardo con verdadero interés el resultado para completar nuestro juicio y poder, sobre la más firme base de una realidad clínica, asentar de un modo razonado cuanto en bien de su pobre enferma podamos hacer.

Y ya que este interesante caso aparece aunque incompleto en las columnas de la CLÍNICA CASTELLANA, yo rogaría á V. me tuviera al corriente de todo, con objeto de terminar en un número próximo lo que en el presente queda incompleto.

Es de V. buen amigo y compañero q. s. m. b.

ANTONIO MIGUEL Y ROMÓN

LA MEDICACION REVULSIVA ES UN ARMA TERAPÉUTICA PODEROSA
Y CON PLENA JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

POR EL

DR. LUIS MORENO

(Conclusión).

CONSIDERACIONES SINTÉTICAS.—Todo cuanto queda dicho, se refiere á la revulsión en lo que pudiéramos llamar sus aplicaciones científicas. En todas ellas precede á nuestra decisión un juicio deductivo fundado en principios que acepta la ciencia actual, sin que el tanteo, la experimentación y menos aun el empirismo, entren para nada como móvil de nuestra conducta. Partimos de cosas conocidas; nos damos cuenta del fenómeno que provocamos; sabemos el por qué de sus beneficios y desventajas; el mecanismo de sus acciones y podemos graduarle á voluntad. Creo que no puede pedirse más á una intervención terapéutica.

Ahora bien ¿podrá aplicarse científicamente la revulsión en todos los incidentes acabados de enumerar, sin más consideraciones que las expuestas y las relativas á su grado de intensidad? No, ni mucho menos. Hay otra serie de consideraciones que si no son tenidas en cuenta quitarán á la revulsión todo su carácter científico para hacerla un remedio ciego, quizá perjudicial y contraproducente.

Esas consideraciones se refieren á tres puntos de distinta importancia que trataré de modo muy somero, que no otra

cosa permite el alcance de estas líneas: lo relativo á la forma que ha de revestir la revulsión, que es lo principal; al sitio que haya de aplicarse; y á sus acciones ulteriores ó secundarias: á lo que pudiéramos considerar como el precio de su coste al organismo.

Formas de la revulsión.— Todo médico sabe que no es indiferente la forma que pueda darse á la revulsión en sus distintas aplicaciones aunque en el fondo se persiga siempre el mismo fin. Hay que saber elegir.

No aludo á las formas menudas de ventosas, esparadrapos, baños ó escarificaciones; me refiero á las que pudiéramos llamar grandes formas ó maneras de aplicarla; á las expoliaciones directas de sangre generales ó locales; á las pérdidas acuosas producidas á voluntad y á las congestiones artificiales provocadas en determinados sitios con ó sin exhalaciones líquidas.

Hay que tener presente que estas tres formas, significan por su orden tres grados descendentes en una escala, de exacciones para el organismo.

Sangría general.—Podremos deducir de cuanto va expuesto hasta aquí, que la expoliación general ó sangría tiene su principal indicación en la urgencia. Si el conflicto no se presenta con este carácter, probablemente permitirá el empleo de recursos menos caros, en cuyo caso se optará por ellos: hasta en la sangría profiláctica se supone una urgencia, aunque desconocida, probable. Tales urgencias pueden ser absolutas, por el peligro; relativas, por la conveniencia de anticipar ciertos sucesos, de ganar tiempo.

A la urgencia habrá de asociarse la gravedad: para un incidente leve, una sangría resultará un derroche, un despilfarro en hacienda ajena, para el que no se está bastante autorizado.

Siempre en combinación con las dos condiciones acabadas de expresar, elegiremos la sangría en los casos en que se pretenda *a*) obtener la movilización, desplazamiento ó descarga de grandes masas de sangre (1): *b*) cuando se quiera modificar profundamente un estado de hipertensión arterial en la gran circulación periférica (2): *c*) cuando se busque una rápida y abundante evacuación de venenos circulantes (3): *d*) cuando convenga obrar sobre un intenso éxtasis venoso con edema, en víscera muy delicada (cerebro) sobre cuya circulación local no se puede obrar de otro modo más directo (4): *e*) cuando convenga vencer de un modo prolongado un violento eretismo cardio-vascular ó nervioso en gente vigorosa (5): *f*) cuando por excepcionales y apremiantes circunstancias de momento y de individuo se crea en la utilidad de una rápida deplección general (6): *g*) y finalmente, cuando se quiera obrar con cierta energía sobre la misma masa ó volumen circulante, para indicaciones profilácticas (7), entrando por mucho en este último caso, la

(1) Obstrucción pulmonar: dilatación aguda del corazón derecho.

(2) Edema bríghtico del pulmón.

(3) Uremia grave de cualquier forma: intoxicación por óxido de carbono.

(4) Eclampsias subintrantes sintomáticas: estado de mal epiléptico: congestión cerebral pre y post-hemorrágica.

(5) Primeras 36 horas de algunas pneumonías, viruelas, etc.

(6) **Asfixia** avanzada por dificultad circulatoria: hemorragias del árbol aéreo con asfixia inminente por la ola de sangre: muerte aparente con cianosis en lugar de palidez: aneurismas de los grandes vasos con compresiones intolerables ó tratados por el método de Valsalva: estados comatosos de origen desconocido pero con ingurgitación cefálica y respiración estertorosa ó del tipo de Cheyne-Stockes.

(7) Para evitar principalmente la hemorragia cerebral en casos de amenaza, ó los efectos sobre el corazón; en algunos otros muy

historia y antecedentes en lo que pudiéramos llamar costumbres terapéuticas del enfermo; es decir, sirviendo de guía la experiencia del resultado obtenido sobre el mismo, en aplicaciones previas del remedio.

SANGRIA LOCAL.—Para decidirnos por las expoliaciones locales, empezaremos por tener presente las siguientes consideraciones: Primera, la expoliación local aunque esté en lo posible llevarla á los límites más extremos, representa siempre para los efectos prácticos, una evacuación proporcionalmente menor que la general, aunque una y otra puedan medirse y graduarse á voluntad. La segunda, es que esta pérdida se obtiene á espensas de un tiempo mayor, es más lenta y gradual, no tiene las ventajas ó los inconvenientes, si pudieran llegar á serlo, de la rapidez, casi instantaneidad de la sangría; y, por último, es la tercera consideración el hecho de que los resultados deplectivos, además de influir en la masa general en sentido de resta, permiten enfocar el máximum de sus efectos sobre un determinado territorio vascular, que por razón natural habrá de sufrir la vacuidad más pronta é intensamente que los distanciados ó sin conexión circulatoria con el punto de aplicación.

Si á estas consideraciones añadimos que muchas de sus aplicaciones, como ocurre con la ventosa escarificada, á más de la sangre perdida obtienen un almacenaje ó retención temporal de sangre en los tejidos atacados por la revulsión, agrandando el efecto sin aumento de gastos, y que es en fin,

raros de hipertensión por emoción violenta ó intenso dolor, como el cólico hepático ó nefrítico en ateromatosos de tipo congestivo. Como profilaxia del daño que puedan acarrear influencias atmosféricas estacionales, cambios de clima, de altitud y supresión de flujos ó pérdidas habituales.

dentro de lo local, lo más intenso y rápido de toda la medicación revulsiva, deduciremos sin esfuerzo que sus aplicaciones se reservarán para estados de ingurgitación localizada, que por su intensidad, por el sitio, por la importancia del funcionalismo que comprometen, ó por la urgencia de su evolución, reclaman honda y rápida modificación circulatoria. Siendo como es una sangría atenuada, podemos también emplearla en su sustitución, cuando se crea útil un menor efecto general, mayor lentitud ó más fácil acomodo al estado producido, una nueva expoliación complementaria á los efectos de una sangría anterior que no se quiere prolongar ó repetir, y sobre todo cuando se pretende obrar de preferencia, ya que no exclusivamente, sobre el estado de plenitud sanguínea de un limitado órgano, aparato ó tramo vascular; sobre un pequeño foco circunscripto de inflamación reciente, sobre todo.

Expoliaciones serosas.— Las evacuaciones serosas, llamadas también sangrías blancas como este calificativo denota, tienen por objeto principal provocar en la sangre una pérdida de elementos no coloreados; es decir, de sus materiales acuosos, y digo acuosos y no líquidos, por que gran parte de las substancias que disueltas forman composición en el plasma, masa ó cemento, líquido en que vive el elemento celular activo, no salen en la corriente de expulsión producida por los medios que estudiamos y que sólo echan fuera una especie de suero más acuoso, menos rico hasta en sales minerales, que el suero matriz de que se obtiene este producto de desasimilación artificial (1).

(1) Una prueba de ello, es el cálculo de Bouchard, de que se necesita el quintuplo de líquido diarréico que de sangre, para equivaler en depuración.

Esta selección especial de elementos serosos condenados á expulsión, sólo pueden obtenerse estimulando el funcionamiento de órganos que, á modo de filtros inteligentes, arrojen ó detengan dentro de ciertos límites lo que por ellos se hace pasar en abundancia con una congestión forzada que produzcamos á voluntad. Tales órganos son glándulas que pueden exagerar lo suficiente su secreción normal ó permiten á su través grandes descargas de agua; el aparato del sudor, la mucosa intestinal y de modo menos seguro la función biligénica, son los filones que solemos explotar para estos fines (1).

El efecto de esta manera de expoliar es complejo: se obtienen con él varias cosas á un tiempo. Lo primero en importancia y más tangible es, en general, la merma que en el volumen del contenido circulante hace la pérdida de líquido provocada. Menos visible, pero no menos valioso, es el hecho de que el flujo artificial arrastra en su masa materias pecantes á cuya eliminación se aspira. Además del efecto expoliador, la congestión con que se le lleva á cabo, y que habrá de durar cuando menos lo que aquél, es una finalidad derivativa.

Por último; aprovechando el hecho mecánico del despeño ó arrastre de una corriente líquida, este modo de revulsión se utiliza también para expeler, extinguir, y desocupar el contenido y aun lavar la superficie del aparato casi siempre tubular en que se provoca.

¿Cuándo echaremos mano de estas sangrías blancas, de estos recursos expoliadores á la vez que derivativos?

(1) No incluyo aquí la orina por que su aumento no se provoca por este mecanismo, aparte de la cantaridina cuya acción diurética, puede compararse á la de los purgantes drásticos.

Llenaríamos muchas páginas si quisiéramos citar una por una las innumerables oportunidades de esta medicación y no hay para qué traer á estas líneas lo que todo el mundo conoce, hasta el más profano vulgo. Baste decir que tiene todas las indicaciones de la medicación diaforética, catártica y colagoga y á ellas podremos referirnos.

Sólo indicaré que la medicación purgante, la más pura, completa y genuina representación de esta modalidad revulsiva, es una verdadera síntesis de toda la revulsión: produce todos sus efectos, encierra todos sus mecanismos, hasta uno de que aun no nos hemos ocupado (1), y no será mucho decir que dentro de unos límites muy amplios y aparte de acciones muy enfocadas y circunscriptas á un limitado territorio, sirve para sustituir ó complementar todos los demás recursos del mismo capítulo terapéutico, siempre que la magnitud de la indicación sea proporcional al alcance del remedio, teniendo para, ello en cuenta que desde el simple laxante al atrevido drástico, hay toda una escala de grados en intensidad, y que algunos de sus medicamentos por su particular modo de obrar poseen acciones especiales que se utilizan en combinación con lo puramente revulsivo. Todas estas consideraciones justifican el verdadero abuso que se hace de esta medicación que, no carece de peligros, olvidados acaso ante la experiencia de las infinitas ventajas obtenidas. Recuérdese á propósito de sus indicaciones, lo que queda dicho en las auto-intoxicaciones, enfermedades infecciosas é insuficiencias del corazón, donde puede verse lo más importante de las mismas.

Congestiones locales revulsivas.—La tercera forma ó revulsión local, como su nombre lo indica, enfoca sus

(1) Abscesos de fijación.

acciones y se determina sobre un punto limitado, casi siempre de la superficie cutánea (1).

Para llegar á su finalidad clínica persigue uno ó más de los siguientes objetos inmediatos: producir una congestión local por estímulo físico, químico, ó biológico, á distancia del órgano enfermo; provocar al fenómeno congestivo sobre el órgano mismo que padece; é inducir estímulos locales puramente nerviosos para que se propaguen y traduzcan en modificaciones funcionales de este sistema.

Revsiones á distancia.—El primer objeto, el más corriente y usual de esta medicación, no precisa de explicaciones. Su mecanismo, en el fondo, es un hecho de hidráulica circulatoria, que busca la anemia relativa de un órgano ó departamento orgánico, que congestionado, edematoso, inflamado, mal resuelto, ó dolorido, precisa de una descarga moderada de la sangre que le llena, sin que dicha descarga sea para el organismo una pérdida material. Es el mismo hecho de la expoliación sanguínea local, sin derramar, sin perder la sangre sobre que se actúa, obteniendo el objeto perseguido, simplemente trasladándola, derivándola (de aquí su nombre) á un lugar más tolerante donde se instituye en cierto modo un depósito acumulativo transitorio ó provisional. Pasada la razón que motivó el traslado, esa sangre puede volver á su normal funcionalismo. Es por consiguiente la manera más económica de hacer deplección; es un á modo de préstamo reembolsable de sangre, que en su forma más pura, la ventosa seca, no hay organismo que no tolere por deteriorado ó pobre que se encuentre.

(1) También se usa de la mucosa rectal y su plexo venoso para estos fines, especialmente en afecciones hepáticas.

No siempre es tan elementalmente sencillo el mecanismo de esta manera de revulsión. Cuando el medio que se pone en juego para derivar es de los que determinan viva irritación local, á más del fenómeno hidráulico, produce estímulos nerviosos traducibles en provechosa modificación, pero que si alcanza la categoría de dolor, también pueden representar un desgaste de energías atendible en todo caso, principalmente en enfermos que por razones de edad ó depresibilidad nerviosa toleran mal estas molestias. El acúmulo de sangre y la lentitud de la corriente, la dilatación de los vasos, la influencia del estímulo nervioso, y hasta la acción particular del mismo agente revulsivo, producen *in situ* y á distancia fenómenos exudativos y globulares de que puede sacarse bastante partido.

En virtud sin duda del mecanismo acabado de señalar, muchos de los recursos de esta sección parecen influir, y positivamente influyen, en sentido favorable á la actividad leucocitaria, á más de producir exudación que puede considerarse hasta cierto punto como eliminadora (1). Si unimos este concepto de acción, á la experiencia clínica del inesperado y espontáneo alivio que en muchos estados, principalmente infecciosos, coincide con brotes y descargas críticas ó con la explosión de erupciones, forúnculos y abscesos de todo punto imprevistos y extraños por completo al mal, al menos en apariencia, hallaremos justificado que se piense y obre para producir artificialmente el fenómeno con fines terapéuticos, provocando lo que se llama *el absceso de fijación*; al fin otro remedio revulsivo.

(1) Parece que el papel de acarrear venenos hacia los exudados libres, pertenece á los linfocitos que en ellos se encuentran atraídos por un estímulo local de orden quimiotáxico (Sanarelli).

Abscesos de fijación.—Todos sabemos lo que es y como se lleva á cabo. Es en realidad, el antiguo fontículo vestido con ropajes modernos y presentado en el mundo actual por una serie de explicaciones en las que lo único serio y demostrado es que resulta un remedio beneficioso; todo lo demás, muy posible y hasta muy probable, no pasa de hipotético. Fochier le llama también absceso de neutralización, porque cree en la formación de sustancias vacunadoras en y alrededor del foco. Laveran y Dieulafoy piensan en un depósito y llamada hacia el mismo de los leucocitos peligrosos y le designan absceso de derivación. Para Schmitt es tan simple su manera de obrar que no se diferencia de la más vulgar ventosa.

No sólo el absceso por la trementina, sino otras aplicaciones revulsivas que originen análogos fenómenos, se pueden incluir en esta categoría. Sea por atracciones globulares, sea por fabricación de anticuerpos, sea por lo que fuere, en concepto mío, no es aventurado suponer que en estas aplicaciones se elimina algo, no por desconocido negativo, puesto que la rapidez del efecto algunas veces (1) es incompatible con fenómenos cuya evolución reclama un tiempo relativamente largo.

Para elegir aplicaciones de revulsión local, nos fijaremos en su modo de obrar y en la duración é intensidad de sus acciones. Entre los distintos medios, hay unos de efecto muy

(1) No puedo hacer aquí más que citar entre otros un caso desesperado de septicemia puerperal con endo-miocarditis visto en unión de los Doctores Zuloaga y Prada, en el que por indicación mía una revulsión hecha á título de absceso de fijación en sitio completamente extraño á toda localización del mal, fué seguida de un cambio tan rápido y favorable como inesperado, que acabó en completa curación de la enfermedad.

rápido pero muy fugaz y pasajero. La ventosa, el sinapismo y sus similares, son tipos de esta rapidez. Su empleo estará justificado cuando se busque esta condición, baste con resultados del momento, ó haya que repetir muchas veces el remedio conservando íntegro el sitio de aplicación.

Los recursos que van más allá de lo puramente congestivo, son de más duraderos efectos y se destinarán á procesos que reclamen mayor permanencia en la acción terapéutica. En esta segunda categoría, los más rápidos, el martillo de Mayor llevado hasta la ampolla, el amoniaco, el Berrojo y el lápiz vexcante, son de acción casi instantánea; los más lentos, el fontículo y el sedal, pueden sostenerse años enteros; los puntos ó botones de fuego ocupan el centro de la nutrida escala cuyos extremos quedan indicados. Para escoger en ella el más adecuado á cada caso, se pensará sobre todo en lo que supone el precio ó gasto de sus efectos, y en general reservaremos los que pudieran obrar como abscesos de fijación para gravísimas infecciones agudas, para inestinguibles supuraciones y procesos de inflamación crónica y para ciertas enfermedades como la epilepsia, la ataxia, parálisis general, etc., en que se lleva principalmente una mira de tanteo, prueba ó exploración (sedal aconsejado por Dieulafoy y muchos especialistas de enfermedades mentales).

Aunque se llamen locales á estas revulsiones, á veces, sinó generales, se hacen por lo menos muy difusas por la gran extensión en que se aplican. El baño y la sábana sinapizados, propuestos para obtener rápidas reacciones ó la reaparición de un exantema retropulso, son dos de sus formas: el baño muy caliente general, que seda y tranquiliza la excitabilidad de los centros nerviosos y congestionando

vivísimamente la piel deriva hacia ella la sangre que en exceso rellena dichos centros y sus cubiertas, es otra forma, la más eficaz sin duda, y cuya utilidad se manifiesta, sobre todo, en las meningitis agudas (1), polineuritis, etc.

Hemospasia.—Finalmente, aunque sean muy limitadas sus aplicaciones y difíciles por el instrumental que se precisa, citaré nada más, la llamada *hemospasia de Junot*, de cuya ventosa monstruo todos hemos oído hablar. Consiste el procedimiento en llenar de sangre, con aparatos neumáticos, los grandes miembros para sustraerla del resto circulatorio durante cierto tiempo, siempre transitorio y no muy largo, y devolverla después para las necesidades orgánicas. Sus indicaciones se pueden resumir diciendo que son las de la sangría general, en los casos en que las condiciones del individuo no permiten la pérdida de una sola gota del preciado líquido. Los cirujanos ingleses hacen de la hemospasia una ingeniosa aplicación. Cuando temen un accidente en la anestesia operatoria, aplican desde luego las ventosas de Junot, con lo cual retienen en los miembros gran masa de sangre, que muy retrasada en su marcha, apenas se impregna de cloroformo, para lanzarla de pronto á la gran circulación, al primer síntoma de contratiempo, á fin de diluir con ella la concentración tóxica y sus efectos, por consiguiente.

Revlusiones en el mismo foco.—Cuando la revulsión local determina el fenómeno congestivo, no á distancia, sino sobre el órgano mismo que padece, pretende sacar partido *IN SITU* del fenómeno vascular ó mejor dicho de la misma sobrecarga de sangre. Aunque datan sus aplicaciones de la más

(1) Véase el artículo del Dr. E. Cuadrado, sobre «Dos casos de meningitis cerebro-espinal aguda» en esta misma revista núm. 4, (tomo I, pág. 184).

remota antigüedad, por lo menos desde que se puso la primera cataplasma caliente, se llama hoy á esta modalidad de la revulsión, *tratamiento de Bier*, que describiré de un modo muy somero.

Este tratamiento, del que se ha querido hacer todo un sistema terapéutico, consiste en provocar una hiperemia en la región que ha de ser tratada. Dicha hiperemia puede ser venosa ó arterial según el modo de producirla. Con una y otra se pretende acumular con la sangre elementos de defensa en la lucha local: mayor aporte de anticuerpos, de leucocitos, de todo lo que circulando con ella pueda ser útil; movilizar y favorecer la producción de exudados y, cuando la congestión es venosa, hasta se piensa en el ácido carbónico como agente contrario á las bacterias de vida aerobia.

La hiperemia pasiva se obtiene por medio de ligaduras circulares entre el foco que se ha de tratar y el corazón; lo bastante prietas para que determinen una ingurgitación de las venas y capilares en forma de edema rojo y caliente, y lo bastante flojas para no llegar al edema azulado y frío. Si el foco no se presta á ligaduras, se obtiene en menor escala el mismo resultado con ventosas secas. Pueden combinarse ambos recursos á la vez. Estas aplicaciones que se repiten, se dejan en acción 20 de las 24 horas en los casos muy agudos, menos en los de marcha más lenta y muy pocas en los tórpidos y crónicos. El efecto más constante es el alivio del dolor que si tarda en venir prueba algún defecto del manual operatorio.

Los forúculos, antras, flemones, linfangitis, abscesos calientes, artritis, y otras infecciones localizadas, son tributarios, según Bier, de su tratamiento, que también es bueno para las fracturas abiertas, heridas articulares, grandes

traumatismos de los miembros y en general siempre que se sospeche la complicación infecciosa.

La hiperemia arterial se provoca con la aplicación del calor húmedo ó seco, y en forma de ducha ó chorro local de aire caliente, desde 40° hasta 110° y 115°. Sus aplicaciones son análogas á las acabadas de exponer, y parece que esta última forma dá muy buen resultado en las rigideces articulares, edemas que siguen á las fracturas, y heridas ó úlceras tórpidas y varicosas.

El método de Bier ha gozado de gran predicamento y aunque no tiene nada de despreciable no llega á lo supuesto por su autor.

Revulsiones estimulantes.—El tercer objetivo que puede perseguir la revulsión local, no tiene ya nada que ver con la sangre ni sus cambios circulatorios. El sistema nervioso es su campo de operaciones. Su finalidad, una reacción visceral obtenida á beneficio de un estímulo en la periferia, trasmitido por los nervios y trasformado por los centros en movimiento funcional.

Para manejar esta forma de revulsión nos haremos las siguientes consideraciones: todo estímulo aplicado en un territorio sensible de la periferia es trasmitido por corriente centrípeta y transformado por aparato idóneo en energía casi siempre motriz ó trófica. Representa en último término una función refleja, más ó menos complicada según la categoría del centro en que se quiebra la línea. La excitación producida por el estímulo periférico es tanto mayor cuanto más se aproxima al dolor, cuanto más repentino es su efecto, cuanto más amplía la zona sobre que se actúa, cuanto más tiempo permanece obrando, cuanto más sensible es el foco que la sufre, y cuanto más elemento mecánico ó si se quiere

traumático tiene el medio provocador (1). Sin embargo cuando por alguno de estos motivos la intensidad del fenómeno se exagera, el resultado sobre el acto final es contrario, bien por agotamiento funcional del aparato, bien porque estas grandes excitaciones despiertan los centros y nervios inhibitorios (Winternitz).

Sea porque estos estímulos periféricos al llegar al cerebro determinan en él una dilatación vascular (Leichtenstern, Schüler), sea porque excitan directamente el remanente de energía autónoma y específica de sus células, el hecho es que el efecto se traduce en el despertar de funciones apagadas. Lo mismo ocurre con la respiración, tono arterial y vigor del centro circulatorio, que sin duda reciben la excitación enviada desde los centros reflejos del bulbo, ó acaso también á través de arcos y centros mucho más cortos y bajos, dadas las amplísimas conexiones de los plexos mediastínicos.

No molestaré hablando de los casos de indicación. Desde la simple lipotimia por choque moral, hasta la más profunda conmoción del cerebro de origen traumático, pasando por los desfallecimientos momentáneos del corazón, todos los estados depresivos pueden justificarla, sirviendo para darla forma y medida las consideraciones acabadas de exponer.

SITIO DE APLICACION DEL MEDIO REVULSIVO.

—Descontando aquellos casos en que conviene obrar sobre grandes masas de sangre, y aquellos otros en que se pretende estimular extensas zonas de tegumento cutáneo, no es indiferente la elección de emplazamiento ó sitio donde localizar el primer efecto del agente revulsivo.

(1) Sin duda por eso el mejor modo de despertar del coma tífico es hacer la flagelación de la planta de los pies (A. Cortés).

Cuando éste es empleado persiguiendo la finalidad de Bier, el órgano mismo ó mejor dicho, la piel que inmediatamente le cubre, es el campo operatorio: ya hemos visto como se hace.

Cuando la revulsión derivativa ó expoliadora se desarrolla para obtener efectos descongestivos en órgano ó terreno limitado, y no podemos hacer la sustracción directa de sus vasos mismos, para elegir el sitio que á distancia se ha de utilizar, observaremos la regla general de buscar una zona de la superficie cutánea ó mucosa cuyas relaciones vasculares ó nerviosas sean estrechas con el foco del daño (1).

Se profesa en general el criterio de relacionar los órganos internos con la superficie sólo por su disposición topográfica, como si fueran simplemente capas superpuestas, y en su consecuencia, vemos muy á menudo aplicar un gran vejigatorio en el costado para un bloque de pneumonía fibrinosa. Si quien tal hace pensara en la absoluta independencia de la circulación pulmonar, no elegiría un sitio cuyos vasos, á más de carecer de conexión nerviosa con los del foco, están apartados de ellos por la enorme distancia de todo un semicircuito venoso y dos esclusas cardiacas.

(1) Hay que tener en cuenta que todos los vasos (menos los del pulmón más allá de cierto calibre) especialmente arteriales, están materialmente envueltos por una red de elementos simpáticos, en inextricable plexo que también sufren la impresión del agente y transmiten los efectos á distancia en sentido ascendente y descendente.—Esto explica que el baño frío de una mano baje la temperatura también en la otra; que frotando la axila con hielo, se anemie toda la extremidad por espasmo vascular: que el frío en los pies detenga una epístasis; que una impresión viva de calor en los genitales contraiga los vasos de las meninges: y otra multitud de curiosos hechos experimentales. (Vulpian, Oswald, Naumann, Nothnagel, Tholzan, Rudge, etc....)

¿Qué alcanzará al pulmón de la merma de sangre que pueda entretener el vejigatorio? Hé aquí una de las causas del descrédito en que ha caído un remedio que en otras condiciones puede ser útil; por ejemplo, si el daño está en la pleura, en los ganglios, en el mediastino y hasta en los bronquios mismos, porque en estos órganos hay conexiones vásculo-nerviosas nacidas de la relación existente entre los sistemas ázigos, las arterias del mediastino y la circulación parietal, y estos detalles influyen mucho en el resultado. Hay que pensarlo bien.

En la imposibilidad de reseñar zona por zona lo que á cada órgano corresponde, indicaré unas pocas de las principales. La apofisis mastoide para el ojo. La región retromaxilar y su ángulo inferior para el cerebro (?) meninges (?) amígdala, faringe, boca y senos naso-maxilares. La parte antero-inferior al antitrago para el oído externo y medio. El espacio hiotiroideo para la laringe. La parte alta del interescapular para los bronquios gruesos, hileo pulmonar y órganos mediastínicos. La mitad inferior de ambas espaldas para los medianos y finos bronquios. La región precordial para el pericardio. La lumbar y triángulo de Petit, para el riñón. La ingle para el ciego, apéndice, ese del colón y órganos funiculares. Y el ano para el hígado (1) y órganos genito-uritarios contenidos en el vacinete. Los demás órganos pueden casi todos ser atacados sobre su correspondiente zona topográfica, y los troncos nerviosos en los puntos más superficiales y menos protegidos de su trayecto.

(1) La vesícula biliar, responde mejor á la revulsión sobre su zona.

GASTO QUE HACE LA REVULSION AL ORGANISMO.—Hasta aquí hemos visto las ventajas de la revulsión; el anverso de la medalla: falta ver si tiene inconvenientes; hay que mirar el grabado del reverso. La revulsión por de pronto, y en otro lugar queda dicho, es siempre una exacción, un dispendio para el organismo. Representa un gasto de variable pero de positivo valor, cuyo alcance se ha exagerado.

Por tres conceptos pueden ser nocivos ó deprimentes los efectos de la revulsión sobre el organismo, de un modo primitivo ó secundario. Por el daño material ó situación anómala que crean en el órgano ó sitio de su inmediata aplicación. Por la influencia depresora del dolor y el desgaste nervioso producido por la tensión artificial de un estímulo, largo tiempo sostenido. Y por la pérdida directa de líquidos y elementos nutritivos necesarios al sostén del funcionalismo orgánico.

El primer motivo de inconvenientes es graduable y se puede, en general, prevenir de un modo seguro. Pensemos para ello que las puertas que se abren á la infección se pueden cerrar muy bien con la antisepsis; que puede ser de absoluta necesidad conservar entera y sana tal ó cual zona de la piel, y que si el sitio en que aplicamos el agente revulsivo está ya enfermo por otro motivo, podremos agravar su situación de un modo innecesario y acaso peligroso. Si tenemos en cuenta estas consideraciones y desinfectamos cuidadosamente la piel en que pueden hacerse soluciones de continuidad en su barniz epidérmico, si respetamos los sitios en que una probable operación quirúrgica haya de exigir la absoluta integridad del tegumento, y si no purgamos, en fin, un intestino ulcerado ó congestionamos una piel

eczematosa, nos pondremos á cubierto de todo perjuicio que por el primer concepto pueda sobrevenir.

El concepto segundo de desgastes es menos graduable, sí, pero, á parte de excepciones individuales, es poco atendible en cambio. Unicamente las edades extremas de la vida, la niñez más tierna y la senilidad más caduca, nos proporcionan tipos en que el dolor puede agotar un organismo cuya resistencia nerviosa es mínima. Si á esta clase de enfermos añadimos otros pocos, cuya excepcional situación de marasmo, pobreza, debilidad ó aniquilamiento, es tal, que les pone en inminencia sincopal (situación delicadísima de algunos cardiacos, especialmente de proceso inflamatorio agudo) fuera de ellos, todos los demás enfermos que precisen revulsión, habrán de preocuparnos por lo que afecta al dolor, sólo en el sentido de que todo sufrimiento que sin necesidad se provoca, es una crueldad incompatible con la consoladora misión del médico.

Y llegamos á la cuestión batallona de la pérdida material de sangre. Reconozcamos que hay hoy verdadero horror á derramarla, sobre todo en la práctica urbana donde, dígame lo que se quiera, no faltan enfermos tan vigorosos como los campesinos y que son, sin embargo, para estos efectos medidos por el rasero general. Si los cirujanos hubieran participado de ese horror no estaría á la altura que está la cirugía contemporánea que, triunfal y avasalladora, no desciende á medir la sangre sacrificada en enfermos que los más la tendrían en defecto y no de sobra. Este hecho debe tener para el médico todo el valor de una lección práctica y animarle, quitarle el miedo, á unas pérdidas que, á más de ser del todo y exactamente graduables, demuestra la experiencia que en otras manos que no se detienen mucho á economizarlas

carecen de la exagerada importancia que las ha hecho atribuir, la teoría, ó mejor dicho, la moda de las anemias.

Creo que los modernos estudios sobre la tensión arterial y las consecuencias de los estados hipertensivos, habrán de influir mucho en el porvenir de la terapéutica expoliadora, en el sentido de ampliar sus indicaciones, abriendo de nuevo á la sangría un camino que ha cerrado una reacción tan irracional como el abuso que la precedió. A mí me parece que las indicaciones son muy claras y, sabiendo adaptar la forma y medida á la situación individual, no pueden surgir otras dudas que las que produzcan las vacilaciones diagnósticas, porque las relativas á edad, aniquilamiento, etc., bien rotuladas las tiene el sentido común, sin esperar á que el arte dé sus reglas para poderlas distinguir.

Antes de acabar este asunto he de decir algo sobre un medio revulsivo que hoy sufre persecución de justicia, puesto que ha descargado sobre él una lluvia tal de recriminaciones tan tocadas de exageración, ya que no falsas, que amenazan con borrarle de los libros de la terapéutica, como cosa siempre nociva y jamás y por ningún concepto utilizable.

Desde que en 1874 Laborde y Galippe presentaron á la Sociedad de Biología una comunicación relativa á sus experimentos sobre la acción de la cantárida en los perros, empezaron á señalarse los inconvenientes de este recurso farmacológico. Su influencia sobre el riñón y todo el tramo de excreción urinaria ha sido considerada desde entonces como absolutamente nociva en todos los casos. El hecho de que denude de epidermis la zona de su aplicación, se considera también perjudicial en el sentido de abrir vías de ingreso á la infección que cuando menos produce la supuración del

foco y brote ulterior de forcínculos y abscesos de la piel. La extensión cutánea que temporalmente inutiliza es tomada como una merma á la necesidad de la respiración superficial, y por último, el dolor de la vesicación y curas, conduce á desgastes y agotamientos nerviosos. Como se vé, en todo se encuentran inconvenientes, siendo el más temible la nefritis sobreaguda con anuria fatal.

Debemos reconocer que en todo ello hay un fondo de verdad; pero debe concedérsenos también, que aparte de alguna excepción, caso de verdadera idiosincrasia, manejado este recurso vesicante con la moderación y precauciones debidas, ni se pasa de una ligerísima irritación, de un catarro fibrinoso de las mucosas urinarias pasajero y fugaz dentro de las 24 horas, que tampoco es de rigor encontrarle todas las veces, ni dejan de ser prevenibles los demás inconvenientes del remedio.

Abstengámonos de emplear la cantárida en casos en que una lesión renal, una albuminuria, ó la presencia de sangre ó pus en la orina, nos haga sospechar un daño en ese aparato de depuración, sin que por eso olvidemos que en alguna ocasión siquiera sea muy poco frecuente, pueden las cantáridas ser un recurso cuya acción directa sobre el riñón enfermo se utiliza como diurético extremo en los estados avanzados de insuficiencia por esclerosis renal. Procuremos desinfectar cuidadosamente la región en que se aplica el remedio y mantengamos protegida con cura adecuada la superficie indefensa: no quitemos jamás el epidermis levantado, para ahorrar el principal elemento de dolor, y por fin mantengamos la aplicación no muy extensa el tiempo puramente indispensable para obtener el efecto convenido y restar de ese modo tiempo y superficie á la absorción y al

trabajo de escarificar en profundidad cutánea: y en el último de todos los casos, prescindamos de las cantáridas y echemos mano de otros vesicantes, si creemos que la indicación debe llenarse y el coleóptero resulta peligroso.

No es querer luchar contra la corriente; pero si en alguna ocasión y para el tratamiento de una enfermedad se presenta la indicación de establecer un movimiento vascular derivativo y la conveniencia de eliminar al mismo tiempo, algo de eso que no conocemos, pero que parece justificable del absceso de fijación, pensemos que el vejigatorio en sí sólo puede reunir las dos acciones de una manera rápida y enérgica y no olvidemos á la vez que todos los remedios tienen sus inconvenientes que bien conocidos pueden subsanarse y que el mayor de todos ellos es la aplicación desmedida ó inoportuna hasta de las cosas más inocentes y vulgares.

Y basta por ahora con este tema.

UN CASO DE PARALISIS DE LANDRY CONSECUTIVO AL SARAMPION

POR

JOSE QUEMADA RODRIGUEZ

MEDICO DE RUEDA

Ofrece la observación clínica en determinadas ocasiones sorpresas tales, que llevando la vacilación y la duda al ánimo del médico pueden muy bien fomentar, hasta cierto punto, el escepticismo científico de no confortarse aquél con el continuado estudio de la Patología, indispensable hoy más que nunca al médico práctico, dada la multiplicidad de los conocimientos médicos modernos que aseveran, con más razón que nunca, el *ars longa y judicium difficile* del famoso aforismo hipocrático. Y si esto ocurre en la diaria observación de casos morbosos conocidos y fácilmente diagnosticables, el juicio clínico se ve más gravemente comprometido cuando la repetición de una modalidad patológica cualquiera, constituyendo una epidemia, hace prejulgar al médico la presentación de un nuevo caso hacia la variedad morbosa reinante, sin tener muchas veces en cuenta que aquel nuevo elemento que á su observación se presenta puede muy bien variar en su cuadro sintomatológico, complicarse con variantes desconocidas en sus terminaciones y en su curso, y confundir un diagnóstico, si se desconoce la complicada trama de su desenvolvimiento morboso.

Son principalmente las infecciones las enfermedades más propicias á esta clase de sorpresas, y dentro del grupo de las infecciones lo son en más alto grado aquellas que tienen una manifiesta predilección á repercutir sobre el sistema nervioso, originando un cuadro sindrómico que radicando, ya en el cerebro, ya en la médula (sin determinar acaso lesiones materiales en estos centros nerviosos), complican, confunden y hasta equivocan el juicio clínico de un hecho patológico desenvuelto hasta entonces con toda la perfecta armonía de una entidad nosológica conocida y determinada, originando en consecuencia un trastorno considerable en el cuadro patológico que desde que varió hacia la que pudiéramos llamar *secuela nerviosa* del mismo, desvió su curso haciendo más difícil y más complicado el tratamiento de la infección causal que antes considerábamos fácil de combatir.

Frente á uno de estos hechos patológicos y con motivo de una considerable epidemia de sarampión padecida en la terminación del año anterior en esta villa, (en la que dicho sea de paso, se ofrecieron diferentes variedades de infección morbiliosa) nos hemos encontrado, teniendo ocasión de comprobar, un nuevo caso de Parálisis de Landry, que por lo poco frecuente (etiológicamente considerado), creemos digno de la publicidad, suplicando á los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA, encuentren en la oscuridad existente respectó á la enfermedad que nos ocupa, las dificultades que para historiarla se nos presentan, ya que desde Landry, en 1859, que inició su estudio, hasta Marinesco y Oettinger, Raimond, Westphal y Rellich, con otros muchos que la continuaron, no se ha encontrado aún una fórmula exacta que satisfaga las exigencias de la clínica para explicar el

origen infeccioso, ó mejor tóxico-nervioso, sintomatología, anatomía patológica, curso y tratamiento de una afección hasta el día poco conocida.

Nos concretaremos, pues, á relatar el nuevo caso de un proceso patológico, relativamente poco frecuente, como derivado de la infección morbillosa.

Teófilo Tapia Fernández, de doce años de edad, sin antecedentes patológicos dignos de mención, presenta el día 9 de diciembre próximo pasado, los síntomas prodrómicos del sarampión, comprobándose en el primer examen el signo de Kaplik (enantema) al que en los dos días siguientes confirma un exantema sarampionoso intenso, siendo acompañado de fiebre $39^{\circ},5$, coriza, lagrimeo y catarro bronquial intenso. A los cuatro días (15 de diciembre) el exantema palidece, desciende la fiebre y mejoran gradualmente los demás síntomas, que desaparecen por completo en el transcurso de ocho días desde su comienzo, al cabo de los cuales el enfermo entra en un período de franca convalecencia.

El día 25 de diciembre, este estado es interrumpido por dolores intensos en la extremidad inferior izquierda, excitación cerebral, insomnio *y cierta dificultad en la emisión de la palabra*, que en los primeros momentos hace pensar en afasia de origen cerebral.

Al siguiente día se puede comprobar cierto grado de paresia de la extremidad inferior izquierda, notándose, á la vez, que la pretendida afasia obedece á la dificultad en los movimientos de la lengua, la que no puede el enfermo proyectar fuera de la boca, coincidiendo con este síntoma dificultad manifiesta á la deglución. Existe integridad del sensorio como lo prueba el hecho de contestar el enfermo por señas á nuestras preguntas, acompañando su mímica de

copioso llanto por la imposibilidad en que se encuentra de hablar. En el espacio de 48 horas, la paresia de la extremidad inferior izquierda invade también la derecha y ambas extremidades se encuentran en flexión, la pierna sobre el muslo y éste sobre el vientre. Es de notar que á estos síntomas no acompaña fiebre, siendo también normal el número de pulsaciones. La sensibilidad ha disminuído considerablemente en las extremidades paralizadas y los reflejos se hallan casi abolidos. Un día después, la parálisis se extiende primero al brazo derecho y á las pocas horas al izquierdo, coincidiendo con esta propagación, la presentación de *contracturas dolorosas* en todos los miembros paralizados, cambiando el aspecto de la parálisis hasta entonces flácida y empiezan á notarse fenómenos de parálisis vesical y rectal que motivan la emisión involuntaria de orina y de materias fecales.

Todo este alarmante cuadro morboso hace pensar en una grave afección medular, probablemente inflamatoria, aunque la ausencia de fiebre y demás síntomas que con las mielitis coinciden, hacen vacilar nuestro diagnóstico, buscando en los antecedentes de la infección morbiliosa, recientemente padecida por el enfermo, la explicación posible de su estado, atribuyéndolo, con el parecer de otro compañero, á un nuevo caso de *parálisis ascendente aguda* ó de Landry.

Después de recomendar las fricciones á lo largo de la columna vertebral con el unguento de Credé (á base de colargol), en cuya eficacia no abrigábamos grandes esperanzas, y de procurar cierta derivación intestinal por los calomelanos (suspendidos desde el momento en que se inició la parálisis rectal), ante la sospecha de un proceso flogístico de la médula ó de sus cubiertas, convinimos en la necesidad de

practicar una extensa revulsión ígnea en toda la longitud del raquis, y previa anestesia local con el cloruro de etilo, medio de tratamiento á que el enfermo se sometió docilmente. Recomendamos, á la vez, como medio eliminador, el uso del yoduro potásico (solución al 5 %—2 cucharadas al día).

No esperando un retroceso de los síntomas paralíticos tan rápido y beneficioso en tan breve plazo, nos vimos agradablemente sorprendidos á los cuatro días con una mejoría manifiesta. Empezaron por retrogradar primeramente los fenómenos parésicos de la lengua, hasta restablecerse poco á poco en el enfermo el uso de la palabra. Sucesivamente fueron cediendo los demás síntomas, desaparecieron las contracturas, se normalizaron los reflejos, cedieron las parálisis vesical y rectal, y gradualmente y por el orden de aparición fueron cediendo la parálisis de las extremidades, primero en la pierna izquierda, luego en la derecha y por último en los brazos, hasta adquirir el restablecimiento completo el enfermo en el espacio de veinte días, al cabo de los cuales abandonó la cama completamente restablecido, no habiendo quedado huella ni estigma alguno en el enfermo que recuerde la grave afección por él sufrida.

Préstase el caso reseñado á determinadas consideraciones clínicas, ya que en su origen y desenvolvimiento han existido variaciones poco frecuentes en la enfermedad de Landry que, como la naturaleza morbiliosa y, entre los síntomas, el presentarse contracturas dolorosas acompañadas de paresia vesical y rectal, no entran en el cuadro sintomatológico de *la parálisis ascendente aguda* más que como modalidades raras de una enfermedad, á la cual consideramos, más que como *entidad morbosa aislada*, como *un síndrome clínico acomodado á localizaciones anatómicas nerviosas variables*.

LA EXPECTACION EN OBSTETRICIA

POR EL

DR. PEDRO ZULOAGA

Lector: Si conoces á fondo la obstetricia, no leas este artículo, te parecerá vulgar; si eres partidario de que se oculten misteriosamente los fracasos, no sigas adelante, mi trabajo te parecerá osado; si crees suficiente sólo la práctica de unos cuantos casos en los que la sabia naturaleza veló por tu prestigio al mirar por la vida de tus parturientes, cierra la revista, te parecerán mis renglones la obra de un pretencioso; pero, en cambio, si eres de los que esperan *la redención de la clase médica por los senderos de la ciencia*, sigue adelante y no temas, que aun cuando entre las ramas de la medicina sea la obstetricia la más perfecta, no somos aún perfectos los tocólogos, y no habrá siquiera uno que ose lanzar la primera piedra por considerarse libre de pecado. Yo de mí puedo decirte que al fracasar aprendí mucho más que con los éxitos, y que esta enseñanza me anima á publicar mis impresiones, sin más finalidad que la de serte útil, ni más pretensión que la de que las creas honradas.

*
* *

Difícil es exista un médico que haya ejercido varios años y que no posea entre sus hechos clínicos algún caso tocológico extraordinario; y es mucho más extraordinario aún,

que siendo la obstetricia la asignatura que menos prácticamente se aprende en nuestras escuelas, sea la rama médica que más *triunfos* proporcione, siquiera estos *éxitos operativos*, no sean con frecuencia confirmados por el *éxito clínico*, que es, después de todo, el *único éxito verdad*.

Pero sea por lo que sea, el hecho es éste, y este hecho, nímio al parecer, nos enseña que el parto como función fisiológica se cumple generalmente por sí solo y que en la mayoría de los casos nuestra conducta debe ser pasiva por completo: que en las distocias dispone hoy día el tocólogo de medios y recursos suficientes para poder casi asegurar «*que ninguna mujer sana morirá de parto*»; y que el cincuenta por ciento (?) de los casos complicados ó no resueltos es debido á impericia, aturdimiento, negligencia ú osadía del que asiste.

¿Quién no conoce algún caso de aplicación de forceps con cuello no dilatado lo suficiente; de presentación de tronco en que se amputó el brazo al feto después de tracciones violentas, ó en que se buscaba una versión espontánea activando más y más las contracciones uterinas con cornezuelo de centeno hasta determinar la rotura del útero; de embriotomías hechas con los *hierros de la fragua*; de placenta retenida durante semanas y expulsada en trozos pútridos en medio de una infección grave, *sin que la enferma muriese*; de muertes por hemorragia interna en las que el médico se conformó con la *expectación armada* por no ver salir sangre por el canal genital, y de mil y mil accidentes obstétricos, afortunados ó adversos, en los que el médico intervino á destiempo, ó intervino sin necesidad, ó intervino mal, ó no intervino? Y no digo nada de las muertes de fetos durante el trabajo, pues aun cuando los tocólogos modernos se diferencian de

los antiguos en el mayor cuidado que ponen en beneficio del hijo, estas doctrinas han arraigado aún muy poco entre los médicos, la generalidad de los cuales prescinden en absoluto de *este pequeño detalle* y salvando á la madre creen cumplida su misión.

Es tan fácil evitar todo esto, en la mayoría de los casos, que bien vale la pena de que la prensa médica se ocupe del asunto en sus distintos aspectos. Y digo la prensa médica, porque entiendo que en las revistas profesionales, más que artículos doctrinales que no hagan sino repetir lo que en las obras se dice, sin añadir nada nuevo, nada propio, deben aparecer de preferencia, aparte de los hechos clínicos personales, trabajos sobre diversos asuntos médicos, en los que, aún cuando no se diga más que lo que las obras clásicas enseñan, se traten todas estas cuestiones con sabor más clínico, más práctico, más personal y hasta, valga la frase, más vulgar.

Yo, que así pienso, quiero tratar de esa manera algo y aun algo que la experiencia de los partos me ha enseñado, y prometo ir desarrollando en artículos distintos mi modo de pensar acerca de diversos asuntos obstétricos, que creo de la mayor importancia para la práctica diaria de los partos; sin perjuicio de añadir alguna otra cuestión que mis lectores me indiquen y cuya indicación muy de veras les agradecería.

*
* * *

En la conciencia de todo médico existe el convencimiento de que el secreto en los partos es SABER ESPERAR; pero he podido convencerme de que no hay unanimidad de criterio acerca de lo que la frase SABER ESPERAR significa. Hay quien

la interpreta como sinónima de esperar sistemáticamente hasta que el parto se realice, y hay quien piensa que SABER ESPERAR no es otra cosa que conocer *científicamente* cuándo, porqué y cómo debe esperarse y cuándo, porqué y cómo no debe esperarse. Yo que crec es así como debe interpretarse el saber esperar, tengo el convencimiento de que en gran número de casos desgraciados el médico contemporizó con el peligro esperando demasiado, (¡es tan cómodo decir que nada puede hacerse cuando una mujer está embarazada!) y que en otro número no menor el médico hizo mal al precipitarse en el obrar, dejándose llevar, con buen deseo, por impaciencias peligrosas, (¡es tan sugestivo hacer tracciones de un pie en una presentación podálica!)

Quedamos, pues, en que para SABER ESPERAR es necesario, en primer lugar, pensar en cada caso, para deducir porqué y cómo debe ó no debe esperarse.

Ridícula sería mi pretensión si tratase de enumerar los casos en que el médico debe esperar y los en que debe intervenir; sería mi trabajo un tratado completo de indicaciones y contraindicaciones obstétricas, muy extenso y detallado, tal vez, pero muy poco clínico; quizá de mucha erudición, pero inútil en absoluto.

Encuentro preferible conversar amigablemente con mis lectores acerca de hechos generales, de los que puedan deducirse aplicaciones prácticas para cada caso concreto. Más aún: como en esta misma Revista publiqué ya algo acerca de «lo que no se debe y lo que se debe hacer en los abortos» (1) me limitaré hoy al capítulo parto exclusivamente.

(1) Véase LA CLÍNICA CASTELLANA. Tomo I, págs. 362 y 425.

Ya sabes lector amigo, que el parto es un acto mecánico y dinámico á la vez, y, por tanto, que la patología del parto es debida á anomalías en la mecánica ó en la dinámica obstétrica. Sabes también, pues lo dicen todos los libros, que las anomalías en los anejos del feto, pueden también oponerse al fisiologismo del parto. Por lo tanto, para mejor exposición de los hechos de que hoy hemos de hablar, aceptemos la siguiente división: 1.º alteraciones en la mecánica obstétrica; 2.º alteraciones en la dinámica; 3.º alteraciones en los anejos ovulares.

1.º ALTERACIONES EN LA MECÁNICA OBSTÉTRICA.—Es de todos sabido, que para que el parto pueda verificarse normalmente es indispensable que exista la debida proporción entre los diámetros mayores del feto y los del conducto genital, y que durante los distintos períodos del parto se vayan adaptando dichos diámetros fetales á los maternos. Pues bien; en todos aquellos casos en que falte esta proporcionalidad, no sólo es inútil sino contraproducente el esperar; y más contraproducente aún, pretender suplir la falta de proporcionalidad de diámetros con aumento de las potencias, ya sea buscando aumento de las contracciones uterinas, ya sea practicando tracciones sobre el feto, más irracionales y perjudiciales cuanto más violentas. A nadie se le ocurriría pretender sacar una viga atravesada por una puerta, enganándola una yunta de bueyes para que de ella tiren, y sin embargo, es muy triste confesarlo, hay quien en una presentación de tronco da cornezuelo de centeno, ó tira del brazo procidente, buscando acaso las *evoluciones espontáneas*, de que hablan los libros y de las que no debían acordarse los médicos más que para saber que *hasta en los casos en que nuestra ignorancia no sabe resolver los conflictos,*

podemos esperar un milagro de la sabia naturaleza, si con nuestra torpe conducta no laboramos en contra.

Es pues indispensable que en todo parto, averigüe el médico si hay ó no la proporción debida entre los diámetros del feto y los del conducto genital, y si la desproporción, cuando la haya, es transitoria ó permanente y relativa ó absoluta.

En los casos de *desproporción absoluta y permanente* será inútil esperar, pero en cambio, en los de desproporción transitoria puede á veces esperarse (dilatación lenta del cuello en que se mantengan las energías uterinas y no peligre el feto). Sin embargo, por regla general, aun en estos casos podemos hacer nosotros mucho en beneficio de la normalidad del parto. Por ejemplo: en los casos de vejiga distendida, hasta el punto de crear obstáculo al encaje ó avance fetal, y aun de producir atonía del útero, un sencillo cateterismo vesical puede librar á la parturiente de graves accidentes y favorecer la pronta y feliz terminación del parto.

En los casos de *falta relativa de proporcionalidad* puede y debe el médico restablecer la proporción necesaria para que el parto se verifique sin inconvenientes, pero si no está seguro de lo que *debe hacer* y de *saber hacerlo*, vale más que *sepa esperar*. Por ejemplo: En las occipito posteriores persistentes, es á veces muy sencillo poder convertirlas en anteriores favoreciendo con la mano la rotación del occipucio hacia la sínfisis, pero si en lugar de esto, por inexperiencia, se hace *la ayuda* en mal sentido y se lleva el occipital hacia el sacro, en posición *occipito sacra*, se ha convertido el parto en distócico. Otro ejemplo: En el parto de nalgas es hoy regla general esperar la expulsión espontánea, pero puede ocurrir á veces que por peligros para la madre (eclampsia,

inserción viciosa de placenta, cardiopatías) ó para el feto (prociencia de cordón, trastornos circulatorios) sea preciso practicar la extracción manual; pues bien, en el caso en que se pueda fácilmente coger los dos pies del feto, se habrá conseguido el *desideratum*; pero si no es posible coger más que uno, es de absoluta necesidad saber si el cogido es el bueno (anterior) ó el malo (posterior) ya que en el primer caso es suficiente para hacer la extracción en excelentes condiciones, y en cambio si es el posterior hay necesidad de ir á por el otro; porque así como las tracciones hechas sobre el miembro anterior no sólo son favorables al encajamiento en el estrecho superior sino también á la pequeña rotación de encajamiento en el estrecho interior y pelvis blanda, las ejercidas sobre el posterior, «atraído fatalmente demasiado adelante, á causa del periné y del coxis, tienden á exagerar la mala inclinación de la pelvis fetal, alejando la cadera posterior de la concavidad sacro-iliaca, donde encontraría tanto sitio, propulsando aún más la cadera anterior y su miembro flexionado, que ya sobresalían del pubis» (Farabeuf y Varnier). Es decir, que dichas tracciones sobre el miembro posterior son perjudiciales por acabargar al feto sobre la sínfisis de la madre, imposibilitando el parto. Por los datos que el tacto nos suministra respecto á la punta del pie, orientación de su planta y borde interno (que se conoce por el dedo gordo), es fácil averiguar si el pie cogido es ó no el anterior.

Concretando: la conducta del médico, por lo que á la alteración de la mecánica obstétrica se refiere, se basará, en primer lugar, en el conocimiento de la integridad anatómica y fisiológica de la madre, en el de la conformación fetal y en el de la presentación y posición de que se trate, y, después, en el conocimiento del mecanismo del parto en

cada posición, lo cual, si no se sabe, es fácil aprenderlo en los libros.

2.º ALTERACIONES EN LA DINÁMICA OBSTÉTRICA.—Todos los actos del parto, tanto los de la dilatación del conducto genital, como los de propulsión, avance, rotación y expulsión del feto, son debidos principalmente á las contracciones uterinas. Pues bien, pueden existir anomalías en dicha contracción, por exceso, por defecto, por ausencia y por irregularidad. Es más, la contracción uterina debe ser proporcional al obstáculo que ha de vencer en cada caso, y por tanto es casi imposible hablar en términos absolutos de exceso ni defecto de la contracción, toda vez que la que en un caso determinado sería suficiente, podría en otro caso ser tachada de débil con razón. Es pues al práctico al que toca resolver en cada caso si las contracciones son ó no *normales*, es decir suficientes, para cumplir la misión á ellas confiada, sin olvidar que el músculo uterino también agota á veces todas sus energías, incluso las de reserva, dando lugar á atonía uterina más ó menos duradera. No debe tampoco olvidarse que estas contracciones para ser eficaces han de ser intermitentes, por ser regla general en fisiología, que toda fibra muscular precisa descanso proporcional al esfuerzo realizado, y, por tanto, cuando el útero no repara las energías gastadas durante la contracción se agota más pronto y cae en estado de inercia.

En los casos en que el médico diagnostique exceso en las contracciones uterinas, debe tratar de averiguar si será este exceso debido á obstáculos que se opongan á la buena marcha del parto, para no esperar no sólo inútilmente sino con perjuicio, y decidirse á hacer desaparecer dichos obstáculos. Si esto no ocurre, claro está que el parto terminará rápidamente si no nos oponemos, como es nuestro deber, para

evitar rasgaduras del cuello, vagina y vulva, punto de partida, á veces, de complicaciones graves. No debemos tampoco olvidar que cuando la contracción es continua, casi tetánica, no sólo no se aprovecha, ya que para el avance fetal es preciso la intermitencia de la contracción, sino que por interrupción de la circulación placentaria, puede sobrevenir la axfisia intrauterina del feto: y que en todos los casos de exceso de las contracciones uterinas es fácil se presenten metrorragias del alumbramiento por inercia secundaria: más aún, que á veces la intensidad del dolor es causa de trastornos psíquicos.

Debemos pues en estos casos atenuar las contracciones por medio de cloral, pantopón, morfina y atropina, morfina y escopolamina, y aun con cloroformo; y si, á pesar de estos recursos, vemos que la salida del feto va á ser tan brusca que no de lugar á que la dilatación vulvo-vaginal sea suficiente, para evitar desgarros acudiremos á las incisiones liberatrices (episiotomía) que suturaremos inmediatamente después de terminado el parto. Es también conveniente en estos casos, á fin de suprimir los esfuerzos que haga la mujer en el período de expulsión, aconsejarla que permanezca con la boca abierta durante todo el tiempo que la contracción uterina dure.

Cuando existe defecto ó ausencia de las contracciones, es indispensable averiguar el periodo en que el parto se encuentra: si es al comienzo y la bolsa de aguas está íntegra debe esperarse, ya que ningún peligro amenaza á la madre ni al hijo. Si nos encontramos en el período de dilatación y hay integridad de bolsa de aguas, esperemos, á no ser que reconozcamos como causa de la atonía el exceso de distensión de la matriz (hidramnios), en cuyo caso la rotura

artificial de membranas resolvería el conflicto. Sin embargo, cerciorémonos muy mucho antes de hacerlo de que es el hidramnios la causa de la atonía, y de que la presentación fetal está encajada, pues de lo contrario, á más de exponer á la mujer á la infección amniótica, puede prolapsarse el cordón y peligrar la vida del feto. Siempre que la atonía se presente en el período de dilatación y esté rota la bolsa de las aguas no debe esperarse, y menos aún si dicha atonía se presenta en el período de expulsión, en el que puede peligrar la vida del feto y la integridad véxico-vaginal ó recto-vaginal de la madre. Lo mismo digo en el alumbramiento, de que hablaremos luego.

Una vez decididos á no esperar ¿qué haremos? Prescindiendo del azúcar, canela y demás *remedios caseros*, algún día tan en boga y de tan dudosa utilidad, y de las irrigaciones vaginales calientes, que á veces dan resultado en el período de dilatación, forzoso será que nos detengamos un momento á discutir la tan debatida administración de cornezuelo de centeno. Es indudable que este medicamento aumenta de un modo notable las contracciones uterinas, pero no debemos olvidar sus dos grandes inconvenientes; *Muerte del feto por trastornos en la circulación placentaria, y engatillamiento de la placenta*. Esto basta para que se le contraindique en absoluto, pues aun cuando Olshausen, Bumm, Alfhel y otros autores alemanes lo usen al final del período de expulsión, ellos, *grandes tocólogos*, podrán hacerlo, estando preparados á intervenir rápidamente, cuando por auscultación aprecien que el feto peligrá, ó antes de que se engatille la placenta.

Insisto, pues, que los médicos generales no lo deben usar jamás, y añado que tampoco los grandes tocólogos, ya que

hoy día disponemos de un recurso tan precioso para reforzar las contracciones uterinas como el extracto de hipófisis (Pituitrina). Después del caso que publiqué (1) lo he empleado en otro con tan excelente resultado, habiendo comprobado su eficacia é inocuidad, fácil alumbramiento é insignificantes pérdidas. En cambio en un caso de retención post-abortiva no dió resultado alguno.

Por tanto; en los casos de atonía uterina, durante el período de dilatación, si fracasan las irrigaciones vaginales á 50°, inyección de 1 c.c. de *pituitrina*: y en el período de expulsión, si fracasa el masaje uterino, *pituitrina*.

En los casos de *irregularidad de las contracciones* (contracciones convulsivas ó *tétanos* uterino), es indispensable averiguar primero la causa á que es debida. Si depende de alteración en la mecánica obstétrica (presentaciones viciosas, estrechez pélvica, rigidez del cuello) intervenir, obrando según los casos, *pero siempre después de que haya cesado la contracción tetánica, pues toda maniobra intrauterina estando tetanizada la matriz produce con facilidad una rotura extensa del útero*. Usaremos, pues, enemas laudanizados ó inyecciones de morfina, y si hay que intervenir lo haremos bajo anestesia clorofórmica.

Si el *tétanos* uterino es debido, como con frecuencia ocurre, al *abuso* del cornezuelo de centeno darán buenos resultados la morfina y el cloroformo.

Los baños generales están contraindicados á causa de no poderse dar en agua esterilizada, y por que, aun cuando se haga á la parturiente un taponamiento vaginal, la gasa ó el algodón con que se hiciese, por absorción, dejaría pasar agua

(1) Véase LA CLINICA CASTELLANA, tomo IV, núm. I, pág. 42.

no esterilizada al aparato genital, pudiendo dar lugar á infecciones.

3.º ANOMALÍAS EN LOS ANEJOS OVULARES.—Los anejos ovulares pueden á veces oponerse seriamente al fisiologismo del parto. El hidramnios muy acentuado puede determinar en el momento del parto una rápida anemia cerebral por *ex-vacuo*, si al romperse la bolsa de las aguas se vacía el líquido de repente; para evitarlo debe el médico practicar la rotura artificial de membranas, lo más alto posible, y haciendo muy pequeña la perforación para que el derrame del líquido sea lento, y, si así no lo consiguiese, oponerse á su salida brusca, bien con la mano ó mejor con el balón de Charpentier.

Además, siempre que haya hidramnios debe vigilarse el alumbramiento para evitar hemorragias por inercia secundaria. *No debe esperarse* en los casos en que al iniciarse el período expulsivo permanezca aún intacta la bolsa amniótica, pues puede, por atirantamiento de las membranas, sobrevenir desprendimiento parcial de la placenta con hemorragia grave: en estos casos se practicará también la rotura artificial de membranas.

El cordón umbilical, por su cortedad real ó producida por circulares ó vueltas al rededor del feto, puede oponerse á la expulsión del mismo, ó romperse, ó determinar desprendimientos placentarios, ó inversión uterina; á fin de evitar tales accidentes se debe, en cuanto sea posible, coger el cordón con dos pinzas hemostáticas cortar entre ambas y extraer rápidamente el feto. Si existe procidencia ó prolapso del cordón y éste ya no late, debe esperarse, puesto que esta complicación no acarrea perjuicio más que al feto, pero si late debe reducirse la procidencia ó, si esto no es posible, terminar rápidamente el parto,

Una de las complicaciones obstétricas más graves, hasta el punto de constituir la preocupación actual de todos los tocólogos, tanto en congresos como en revistas de la especialidad, es la producida por las inserciones anormales de la placenta. Conviene al médico conocer que en las placentas previas laterales, que son las de menor importancia, la metrorragia no se presenta sino en el mismo momento de la dilatación uterina, en tanto que en las marginales suele presentarse durante el último mes del embarazo, y en las centrales, que son las más graves, se inicia por regla general en el séptimo y más rara vez en el sexto y en el octavo.

Cuando esto ocurra, el médico práctico debe *saber esperar*: para ello averiguará si el cuello está cerrado ó dilatado, y las membranas íntegras ó rotas, para obrar según los casos. Cuello cerrado y membranas íntegras: Reposo, irrigación vaginal antiséptica á 50.º y, si no basta, taponamiento vaginal con gasa ó balón de Charpentier, rotura artificial de membranas, inyección de pituitrina, ó *histerectomia vaginal ó abdominal*. Cuello abierto y membranas íntegras: rotura de membranas, pituitrina, y, si no cede la hemorragia, versión podálica. Si la hemorragia se presenta el séptimo mes y se consigue (lo que es fácil) cohibirla sin romper las membranas, será conveniente que el médico poco versado en la gran cirugía obstétrica aconseje á la enferma vaya á un hospital ó sanatorio donde, si es preciso, puedan hacerla con garantías la cesárea.

Cuentan del célebre Dubois que tuvo tal horror á las hemorragias del alumbramiento que estuvo á punto de renunciar á la práctica de los partos, con la que alcanzó tan justo renombre, y cualquier médico, por poco avezado que esté en esta rama de la medicina, habrá podido apreciar lo grave de

estos accidentes. Claro está que ante un caso de esta naturaleza nadie espera, pero al disponerse á intervenir debe saber lo que debe hacer. Si la metrorragia es producida por desinserción parcial de la placenta, masaje en el fondo uterino seguido de la expresión de Credé, y si no basta, alumbramiento artificial; si la hemorragia es interna, por servir de tapón la placenta desprendida, expresión de Credé combinada con tracciones *no violentas* del cordón. Si la hemorragia es después del alumbramiento, masaje, cornezuelo (ergotina, secacornina, etc., irrigación intrauterina con agua hervida á 50°, taponamiento Dürhsen, electricidad, ligadura de Momburg, etc. Si hay inversión uterina reposición del útero, irrigación intrauterina y taponamiento Dürhsen. Si retención de restos ovulares ó placentarios legrado uterino, aunque para esto es muy conveniente esperar al 4.º día de puerperio.

Siempre que el alumbramiento se retrase y no exista hemorragia, puede y *debe esperarse* á que la placenta se desprenda, y, esto conseguido, favorecer su expulsión por medios externos (masaje, expresión etc.,) y si no son suficientes, hacer la extracción manual. El medio más sencillo para averiguar cuando la placenta se ha desprendido es colocar una pinza ó ligadura, en el momento del parto, en la parte de cordón correspondiente al anillo vulvar; cuando esta ligadura se haya separado de la vulva 8, 10, 12 centímetros, es señal de su desprendimiento: también puede conocerse, por palpación, percibiendo una masa blanda que abomba ligeramente el hipogastrio (Recasens), y por el enderezamiento del útero, ya que éste después de la salida del feto alcanza escasamente la línea umbilical, y una vez desprendida la placenta se eleva 3 ó 4 centímetros por encima del ombligo (Pinard).

Todo lo hasta aquí expuesto es en los casos (los más) en que la parturiente esté sana. Existen, sin embargo, circunstancias especiales en que, por tratarse de una parturiente enferma, la conducta del médico ha de ser especial. Los casos más frecuentes son las cardiopatías, afecciones pulmonares ó nefríticas, y las enfermedades agudas febriles.

De todo esto hablaremos otro día.

*
* *

No sé, lector amigo, si habré conseguido lo que me propuse al comenzar este artículo. Serte útil. Nada de lo que te he dicho es nuevo, todo lo sabrías; pero tal vez este recuerdo haya evocado en tu mente casos propios ó ajenos, en los que, por una mala expectación, el éxito no coronó laudables esfuerzos y sanas intenciones. Yo desearía repasar contigo diversos asuntos tocológicos, unos por mí elegidos, otros que tu me indicaras, no con la pueríl vanidad de enseñar nada, sino con el plausible fin de aprender ambos, pues aun cuando yo sea en este caso el que *da la lección*, no pretendo darla como maestro, que nunca fuí, sino como discípulo que siempre soy.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

Experiencias clínicas acerca del tratamiento de las artritis y de la gota por la emanación del radio, por Gudzent. (Berl. Klin. Woch. 1911, núm. 47).

El autor ha observado 400 casos durante tres años, en los que se empleó la emanación del radio y con la experiencia adquirida en ellos, afirma que este tratamiento, usado oportuna y convenientemente, ejerce una acción beneficiosa y hasta curativa indudable, en las artritis crónicas. En cambio queda sin efecto en las artritis agudas, sean reumáticas, gonorréicas ó sifilíticas, vayan ó no acompañadas de púrpura ó de eritemas.

La técnica de la radio-emanación no ofrece ninguna dificultad. Conviene, claro es, conocer previamente sus propiedades físicas y biológicas. El autor prefiere, en general, la inhalación en espacio cerrado (*emanatorium*) á los otros métodos, por ser el que más tiempo retiene el agente medicamentoso en el organismo. Administrado en bebida ó inyectando sales solubles de radio, la eliminación total es muy rápida. Sin embargo, es útil combinar estos diversos procedimientos y asociar á ellos, cuando existe un dolor localizado, compresas ó fomentos radio-activos.

En todos los casos, el enfermo debe ser sometido al principio, al reposo más absoluto (en cama, de preferencia); sólo cuando los dolores y la inflamación hayan cedido, se comenzará la movilización y el masaje. Para ayudar el tratamiento se pueden emplear también los baños de aguas madres, los de aire caliente, los de luz eléctrica, etc.

La mayor parte de las veces suele presentarse durante la cura, lo que Löwenthal llama *reacción*, que consiste en una agravación de la enfermedad. No es constante ni tiene significación pronóstica.

Cuanto menos importantes son las lesiones y más joven el paciente, tanto más probable es la curación. La duración de la cura varía de tres á ocho semanas. No suele dar resultado en las artritis antiguas de los ancianos, en la mono y oligo-artritis de-formante, en las artritis vertebrales anquilosantes y en las nudosidades de Heberden. No obstante, aun en estos casos, pueden obtenerse mejorías parciales, cuando se hacen interrupciones más ó menos largas, durante el curso del tratamiento. Las artritis sifilíticas y tuberculosas no se modifican por la emanación de radio; en cambio la gonocócica es seguramente aliviada por las inyecciones radio-activas.

Dado el poco tiempo que hace que se emplea este tratamiento nada puede decirse de la duración de sus benéficos efectos.

La terapéutica de la gota por este método, fué sugerida al autor por el hecho de que las aguas minerales que mayor reputación gozan como antigotosas, poseen en gran proporción la emanación de radio, ó lo que es lo mismo, son fuertemente radio-activas. Los resultados obtenidos han sido excelentes comprobándose en los casos indudables la disolución y destrucción del ácido úrico de los tejidos, la acción antiflogística, la mayor actividad de las fermentaciones, la influencia ejercida sobre el cambio nutritivo total y de las purinas y la desaparición del ácido úrico de la sangre.

En la gota no debe emplearse la cura en bebida que suele provocar intensos ataques sin beneficio ulterior. El mejor medio, casi el único que debe usarse, es la emanación en espacio cerrado, Generalmente bastan de 24 á 36 sesiones de dos horas de inhalación, para que desaparezcan todos los signos morbosos.

G. CAMALEÑO

Sobre las diferentes formas de arritmias desde el punto de vista actual, por el Dr. W. Janowski, médico de Infant Jesus de Varsovia, profesor agregado de la Academia de Medicina de San Petersburgo (*Revue de Médecine*, n.º 2, febrero, 1912).

Aunque todo el sistema muscular del corazón posee la propiedad de producir y transmitir las excitaciones y la contracción, esta propiedad está sin embargo diferenciada en las diversas partes del músculo cardiaco, que en el estado normal, las unas sirven particularmente á la producción de las excitaciones, las

otras á su trasmisión y otras se encargan de ejecutar el trabajo concebido y conservado.

Las observaciones de Mr. William, las numerosas observaciones y experimentaciones de Hering, así como los exámenes anatómicos de Keith-Flack y últimamente las de Iví Mackenzie han probado definitivamente que en la embocadura de la vena cava superior, en la aurícula derecha en el surco terminal, han encontrado en el hombre (y en los mamíferos), un nudo compuesto de fascículos musculares lisos, provisto abundantemente de fibras nerviosas y de vasos, que son las ramificaciones terminales de la coronaria derecha.

Este nudo (de unos dos milímetros de largo y de grueso) llamado nudo del seno, es en condiciones normales un centro automático, que da la excitación á la contracción, primero de las aurículas y después de los ventrículos. Las ramificaciones del vago, así como las de los nervios aceleradores (simpático) llegan al nudo de Keith-Flack. El efecto de la influencia antagonista de estos nervios sobre el nudo Keith-Flack, es, que este último dá alrededor de 60 excitaciones por minuto á la contracción en los adultos que se hallan en condiciones normales.

El nudo de Keith-Flack está en conexión con la parte inferior de la vena cava superior, por intermedio de las fibras de Torel, que caminan en espiral en la parte inferior de la vena cava y se tuercen bastante enérgicamente á la altura del surco terminal, lo que las hace aparecer como una banda aparte, que ha sido llamada hasta hoy de Venckebach. Sobre el límite entre las aurículas y los ventrículos, encima de las venas coronarias, se encuentra el nudo de Aschoff-Tawara, que es un segundo nudo, un centro de segundo orden, capaz de producir excitaciones automáticas. Anatómicamente se compone de dos partes, una auricular que contiene poco glicógeno y la otra ventricular que contiene mucho (Aschoff). Este centro está provisto de muchos vasos, cuyo punto de partida es la arteria coronaria derecha, ó por excepción la izquierda, que suelen anastomosarse. Además, se encuentran muchas células nerviosas fusiformes y fibras nerviosas, descubiertas por Mlle. Engel (Aschoff).

El nudo de Aschoff-Tawara está en conexión con el de Keith-Flack, apesar de que aún no se considera como probado (Aschoff, Mönckeberg, Tawara) que esta conexión—descrita por Torel—sea continua. Pero este autor afirma que las fibras de Purkinje partiendo del nudo de Keith-Flack, se vuelven á lo largo de la

pared posterior de la aurícula derecha, sobre el lado derecho y rozan la superficie anterior de la vena cava inferior, después continúan hacia el seno de las venas coronarias y hacia el nudo de Aschoff-Tawara. Esta opinión ha sido confirmada recientemente por Ciechanowski; además hay fibras que parten del nudo de Keith-Flack, llegan hasta el agujero oval y se reúnen á las fibras que van al mismo sitio procedentes del nudo de Aschoff-Tawara; aun admitiendo que no pudiera ser probada la reunión entre el nudo de Aschoff-Tawara y el de Keith-Flack como vía continua, es no obstante, un hecho anatómico indudable que hay conexiones múltiples y muy íntimas entre estos dos nudos.

Por otro lado, el nudo de Aschoff-Tawara se encuentra en relaciones íntimas con las vías que conducen las excitaciones á los ventrículos.

En efecto, hacia abajo se forma un hacesillo muscular, descrito primero por Gaskell y Kent (en la rana), después por Paladino y principalmente por His (en 1893) en el hombre. Este hacesillo se compone de fibras sin estriás trasversales conteniendo núcleos numerosos y fibras numerosas sin mielina (Mönckeberg). Está separado del resto de la musculatura del corazón por conductos linfáticos, pero por sitios se confunde poco á poco con ellas.

Después de haber salido del nudo de Aschoff-Tawara, el haz de Paladino-His, que se le puede considerar como un nudo ventricular, por consiguiente como un centro de tercer orden, entra en la pared de separación auricular, se continúa en el atrio ventricular é inmediatamente después de haber llegado sobre la pared de separación ventricular, se divide en dos ramas principales, derecha é izquierda. En el hombre la rama izquierda se extiende como un abanico. En el conejo y en el gato pequeñas ramas laterales se separan de la principal antes de su división. Iví Mackenzie ha visto lo mismo en los mamíferos inferiores y Curran también en el hombre, pero esto exige aún confirmarse. Las ramas principales se dividen en pequeñas ramas que van á los músculos papilares.

En condiciones normales el haz de Paladino-His sirve para enviar á los ventrículos las excitaciones producidas por el nudo de Keith-Flack y transmitidas ya por el nudo de Aschoff-Tawara. Pero si en un estado patológico, el primero ó los dos nudos cesan de funcionar el haz de Paladino-His toma sobre sí, el papel de productor de excitaciones primitivas de las contracciones del corazón.

Por otra parte está fuera de duda que el papel principal en la producción de las excitaciones á la contracción, está encomendado á las numerosas células fusiformes que se encuentran en la parte inferior de la vena cava superior, en los surcos terminales (Remak), en la pared posterior de la aurícula derecha (Ludwig) en los senos de las venas coronarias, en el nudo de Aschoff-Tawara y en las ramificaciones principales del haz de His (sobre todo del lado derecho) (Engel).

El autor cita todos estos hechos para hacer resaltar, que sin hablar de exámenes clínicos y anatómo-patológicos, el examen imparcial de todos los datos anatómicos conocidos no permite atenerse exclusivamente á la teoría miógena de la actividad del corazón.

No cabe duda, para un observador imparcial, que aunque el corazón despedazado ó seccionado, está en condiciones de producir por sí mismo la excitación á la contracción, estas excitaciones son evidentemente regularizadas en condiciones normales por los nervios extra-cardiacos, cuyo papel directo no es puesto en duda aún por los más acérrimos partidarios de la teoría miogénica. La coordinación completa de la actividad del sistema nervioso intra y extra-cardiaco con las propiedades automáticas del músculo cardiaco, asegura al corazón la producción en el tiempo preciso de las excitaciones normales en el centro de primer orden (Keith-Flack), su trasmisión normal por el nudo de Aschoff-Tawara y el fascículo de His y además la realización por el resto del sistema muscular, del trabajo concebido de esta manera.

Si esta coordinación es trastornada por cualquier causa, de manera que el grado de sensibilidad de los centros automáticos (bathmotropismo), el orden en el cual las excitaciones son producidas (chvonotropismo) la duración de su trasmisión ó la fuerza para terminar el trabajo comenzado (inotropismo), son cambiados, ó bien, si á consecuencia de un trastorno del centro principal automático los otros les sustituyen (heterotropismo), entonces nos encontramos con una actividad irregular del corazón.

Por consiguiente, la irregularidad del corazón es la consecuencia de la reacción regular ó irregular en cuanto al tiempo, al grado ó á la fuerza del músculo cardiaco, á las excitaciones normales ó anormales en cuanto al tiempo ó al sitio de su producción.

El autor hace un trabajo complejo de las arritmias, que no damos íntegro por su mucha extensión, limitándonos á dar á conocer á nuestros lectores la división que hace de las arritmias, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente.

Divide las arritmias en:

I. Arritmias del corazón sin trastornos de la excitabilidad del músculo cardiaco.

A. Arritmias con conservación del lugar de origen normal de las excitaciones (monotopas).

1. Trastornos de la regularidad en el tiempo de producción de las excitaciones (cronotropismo).

a) Influencia de la respiración; b) Influencia de la posición; c) Pulso frecuente; d) Pulso raro; e) Pulso intermitente; f) Pulso completamente irregular.

2. Trastornos de la conductibilidad del músculo cardiaco (dromotropismo).

a) Trastornos de conductibilidad del nudo á la aurícula; b) Trastornos de conductibilidad de aurícula á aurícula; c) Trastornos de conductibilidad de aurícula á ventrículo (1.º Parada (Block); 2.º Disociación; 3.º Combinación de los dos trastornos); d) Trastornos de conductibilidad de ventrículo á ventrículo.

3. Trastornos de la contractibilidad del músculo cardiaco (mototropismo).

a) Pulso desigual; b) Pulso alternante; c) Una parte de los casos de pulso paradógico.

B. Arritmias del corazón con sitio irregular de formación de las excitaciones (heterotopas).

1. Arritmias con formación de excitaciones de la aurícula.

2. Arritmias con formación de excitaciones en el nudo de Tawara.

a) Cambios en la frecuencia del pulso solamente (1.º Pulso nodal frecuente; 2.º Pulso nodal raro; 3.º Pulso nodal irregular); b) Pulso nodal con trastornos de conductibilidad, Parada (Block).

II. Arritmias del corazón dependientes de trastornos de su excitabilidad (bathotropismo) Extrasístoles.

A. Extrasístoles cuya excitación se forma en lugar normal (monotopas).

1. Extrasístoles sinusales.

2. Extrasístoles sino-ventriculares.

B. Extrasístoles cuya excitación se forma en lugares anormales (heterotopos).

1. Extrasístoles auriculares.

2. Extrasístoles nodales.

3. Extrasístoles ventriculares; a) Extrasístoles ventriculares ordinarios. Pulso bigémico; b) Extrasístoles ventriculares interpolares.

- C. Extrasístoles complicados de trastornos de conductibilidad.
 - 1. Extrasístoles detenidos en las aurículas.
 - 2. Extrasístoles detenidos retrógrados.
- III. Arritmias del corazón dependientes de la combinación de trastornos del sistema circulatorio.
 - A. Taquicardia paroxística.
 - B. Pulso completamente irregular.
 - C. Trastornos en las funciones reguladoras de los vasos.

CUADRADO

Acción del selenio A coloidal en las adenopatias cancerosas,
por los Dres. Thiroloix y A. Lancien. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, febrero de 1912, n. 6).

En la sesión del 16 de febrero los Sres. Thiroloix y A. Lancien comunicaron una observación en la que se comprobó, por la influencia de inyecciones intravenosas de selenio coloidal, modificaciones interesantes en las adenopatías secundarias de un epiteloma tegumentario.

Tratábase de un hombre de 39 años, que tenía un epiteloma voluminoso, ulcerado, de la base de la lengua, con gran adenopatía retro ángulo-maxilar bilateral.

Alcohólico inveterado y fumador constante, no tuvo nunca sífilis (Wassermann negativo).

Los trastornos funcionales que tenía eran los siguientes: disfagia, disartria (la lengua estaba soldada al suelo bucal), sialorrea, otalgia bilateral y un gran enflaquecimiento.

El examen del enfermo hecho por Mr. Bourgeois, otólogo de la Pitié, dió el siguiente resultado: inmovilidad de la lengua, desviación á la izquierda, existencia en el límite del dorso de la lengua de un rodete saliente, más pronunciado hacia la izquierda. La tumoración, dura como madera, tiene en su centro una ulceración superficial de pequeño tamaño que se continúa hacia atrás y afuera con el surco glosó-amigdalino izquierdo. Las masas gáglionares son del volumen de una gruesa castaña, regulares y leñosas. La masa neoplásica lingual es asiento de dolores intolerables, que se agudizan por el paso de alimentos ó por el examen digital.

En presencia de tal situación, los autores tomaron la resolución de ensayar una terapéutica derivada de los trabajos de

Wasserman (1) sobre la curación del cáncer de los ratones por las inyecciones intravenosas de seleniato de sosa con cocaína ó fluorescina.

Encargado Mr. Lancien (2) de preparar una solución coloidal de selenio A, el 17 de diciembre pasado se practicó la primera inyección intravenosa de 4 centímetros cúbicos de selenio A, coloidal.

Esta primera inyección fué seguida de un violento escalofrío que duró siete horas y de una elevación térmica de 39°. Desde esta fecha hasta el 16 de febrero de 1912, cada 8 días se practicó la misma inyección intravenosa de 5 á 8 c. c. de selenio A coloidal. Todas las inyecciones fueron seguidas de igual escalofrío y fiebre de 39° á 40°; la elevación de la temperatura duraba de 1 á 3 días, y después todo entraba en orden, siendo normal la temperatura en los intervalos de las inyecciones.

Desde las primeras inyecciones se comprobó que las adenopatías disminuían, que la inmovilidad de la lengua y los dolores eran menores; pero los autores no concedieron gran importancia á estas modificaciones porque muchos medios terapéuticos también los han conseguido.

Mas, el 25 de enero de 1912, se presentó un hecho nuevo. La adenopatía retro-ángulo-maxilar derecha, aumentó súbitamente

(1) Véase el núm. de febrero de esta REVISTA pag. 141.

(2) He aquí la nota de Mr. A. Lancien.—Hemos tratado de obtener el selenio coloidal según los métodos de: Schulze (J. prakt. Chem. (2), XXXII, p. 390, 1885).—Muthmann (D. chem. G., XX, p. 940, 1887).—Gutbier (Zeit. anorg. Chem., XXXII, p. 106, 1902).—Biltz. (D. chem. G., XXXVII, p. 1055, 1904).—Echesner de Coninck et Chauvenet (C. R., CXXI, p. 1234, 1905).—J. Meyer (Zeit. anorg. Chem., LIV, p. 43, 1903)—C. Paal et C. Koch. (D. chem. G., XXXVIII, p. 526, 1905).—Muller y Nowakowsky (D. chem. G., XXXVIII, p. 5779, 1905). Todos estos métodos nos han dado partículas muy gruesas (80 μ μ á 30 μ μ), muy inestables y de tamaño amenudo diferente en el mismo líquido (80 μ μ , 70 μ μ , 31 μ μ) para el último método.

Hemos tratado entonces de aplicar el método descrito para el rodio (C. R. 27 noviembre de 1911 y soc. méd. des Hop., 21 diciembre de 1911) con el fin de obtener granos estables, de grosor constantes, muy finos y de gran actividad. Pero el selenio muy puro se presta mal á esta técnica, viéndonos en la precisión de pulverizar (pulverización cathódica) este selenio y hemos obtenido un producto, al cual hemos dado provisionalmente el nombre de selenio A, y que tiene todas as propiedades físico-químicas, del selenio ordinario, pero que se presta muy bien á nuestra técnica de obtención de coloides. La solución obtenida es muy estable, no se modifica por la luz, el calor, los electrolitos, isotónico y de un grano muy fino, 6 μ μ .

de volumen y en pocos días se hizo fluctuante, aunque indolora. En los días 2, 15 y 16 de febrero, se practicaron punciones en el ganglio, y se obtuvieron en total, cerca de 20 c.c. de un líquido viscoso, rosado, inodoro, grumoso, aséptico (cultivos aero y anaerobios negativos).

Centrifugado el líquido obtenido se dividió en dos partes, una serosa, más considerable y superficial, otra profunda, formada de grumos grisáceos.

El examen histológico de la masa grumosa demostró estar compuesta de masas amorfas incolorables, de células pavimentosas, de células de aspecto endotelial con protoplasma vacuolado y grueso núcleo con coloración difusa; muchos de estos núcleos tenían vacuolas. Alrededor de estas agrupaciones epiteliales, existían mononucleares y vasos polinucleares.

Posteriormente á la punción del 16 de febrero, el ganglio casi había desaparecido y sólo estaba representado por una pequeña induración subcutánea. Nunca hubo reacción general ni local; se asistió á una verdadera fusión ganglionar en frío.

Esta observación demuestra: 1.º que el selenio A, puede ser obtenido fácilmente al estado coloidal; 2.º que este coloide no es tóxico; 3.º que puede ser inyectado en las venas; 4.º que no tiene acción más que sobre las masas epiteiomatosas *muy vasculares*; 5.º que esta acción es citolítica, fundente, seguida ó no de reabsorción. De este hecho—según dicen sus autores—que tiene gran importancia teórica (efecto citolítico del selenio coloidal transportado por la sangre sobre las células neoplásicas), no es posible todavía hacer deducciones de aplicación práctica.

En el número 8 de la misma revista (marzo, 1912), aparece acerca de este asunto la nota siguiente:

El Dr. Netter dió á conocer, en la sesión del día 1 de marzo, la siguiente nota del Dr. Gascuel, sobre la acción del selenio A coloidal (método de A. Lancien), en unos ganglios infartados consecutivos á un cáncer del recto.

Tratábase de un sujeto de 61 años, operado anteriormente de hemorroides, y que en el recto tenía una masa indurada que casi ascendía hasta el ombligo, ocupando la parte lateral izquierda de la pelvis.

El enfermo se veía constantemente molestado con un flujo anal. Toda la ingle izquierda estaba ocupada por un gran conglomerado ganglionar, existiendo tres orificios por los cuales fluía un líquido turbio.

El 29 de enero se practicó la primera inyección de selenio A de 3 c. c. en los músculos de la región glútea derecha. Después de la inyección tuvo el enfermo un poco de dolor local, pero, al contrario de lo observado por Thiroloix y Lancien, la inyección no fué seguida de escalofrío ni fiebre.

Otras tres inyecciones se practicaron en la misma forma, los días 5, 12 y 19 de febrero, que fueron mejor toleradas. Desde la última inyección, es decir tres semanas después de empezar el tratamiento, los orificios inguinales desaparecieron; la masa ganglionar de la ingle izquierda *disminuyó* notablemente de volumen.

En la gran masa indurada que ocupaba la pelvis, también se notó que era menos alta y la palpación profunda permitía limitar más fácilmente su forma.

Las deposiciones se hicieron más regulares y menos dolorosas.

En resumen, tres inyecciones de selenio A coloidal han agotado notablemente el derrame de la masa ganglionar. Para juzgar del efecto producido sobre el propio tumor, es preciso todavía esperar

E. DURRUTI

MEDICAMENTOS NUEVOS

Hexamékol.—Producto resultante de la combinación del guayacol con la hexametenotetramina: es polvo cristalino, incoloro, de olor á guayacol del que contiene 65 por 100. Se emplea para uso externo.

Eulatina.—Producto constituido por una parte de dos porciones de una mezcla en proporciones moleculares de antipirina y ácido parabromobenzoico, y por otra por una parte de una mezcla resultante de la asociación de una molécula de antipirina con otra de ácido paraaminobenzoico.

Atophan.—Nombre dado en el comercio al ácido fenil—2 quino-leino—carbónico 4, que se emplea con muy buenos resultados en el tratamiento de la gota y del reumatismo articular.

Kalmopyrina.—Es el acetilsalicilato cálcico: sal fácilmente soluble en el agua, que á dosis de 0'5 á 3 gramos por día manifiesta una acción antipirética, antineurálgica y antirreumática más definida que las demás preparaciones saliciladas.

Arsenocerebrina.—Combinación del extracto de cerebro con el cacodilato de sodio, preconizada como antiepiléptico.

Aponal.—Es el éter carbámico del alcohol amílico terciario. Recomendado como hipnótico, su acción se manifiesta á los 20 ó 30 minutos de un modo menos marcado que con el veronal; no es calmante ni sedante que recomienda en los simples casos de insomnio. De acción fisiológica análoga á la del hidrato de amileno, está desprovisto de sabor y se administra á la dosis de 1-2 gramos.

Urogenina.—Sal doble formada por la teobromina y la sal de litina del ácido hipúrico. Se aplica como diurético activo asociado á la digital.

Silberatoxyl.—Es la sal de plata del ácido π aminofenilarsénico, que se emplea por Blumenthal en inyección hipodérmica, bajo forma de suspensión oleaginosa en caso de septicemia. Contiene este compuesto 33 por 100 de plata y 23 por 100 de arsénico.

Myrmaliola.—Combinación de 7 partes de urotropina y 3 de formiato sódico. Se administra en tabletas de 0'5 gramos como anti-séptico urinario.

F. DOMENECH

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

El extracto de la glándula pituitaria en el parto, por el doctor Parache (*Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*, enero 1912).

Publica el Dr. Parache ocho casos interesantísimos de aplicación de la pituitrina en el parto. En la imposibilidad de transcribirlos íntegros, haré un resumen de ellos.

I. Primípara, 26 años, bien constituida, robusta, sin antecedentes; embarazo de término, presentación de vértice, posición izquierda posterior. Después de 24 horas de parto con dolores frecuentes, pero cortos y poco intensos, el médico que la asistía intentó aplicar el forceps sin hacer buena presa. Avisado el autor observa que el cuello estaba casi dilatado, bolsa de aguas rota, cabeza no encajada; las contracciones uterinas eran cortas, raras y mal soportadas por la parturiente. En estas circunstancias practicó una inyección de pituitrina de 0.8 c. c. en la parte externa del muslo. A los seis minutos intensa y larga contracción; á los 4 minutos otra igual y así continúan con la misma frecuencia y energía. A las dos horas el vértice está en la vulva y la rotación

terminada, pero los dolores se hacen de nuevo flojos y se distancian, por lo que inyecta otros 0'5 c. c. de extracto pituitario; á los cinco minutos nuevas enérgicas contracciones terminan el parto veinte minutos después: feto vivo, sin síntoma asfíctico. El desprendimiento placentario á los diez minutos, expulsión espontánea sin derrame sanguíneo, no llegando con seguridad á 50 gramos la sangre perdida. Puerperio normal.

II. Tercer parto, 26 años, embarazo normal y parto á término. Sana y con antecedentes de partos anteriores largos y difíciles; uno con forceps. A las tres de la tarde rotura espontánea de membranas, sin dolor alguno; hacia el medio día nota algún dolor fugaz que se repite cada media hora. A las nueve de la noche inyección subcutánea de 1 c. c. de pituitrina en el brazo. A los cuatro minutos contracción intensa y larga y desde entonces con regularidad cada tres, cuatro y cinco minutos hasta las doce de la noche que dió á luz una niña completamente sana. Alumbramiento á los cinco minutos sin la menor hemorragia. Puerperio normal.

III. Secundípara, 28 años; embarazo normal á término; presentación vértice, primera posición. Comienzan los dolores á las ocho noche, pero sin intensidad, repitiendo cada diez ó quince minutos; á las dos de la mañana dilatación del tamaño de 2 pesetas, y contracciones distanciadas y sin eficacia. Inyección de 1 c. c. de pituitrina; á los cuatro minutos contracciones muy intensas y continuadas hasta la terminación del parto, dos horas después. Alumbramiento espontáneo sin hemorragia. Puerperio aséptico.

VI. Primípara, 38 años. Ingresa en la Maternidad en estado muy deplorable. A las diez de la mañana se encontraba con edema intenso de piernas, manos y cara, trastornos visuales y cefalalgia. A las dos aparecen algunos dolores seguidos de un ataque convulsivo de pequeña intensidad. Continúan los dolores escasos y sin energía. Embarazo casi á término, periodo de desaparición del cuello; presentación de vértice; huevo íntegro. Como el pulso y respiración no revelaban peligro inmediato y el acceso eclámpico no fué demasiado grave, decide esperar y administra una poción de bromuro y cloral. A las dos de la tarde se repite el ataque convulsivo al que sigue otro, media hora después, pero sin revestir graves caracteres. Continuó sin agravarse, pero sin adelantar gran cosa el parto. A las ocho de la noche la dilatación del cuello no pasaba de dos dedos; á las diez, después de un cuarto ataque, no había diferencia apreciable en la dilatación. A las

diez y media inyecta 1 c. c. de pituitrina en el muslo, y antes de quince minutos se establecen contracciones regulares, muy seguidas y largas, con intervalos de seis á siete minutos, terminando el parto á las dos de la mañana, ó sea algo más de tres horas después de la inyección. Durante este tiempo continuaron los ataques eclámpicos sin revestir caracteres graves. Alumbramiento espontáneo y sin pérdida de sangre. Después tiene aún dos nuevos ataques, pero muy pronto remiten todos los síntomas y la enferma entra en su puerperio normal.

V. Primípara, 28 años, constitución débil. Comienza el parto á la una de la mañana con dolores frecuentes pero no intensos. Feto en vértice. A las nueve de la mañana dolores muy flojos; cuello borrado y dilatación apenas iniciada. Inyecta 1 c. c. de pituitrina y á los ocho minutos aparecen contracciones intensísimas y muy continuadas que siguen sin disminuir y con espacios de tres á cinco minutos, adoptando á la hora el tipo expulsivo, hasta las doce del día que dió á luz un niño sano, expulsando la placenta sin auxilio y con una pérdida sanguínea de unos 150 gramos. Puerperio normal.

VI. Multípara, 40 años. Tres abortos. Un parto largo con feto muerto en él. Otro parto terminado por forceps. Comienza el parto á las seis de la mañana; contracciones tardías é ineficaces. A las cuatro de la tarde, dilatación del tamaño de 2 pesetas; presentación vértice; posición posterior izquierda. Inyección 1 c. c. de hipofisina y cinco minutos, después se presentan dolores con verdadero ímpetu. Media hora después se rompe la bolsa de las aguas y siente repetidas ganas de orinar. A las seis y media se hacen los dolores raros y débiles, por lo que repite otra dosis de 0,5 c. c. de hipofisina, haciéndose de nuevo tan eficaces que acaban el parto á las siete de la tarde. Alumbramiento espontáneo á los quince minutos sin hemorragia.

VII. Multípara, 40 años; 13.º parto. Colelitiasis, desde el sexto mes del embarazo, tan intensa que raro es el día que no ha tenido un cólico. Ictericia extraordinaria; edemas en piernas y manos; la es imposible todo trabajo corporal. Comenzaron los dolores á las tres de la tarde, muy débiles y raros, siguiendo así hasta las dos de la mañana, hora en que llama al Dr. Parache. Encuentra feto grande en presentación de nalgas completa; cuello desaparecido y orificio dilatado como un duro. Dolores cada diez ó quince minutos y muy cortos. A las tres de la mañana, inyección 1 c. c. de pituitrina: á los cuatro minutos aparece una enérgica contracción que se repite

regularmente con intervalos de uno á tres minutos. A las tres veinticinco, salida del pie izquierdo; á la contracción inmediata salida del tronco, y á las tres y treinta, ó sea media hora después de la inyección, expulsión total de un feto vivo, sin haber traccionado lo más mínimo, y breves momentos después aparecen los anejos, sin ninguna pérdida sanguínea. Puerperio excelente.

VIII. Secundípara, 24 años. Ha tenido dolores toda la tarde pero muy fugaces. A la una de la mañana, después de comprobar presentación de vértice, cabeza sin encajar, movable sobre el estrecho superior, y membranas íntegras, inyecta pituitrina. A los cinco minutos, primer dolor, otro á los cuatro, otro á los tres, y casi sin descanso hasta la una y veinte que la bolsa amniónica hace prominencia en la vulva, salta y aparece el feto, á los veinticinco minutos de la inyección. Alumbramiento espontáneo y sin hemorragia.

Hace después el autor un detenido estudio del poder de la pituitrina como excitante de las contracciones uterinas durante el parto, de su constancia decisiva, de su rapidez é inocuidad. Dice que su actividad, aplicada en dosis de 1 c. c. parece ser que dura unas dos horas, por lo que hay necesidad, á veces, de repetir la inyección, siendo pues necesario hacer un detenido estudio que fije las dosis máximas á que puede llegarse; que excita las contracciones en cualquier período del parto, aumentándolas en frecuencia é intensidad, sin darles nunca carácter tetánico: que facilita la desaparición del cuello, apresura su permeabilidad y abrevia la expulsión asombrosamente. Cree que la mayor eficacia se obtiene cuando la dilatación está algo adelantada y en el período expulsivo: que su indicación precisa será en los casos de atonía uterina, que hasta aquí han requerido aplicaciones de forceps, las cuales cree poder afirmar que con la pituitrina, si no suprimidas, serán rara vez necesarias: y que, en tanto no se fije bien la dosis á que puede llegarse, no cree sea el momento mejor de administrar la pituitrina antes de que el cuello se borre.

Termina el Dr. Parache su notable trabajo, afirmando que hoy día, con la pituitrina, tenemos en nuestras manos un recurso de positivo valor, de efectos rápidos y seguros, y desprovisto de toda influencia perjudicial. Esto sólo, dice, da una idea de la extraordinaria importancia que debemos conceder al medicamento, con el que se obtienen éxitos como los descritos.

La dilatación aguda del estómago en las paridas. (Nuevas observaciones), por M. Audebert. (*Annales de Gynécologie et d'Obs-tétrique*, febrero, 1912).

Apesar de las muy pocas observaciones publicadas de dilatación aguda del estómago en las paridas, cree el autor que este accidente es en realidad menos raro de lo que pudiera creerse, y que un buen número de casos, hoy desconocidos, lo son por haberse confundido con vómitos post-clorofórmicos, ó enmascarados por un vago síndrome peritoneal. De no ser así, dice el autor, hay que convenir que la suerte le ha favorecido, ya que en cinco años ha podido observar cinco casos.

Describe á continuación dos observaciones personales, una de hace tres años y otra muy reciente. La etiología, en ellas, es compleja; cree que la dilatación aguda del estómago ha sido la resultante de muchos factores distintos, pero que han obrado todos en el mismo sentido.

1.º En los antecedentes, es preciso señalar la gastropatía anterior, caracterizada durante el embarazo por verdaderas indigestiones, y durante el parto por vómitos incesantes.

2.º El parto ha sido largo, excesivamente doloroso y en el momento de la intervención las fuerzas estaban agotadas.

3.º El cloroformo «á la Reina» ha sido administrado durante siete horas; después la anestesia se ha acentuado un poco más para hacer la extracción de nalgas y el alumbramiento artificial.

Se ha consumido en total de 70 á 80 gramos de cloroformo.

4.º Se hicieron dos veces expresiones uterinas, primero para obtener el encajamiento de las nalgas, y, durante la extracción, para evitar el levantamiento de los brazos. ¿Esta expresión ejerció una determinada acción sobre la dilatación gástrica? parece probable al autor que las presiones violentas ejercidas, traumatizaron directamente el estómago, ya dilatado, ó el gran simpático abdominal.

En resumen; en una parida predispuesta por un estado patológico, ya antiguo, del estómago, agotada por un trabajo excesivamente violento y doloroso, sobreviene una dilatación aguda del estómago.

Es difícil de precisar qué parte corresponde, en la patogenia de estos accidentes, á la intoxicación clorofórmica y al traumatismo abdómino-visceral ocasionado por la expresión uterina.

El autor cree que cada uno de estos factores debe ser recriminado en cierta medida.

A continuación cita M. Audibert el resumen de las diez observaciones que posee de dilatación gastro-duodenal *post-partum*.

Cuando esta complicación sobreviene en las paridas, dice, el complexus sintomático puede resumirse del modo siguiente: hinchazón considerable del epigastrio, meteorismo, chapoteo, vómitos abundantes, incesantes de líquidos, de color moreno verdoso ó negro, no fétidos ni fecaloideos; sed viva; estado general rápidamente malo; facies ansiosa; pulso cada vez más débil y más frecuente; tendencia al colapso; ninguna ó escasa evacuación rectal, sólida ó líquida.

El momento de aparecer estos síntomas es variable, oscilando desde el momento del parto al cuarto día de puerperio. Es conveniente hacer observar que, á veces, los vómitos de dilatación aguda son continuación de los vómitos tan comunes en las parturientes cloroformadas ó no: únicamente su abundancia, su persistencia y, sobre todo, la alteración del estado general, es lo que hace pensar en una complicación nueva y obligar á prescribir una terapéutica activa.

La utilidad de la posición de Schnitzler (decúbito abdominal) es hoy indiscutible. Las dos observaciones de Boquel y una del autor demuestran su eficacia inmediata; el efecto es instantáneo; los vómitos cesaron en cuanto cambió la posición, y, al cabo de algunos minutos, la mejoría del estado general y del pulso eran notables. Que se haga echar á la enferma sobre dos almohadas, colocada la una bajo el vientre y la otra bajo la cabeza, de modo tal que el cuello corresponda á la intersección de las dos almohadas, como aconseja Boquel, ó que se la eche de plano sobre el lecho, con la cabeza ligeramente elevada, el resultado es el mismo, siempre excelente y preferible al que daría la posición genu-pectoral, más difícil de obtener y guardar. Dicha posición ventral es perfectamente tolerada por las paridas, y la marcha de la regresión uterina es normal. Es, pues, el tratamiento al que hay que recurrir desde el principio de la aparición de los primeros síntomas. A la vez no se abandonará el tratamiento general reanimando á la enferma con inyecciones de aceite alcanforado, agua salada, cafeína, etc.

El lavado del estómago que dió á Fournier y al autor satisfactorios resultados en 1907, le parece ahora menos fácil de ejecutar, menos eficaz y de acción menos rápida.

En cuanto al tratamiento profiláctico le resume en la necesidad de la preparación intestinal en todas las paridas en general. La evacuación completa, metódica, del intestino en los días que preceden al parto ó á la intervención, le parece el mejor medio de evitar los fenómenos tan alarmantes de la dilatación gástrica.

Dedica el autor la última parte de su trabajo á hacer un estudio de la etiología de esta enfermedad, con arreglo á los datos recogidos en las 10 observaciones publicadas, y, á este respecto, publica un cuadro en el que incluye como causas predisponentes 2 veces, el agotamiento en el parto, 2 la eclampsia, 1 infección estreptocócica y 2 gastropatía anterior; y como causas determinantes ocho veces el cloroformo y una el traumatismo abdominal (expresión uterina).

Termina deduciendo de estos hechos una conclusión de orden general y de interés práctico, y dice:

«Durante mucho tiempo, la inocuidad del cloroformo en las parturientes, ha sido considerada como artículo de fe. Abierta ya la brecha por la existencia de lesiones hepáticas consecutivas, esta pretendida inocuidad se hace cada vez más dudosa. Yo estimo que dicha noción debe ser reemplazada por la, hoy día superabundantemente demostrada, de que las mujeres en trabajo no están nunca al abrigo de intoxicaciones clorofórmicas, y que en ellas, como en todos los operados, el cloroformo ejerce una acción particularmente nociva sobre el tubo digestivo y sus anejos. El cloroformo es un verdadero veneno para la musculatura del estómago y del intestino. Existe, por consiguiente, la indicación de no emplear la narcosis clorofórmica, reservándola sólo para los casos en que sea absolutamente necesaria. Esta restricción, formulada ya hace mucho tiempo por Pinard, da una fuerza singular á los hechos nuevos de la dilatación gastro-duodenal aguda, que acabamos de reseñar».

P. ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

El chalación pseudo-tuberculoso, por Dubreuil (*Société d'ophtalmologie de Lyon*, 1911).

Presenta el autor á la sociedad, cortes de chalación con formaciones tuberculosas típicas, en particular folículos tuberculosos, con células gigantes, zona de células epitelioides, infiltración

leucocitaria y numerosos plasmazellen. En este caso, ha sido imposible encontrar, el bacilo de Koch, ó el bacilo específico del chalación ó de Deyl.

Opina Dubrenil que se trata de una inflamación atenuada, quizá crónica, al principio glandular, después extra-glandular en rededor de las glándulas de Meibomius, que conduce á formaciones reaccionales pseudo-tuberculosas cuyo último ciclo es la necrosis y la supuración por focos, diseminados al principio y más tarde en masa. Se sabe que el «folículo tuberculoso» ha dejado, hace tiempo, de ser la lesión específica de la tuberculosis.

Tumor de la hipófisis é infantilismo, por Burnier. (*Revue Generale d'Ophthalmologie*, enero, 1912).

Un joven de 20 años es atacado de atrofia del nervio óptico derecho, la pérdida de la visión del ojo de este lado se había producido hacía años. Pupilas iguales y reflejos normales á la izquierda; á la derecha no hay reflejo luminoso; la reacción consensual es normal.

Los antecedentes hereditarios no ofrecen nada de particular. El enfermo, que hasta los ocho años creció normalmente, cesó en su desarrollo á esta edad.

Aun cuando ya en esta época presentaba signos claros de insuficiencia tiroidiana, el diagnóstico etiológico no fué establecido hasta que seis años más tarde, el autor pudo relacionar los síntomas oculares con la verdadera causa. Se observa en el enfermo un síndrome de insuficiencia pluriglandular, sin ser un mixedematoso verdadero, ni un acromegalico, apesar de la dilatación de la silla turca. Es probable, dice Burnier, que el hipopituitarismo sea primitivo y el hipotiroidismo y el hipoorquidismo secundarios.

Después de los fenómenos descritos en el ojo derecho, empieza á disminuir la visión en el izquierdo, con estrechamiento del campo visual temporal.

Los accidentes oculares son debidos al tumor de la hipófisis que produce la atrofia de los nervios ópticos y un síndrome de hipopituitarismo.

La reacción de Wasserman, positiva permite indicar á la sífilis como causa inicial del defecto de funcionamiento glandular.

PABLO ALVARADO

OTO-RINO LARINGOLOGIA

Un caso de ozena sifilítico tratado por el Salvarsán, por Arsenberg. (*Sociedad médica de Kiel, 1911*).

Contaminación sifilítica hace 15 años. Enfermo tratado muy irregularmente por espacio de dos años. Tiene destruido más de la mitad del tabique nasal, costras en la nariz y olor fétido. El tratamiento mercurial y yódico no había dado más que alguna mejoría. La inyección del «606» hizo desaparecer las costras y el olor fétido de la nariz. El estado general mejoró mucho: desapareció la anemia, el estado de quebrantamiento y los dolores óseos.

Dos nuevos casos de gangrena pulmonar de forma grave curados por el método de inyecciones intratraqueales é intrabronquiales, por J. Guisez.

El autor ha demostrado en dos comunicaciones anteriores (6 de mayo 1910 y 7 julio 1911) el beneficio que puede obtenerse de las inyecciones intratraqueales é intrabronquiales como desinfectantes de las supuraciones tuberculares, habiendo publicado cinco casos de gangrena pulmonar de forma grave curados por las inyecciones intratraqueales é intrabronquiales, y hoy publica dos casos más, curados por medio de dichas inyecciones (comunicación á la Sociedad de los Hospitales de París, sesión de 24 de noviembre 1911).

OBSERVACIÓN 1.^a—*Gangrena pulmonar inyección intrabronquial.*

7 junio.—Enfermo que ingresa en el Hospital de San Antonio, con tos, hemoptisis y expectoración fétida. La cara está pálida; deprimido; el olor del aliento es característico de la gangrena.

La enfermedad empezó hace tres semanas de una manera brusca, por un dolor situado en la mitad izquierda del tórax, acompañado de frío, disnea y fiebre.

Después de esta época, se presentan *hemoptisis* poco abundantes, algunas veces accesos de tos y esputos fétidos, purulentos, morenos. La fetidez provoca náuseas.

Pulmón.—Existe al nivel del ángulo inferior del omóplato izquierdo, una zona muy limitada, con un poco de submacidez,

percibiéndose á la auscultación un ligero soplo y algunos estertores húmedos. Nada en el derecho.

Corazón.—P. 80. Punta en el quinto espacio, nada de ruidos anormales.

Riñón.—Un poco de albúmina.

Temperatura.—38°, 1, 38°, 5.

Día 18, junio.—Primera inyección intratraqueal de aceite gomenolado (10 centímetros cúbicos).

19. Dos inyecciones de 15 centímetros cúbicos.

20. Tres inyecciones de 20 centímetros cúbicos.

22. La fetidez de los esputos y del aliento es mucho mejor. La cara del enfermo es mejor. La temperatura normal; el apetito que había desaparecido, vuelve á la tercera inyección.

23. Cuatro inyecciones de 20 centímetros cúbicos de aceite gomenolado al 1 por 10.

En suma, mejoría constante del enfermo, bajo el punto de vista dolor: esputos menos abundantes, mucho más claros y desapareciendo casi por completo el olor. Mejora el estado general y aumenta el apetito.

Después de su salida del hospital se le hacen seis inyecciones cada dos días.

Por la auscultación se percibe el murmullo vesicular normal en el lado enfermo. La expectoración ha cesado por completo y el enfermo vuelve á la vida habitual. Gana seis kilos después de su salida del hospital (15 noviembre 1911). En resumen: Un caso bien comprobado de gangrena pulmonar que adquiere la normalidad gracias á las inyecciones intrabronquiales de gomenol.

OBSERVACIÓN 2.^a—*Gangrena pulmonar de forma grave.—Inyección intrabronquial.—Curación.*

Enfermo de 25 años: La enfermedad se manifiesta por violento dolor en la escápula derecha, acompañado de inapetencia, malestar general, tos seca persistente, sin grandes signos de auscultación; algunos estertores sibilantes, diseminados y raros, un poco de obscuridad respiratoria y submacidez á la derecha; al poco tiempo aparece la fetidez del aliento.

Señala como *etiología*, que al sumergir la cabeza en el mar, se introdujo el agua del mar en el bronquio, por aspiración.

Después de algunos días gran tiro y elevación de la temperatura 38° á 39°, 5. Sero-diagnóstico negativo. Por la radioscopia se comprueba una zona central. Vómitos poco abundantes.

El día 4 de octubre (1911), tiene un vómito muy abundante de pus fétido, sanguinolento. El mismo día se hacen dos inyecciones intrabronquiales de aceite gomenolado.

El 5 y 6 de octubre, nuevas inyecciones intrabronquiales; la temperatura comienza á descender. La macidez es menos pronunciada, el soplo ha desaparecido. El enfermo continúa expectorando esputos cargados de pus sanguinolento y fétido.

11. Nueva inyección menos abundante; pus menos fétido, pero una fetidez muy pronunciada del aliento con la tos.

A partir del día 11, las inyecciones intrabronquiales se hacen con aceite con gomenol y guayacol á partes iguales.

12. Los esputos fétidos desaparecen y la fetidez del aliento disminuye para desaparecer el 31.

El estado general mejora sensiblemente.

El 13, última inyección. La expectoración disminuye de día en día de una manera notable. El apetito es excelente. El enfermo duerme por que la tos es rara; buen estado general.

El método es sencillo. Una vez vista la glotis con espejo laringoscópico, es fácil franquearla con una larga cánula de una jeringa de 20 centímetros cúbicos, é inyectar, sea en la tráquea, sea en uno de los dos bronquios, una cantidad dada de líquido activo y antiséptico. Si el enfermo en el momento de la inyección se inclina sobre el lado derecho y se inclina al mismo tiempo la jeringa hacia la comisura del lado opuesto, es decir, á la comisura izquierda, la inyección se dirige toda naturalmente, hacia el bronquio derecho, é inversamente si se quiere inyectar en el brónquio izquierdo. La totalidad de la inyección penetra, una vez inyectada, en todo el árbol bronquial correspondiente.

Como sustancia activa empleamos la solución en aceite de gomenol ó guayacol al 5 ó 10 por 100.

El autor concluye manifestando que hoy poseemos un método que permite curar la gangrena pulmonar, que resistía á todos los tratamientos médicos, hasta ahora en uso, y que antes necesitaba una intervención quirúrgica grave.

Este método es completamente inocente; el autor jamás ha observado el más pequeño inconveniente, y debe ponerse siempre en práctica antes de intentar la intervención quirúrgica, puesto que ha curado todos los casos, generalmente muy graves que han sido tratados con dichas inyecciones.

RODRÍGUEZ VARGAS

UROLOGIA

Diagnóstico rápido de la Tuberculosis urinaria por un nuevo método. (Reacción del antígeno de Debre y Paraf), en las orinas, por Heitz-Boyer. (*Journal d' Urologie*, n.º 1).

De todos es sabido las dificultades que existen para establecer con certeza, la naturaleza tuberculosa de una lesión renal (1), tal incertidumbre se presenta no solamente en los casos precoces, con manifestaciones todavía frustradas (albuminuria premonitoria, hematuria con orinas claras, poliuria) hechos bien estudiados en la memoria de Brann y Curnet, sino en ciertos enfermos con lesiones avanzadas, y en los que presentando orinas grandemente purulentas, una infección banal y corriente sobreañadida, puede ocultar una tuberculosis antigua.

Para demostrar la naturaleza tuberculosa en tales casos, no disponíamos hasta la fecha, más que de la busca del bacilo de Koch y la inoculación al cobayo; en lo que concierne al primer método, no hay necesidad de esforzarse para demostrar las numerosas veces que tal examen resulta negativo, y todos los artificios preconizados (examen de la orina fresca), no obvian estos inconvenientes más que en pequeñas proporciones. La inoculación al cobayo es mucho más segura, constituyendo en la actualidad la piedra de toque para los casos difíciles de diagnóstico de la tuberculosis renal; mas en algunos enfermos resulta infiel y, sobre todo, exige un período de tiempo, de seis semanas como término medio, para conocer sus resultados, no siendo necesario decir los inconvenientes que tal espera tiene sobre el enfermo; diferentes medios se han propuesto para abreviar este espacio de tiempo (inoculación á hembras de cobayo en la lactancia; Nattan-Larrier) inyección en los vasos mesentéricos (Nogues), traumatismo de los ganglios inguinales (Bloch); mas los resultados proporcionados por todos ellos, son pequeños y nada prácticos.

Por estas razones nos ha parecido interesante, referir los resultados excelentes obtenidos con un nuevo procedimiento de

(1) Siendo la localización tuberculosa en el riñón la más frecuente, á ellas hacemos relación.

diagnóstico, basado en la busca del antígeno tuberculoso en la orina; procedimiento debido á nuestros compañeros y amigos, Debré y Paraf; desde hace 6 meses que comenzamos á estudiarle en Necker, nos hemos convencido personalmente de su valor; en varios de nuestros enfermos, el problema diagnóstico sólo fué resuelto en sentido exacto, gracias á este método; nuestro amigo Chevassus, profesor agregado y encargado del curso de Urología, ha comprobado idénticos resultados.

En esta nota solamente lo estrictamente necesario de la parte teórica diremos, para comprender el mecanismo de la reacción, por el contrario, nos extenderemos sobre el lado técnico y práctica del procedimiento.

El principio de la reacción de Debré y Paraf, esta basado en el método de desviación del complemento de Bordet y Gengou, recordado en algunas palabras.

La introducción de una sustancia extraña en cualquier organismo, determina en el mismo una reacción de defensa que conduce á la producción de un anticuerpo, llamado según los casos: aglutininas, lysinas (hemolysinas, bacteriolysinas, etc.); la sustancia extraña productora del anticuerpo, recibe el nombre de antígeno, pudiendo ser un cuerpo químico, una toxina, etcétera; en el caso que nos ocupa el antígeno estará representado por los bacilos de Koch y el anticuerpo por una bacteriolysina. Bordet y Gengou han demostrado que el anticuerpo estaba formado por la reunión de dos sustancias completamente diferentes, la una banal que existe normalmente en todos los organismos y preexiste en el sujeto infectado, es la alexina ó complemento; la otra específica, engendrada directamente por el agente nocivo, constituye el amboceptor ó sensibilizadora. Para ciertos anticuerpos, tales como las aglutininas, su demostración se hace fácilmente y por reacción directa: el serodiagnóstico de la fiebre tifoidea de Widal es el tipo más conocido; por el contrario, otros anticuerpos entre los cuales están incluidos las bacteriolysinas, no pueden ser reconocidos más que de una manera indirecta, poniendo en evidencia en el humor contaminado la desaparición del complemento fijado sobre otra sensibilizadora (el uno y el otro unidos constituyen el anticuerpo). Para demostrar la desviación de este complemento, para demostrar que ha sido fijado por el sistema hemo-sensibilizatriz-antígeno) se añade la mezcla de glóbulos rojos preparados, los que sufrirán la hemolisis por la presencia del

complemento libre; si la hemolisis no tiene lugar, será porque el complemento ha sido absorbido, fijado, lo que probará puesto que sólo por ello puede tener lugar, la presencia del antígeno; así de una manera indirecta se hace la prueba de la infección supuesta.

El descubrimiento y comprobación del anticuerpo, según este método de la desviación del complemento, ha dado como se sabe, resultados excelentes sobre todo para la sífilis (reacción de Wassermann) y para la hidatidosis (reacción de Weinberg); por el contrario, en la tuberculosis los resultados han sido inciertos hasta la fecha, como lo demuestra entre otros los trabajos de Besançon y Brunel de Serbbonnes; por otra parte señalaremos en lo que concierne á las orinas que la reacción positiva puede presentarse lo mismo en un tuberculoso pulmonar que en uno renal. Por esto Debré y Paraf han tenido este año la idea, de dirigirse para el diagnóstico de la naturaleza tuberculosa de los humores, á la busca del antígeno en lugar del anticuerpo. El método en sus grandes líneas es el mismo, el mecanismo de la reacción no difiere más que por ser el antígeno en lugar del anticuerpo, el elemento desconocido á comprobar. Esta reacción ensayada primero para los líquidos de derrames pleuríticos y ascíticos, fué aplicada enseguida á las orinas, siendo esta parte del método, la que llamará nuestra atención.

Técnica.

La reacción propiamente dicha es precedida de maniobras preliminares indispensables.

I.—TIEMPOS PRELIMINARES

Consisten en reunir los elementos necesarios que entrarán en juego en la reacción.

1.º *Suero hemolítico de carnero (ó humano).*—Se prepara varias semanas antes, por inyecciones de glóbulos rojos de carnero al conejo; se inyectan con intervalos de 8 días 10 á 15 c. c. de glóbulos rojos de carnero recogidos asépticamente, lavados y desfibrinados: una precaución buena es preparar dos conejos. Al cabo de un mes, el suero de conejo recogido por sangría de la carótida, será hemolítico y apto para emplearle, siendo necesario centrifugarle con

cuidado y calentarle varias veces á 56° para privarle de la alexina que contiene. Se le titulará una vez para todas, poniendo cantidades variables de 0,1, 0,2, 0,3, etc., en presencia de la alexina y una emulsión de glóbulos, el tubo donde la hemolisis es clara y neta, indica la dosis exacta que hay que emplear. En la actualidad es fácil procurarse un suero fabricado y titulado en el comercio, que debe estar conservado cualquiera, que sea su procedencia. en tubos cerrados y sellados.

2.º *Glóbulos de carnero.*—Se les buscará en los mataderos guardándoles en frascos esterilizados, siendo necesario lavarlos cuidadosamente, para lo cual se ponen una pequeña cantidad con suero fisiológico en un tubo del centrifugador; se repite la centrifugación generalmente tres veces, al cabo de las cuales el agua que sobrenada es completamente clara y los glóbulos entonces dispuestos para su empleo. Se les diluye al 20.º (1 c. c. para 20 c. c. de suero fisiológico), empleando 1 c. c. de esta dilución. Los glóbulos pueden conservarse intactos durante un par de días en la cámara frigorífica.

3.º *Alexina del cobayo.*—Para obtenerla, es conveniente sacrificar el cobayo algún tiempo antes del momento de la reacción; la sangre por sección de las carótidas se recogerá asépticamente, dejando retraer el coágulo sanguíneo; después de recogido el suero y centrifugado si es turbio, hasta quedarle completamente claro, se diluye á $\frac{1}{4}$ de suero fisiológico, para proceder á su titulación. Esta titulación es absolutamente necesaria, haciéndola inmediatamente antes de la reacción de la manera siguiente:

Se preparan 4 tubos en los cuales se ponen respectivamente.

Tubo.	Alexina para titular.	Suero hemolítico.	Glóbulos al 20º
Número 1	0,05	0,2	1 c. c.
» 2	0,10	0,2	1 c. c.
» 3	0,15	0,2	1 c. c.
» 4	0,20	0,2	1 c. c.

Se dejan durante 20 minutos en la estufa; el tubo en que la hemolisis tenga lugar al cabo de este tiempo, contiene la dosis de alexina necesaria para la reacción y que hay que emplear; menos cantidad sería poco y por encima de ella demasiado.

4.º *Anticuerpo.*—Como anticuerpo nos serviremos de un suero de tuberculoso, ó de una mezcla de varios sueros calentados á

56° y verificados repetidas veces. Hace falta asegurarse de la presencia de anticuerpos por medio de una emulsión de bacilos; se notará por ello la cantidad de anticuerpo en el suero, dosificándola; se comprobará que no tienen propiedades hemolíticas ni anti-hemolíticas. No siendo fácil procurarse en cualquier momento sueros ricos en anticuerpos, será más simple servirse del suero anti-tuberculoso preparado por Vallée ó Jousset, suero calentado y dosificado de una vez para siempre.

*5.º *Orinas á examinar.*—Se las dividirá en dos partes: una será empleada según es expulsada, la otra será calentada distintas veces á 60° para hacer desaparecer los anticuerpos ú otras sustancias que pueden presentar las orinas de los tuberculosos y cuya presencia es capaz de impedir la hemolisis.

II.—REACCIÓN PROPIAMENTE DICHA

1.º *Preparación de los tubos.*—22 tubos son necesarios según la última técnica de Debré y Paraf; la mitad de ellos contendrá la orina normal, serie I, la otra mitad será llena con la orina calentada á 60° varias veces (tubos testigos) serie II: las distintas manipulaciones que hay que poner en práctica, son iguales para las dos series.

Cada serie de 11 tubos se dividirá en tres grupos; el primero constituido por 5 tubos que designaremos con la letra A (A^1 A^2 etc.); otro segundo grupo constituidos por otros 5 tubos designados con la letra B y un tercer grupo constituido por un solo tubo y señalado con la letra C. Las manipulaciones que hay que practicar son las siguientes:

Grupo A.—Cada tubo deberá contener:

1.º La orina-antígeno, que será puesto á dosis creciente en cada uno de los 5 tubos ($A^1=0,2$, $A^2=0,4$; $A^3=0,6$, $A^4=0,8$, $A^5=0,10$).

2.º El suero tuberculoso-anticuerpo, que se pondrá en todos los tubos en igual dosis, alcanzando generalmente la cantidad de 0,3.

3.º La alexina-cobayo, que dosificada y titulada una vez para todas las reacciones, se añadirá á todos los tubos.

4.º Por último en cada uno de los tubos, se añadirá suero fisiológico hasta completar un total en cada uno de ellos de 3 c. c., lo que facilitará la lectura de los resultados.

Grupo B.—Se diferencian de los anteriores, en que en éstos no se pondrá anticuerpos; encerrando solamente éstos la orina-antígeno, la alexina-cobayo y el suero fisiológico. Este grupo constituye el primer testigo controle.

Grupo C.—En este tubo único se pondrá el antígeno, el anticuerpo y el suero fisiológico, pero desprovisto de alexina; constituye también un tubo testigo-control, siendo necesario estos tres grupos para eliminar las causas de error en la reacción.

Las mismas manipulaciones rigurosamente practicadas, se verificarán con la segunda serie de 11 tubos, con la única diferencia de haber calentado á 60° la orina-antígeno empleada.

Primera parte de la reacción.—Los 22 tubos preparados, se dejarán dos horas en una estufa.

Segunda parte de la reacción.—Retirados los tubos de la estufa y para poner en evidencia la desviación del complemento, se añadirá el sistema hemolítico, constituido por una parte por el suero hemolítico preparado y titulado previamente, y de otra parte, un centímetro cúbico de glóbulos de carnero preparados; poniendo después los dos grupos de tubos en la estufa durante 20 ó 25 minutos.

Lectura de resultados.—Frecuentemente los resultados claros no son inmediatos, haciendo falta centrifugar en unos casos, ó esperar á que los glóbulos se hayan precipitado dejando los tubos en un vaso de cristal; por otra parte, es necesario en la lectura de resultados, tener en cuenta las eventualidades que anteriormente se han señalado.

Primer caso: Orina que no contiene anticuerpos ó sustancias capaces de impedir la hemolisis y destruidas por el calor. La reacción será fácil de interpretar:

a) Si se trata de una orina tuberculosa, la hemolisis tendrá lugar solamente en el grupo de los tubos B, tubos testigos de controle sin anticuerpo; por el contrario, no se producirá en la serie de los tubos A y en el tubo C; el complemento se encuentra desviado, la reacción por lo tanto, es positiva.

b) En el caso de orina no tuberculosa, la hemolisis tendrá lugar en los grupos de tubos A y B; no hay desviación del complemento, la reacción es negativa; la hemolisis faltará en el tubo C, tubo testigo sin alexina.

Segundo caso: Orinas conteniendo anticuerpos: Como hemos dicho anteriormente, las orinas de cualquier tuberculoso (ganglionar, pulmonar, etc.), encierran alguna vez anticuerpos, en

cuyo caso la desviación del complemento puede presentarse sin añadir artificialmente ningún anticuerpo, habiendo entonces ausencia de hemolisis en los tres grupos de tubos A, B y C; y para evitar precisamente estos casos de ausencia total de hemolisis, de nula significación á la reacción, es por lo que Debré y Paraf, han instituido la segunda serie II de 11 tubos, serie en la que la orina ha sido previamente calentada á 60°; de este modo, los anticuerpos preexistentes en la orina son destruídos y en lugar de la ausencia de hemolisis como en los tubos de la primera serie I de tubos con orina no calentada, se encuentra en la segunda serie II (formada de los grupos A' B' y C') el cuadro típico de la desviación del complemento; es decir, hemolisis efectuada en el grupo B', faltando en los otros dos grupos A' y C'. Mas existen casos, aunque excepcionales, en los que la destrucción por el calor de los anticuerpos no tiene efecto alguno, presentándose la hemolisis, siendo necesario en esos casos interpretar el fenómeno como resultado probable de una acción antihemolítica de algunas orinas. Debré y Paraf por sucesivas modificaciones de técnica, tienden á disminuir el número de estos casos, en los que habrá que renunciar á la reacción por carecer de valor, cuando falta la hemolisis en las dos series de tubos I y II, ausencia que hasta la fecha, sólo se ha presentado tres veces.

Resultados.—La reacción ha sido practicada en el Hospital Necker en 32 casos, á los cuales añadiremos otras 11 observaciones recogidas en distintos hospitales; estos 43 casos serán divididos en tres categorías: en la primera la reacción fué practicada únicamente para comprobación, por tratarse de orinas francamente tuberculosas ó no tuberculosas; en una segunda categoría están incluídos los casos en que la duda existía, más con la presunción en un sentido ó en otro; por último, la tercera comprende los enfermos complejos y difíciles en los que la reacción era particularmente útil.

Signe la exposición de 11 casos evidentes, 24 dudosos descompuestos en la siguiente forma: 10 con orinas purulentas y reacción positiva, 3 con orinas claras y resultado negativo, 4 con orinas claras y resultado positivo y 7 con orinas purulentas y resultado negativo y por último, 8 casos muy dudosos.

En resumen: en 43 casos en los que la reacción ha sido hecha, 25 veces dió resultado positivo y 18 negativo; en los 25 primeros, solamente en dos casos la prueba confirmativa no se practicó. existencia del bacilo de Koch, inoculación ó examen de la pieza;

en un tercer caso hubo contradicción entre la reacción y la inoculación, en las restantes la reacción del antígeno fué comprobada, tres veces por la existencia del bacilo, 15 veces por la inoculación positiva al cobayo y 13 veces por el examen del órgano; en los 18 casos negativos la confirmación faltó solamente en un caso, en los restantes, 4 se confirmaron por la inoculación, 17 por el examen del órgano.

Por lo transcrito, la estadística no puede despertar mayores esperanzas en favor del método y para demostrar particularmente el interés del mismo, vamos á referir dos ejemplos típicos de los observados en Necker; el primero concierne á una mujer de 25 años recién parida y la que vino al Hospital por una albuminuria gravídica; durante el embarazo había presentado albuminuria, con edema de los párpados y de las piernas, accidentes que desaparecieron con el régimen lácteo, reapareciendo nuevamente después del parto para desaparecer más tarde con igual tratamiento; no había tenido nunca ni hematuria, ni polakiuria, únicamente desde hacía 10 años dolores sordos en el hipocondrio izquierdo sin caracteres particulares.

Se nos envió esta enferma para saber si la albuminuria era uní ó bilateral y haciendo el cateterismo ureteral doble nos sorprendió el encontrar la orina del lado izquierdo ligeramente turbia, acusando por el examen microscópico algunos hematíes, leucocitos en mayor proporción que los de la sangre, algunos mononucleares, pero sin ningún microbio, dando un segundo análisis igual resultado. Sorprendidos por esta fórmula histo-bacteriológica, hicimos una primera reacción del antígeno, acompañada de inoculación al cobayo con las orinas totales; la primera fué positiva, por el contrario, el animal sacrificado á las 6 semanas estaba completamente sano; ante esta contradicción que nos sembraba de dudas el diagnóstico, hicimos salir á la enferma del hospital aunque recomendándola una vigilancia estrecha.

Dos nuevos cateterismos ureterales practicados un mes después, nos dieron iguales resultados que los anteriores y como por otra parte, una serie de lavados de la pelvis renal, no dieron resultado alguno, repetimos la reacción del antígeno que fué también positiva para la orina del riñón izquierdo. En vista de estos datos, decidimos una intervencióu exploratoria sobre el riñón izquierdo, que estaba remplazado en dos tercios de

su extensión por cuatro gruesos quistes de contenido transparentes, en el resto del parénquima no había granulaciones, en su cara externa por el contrario, la sección del órgano, descubre en su parte inferior dos granulaciones sospechosas; conociendo la frecuencia de ciertas formaciones quísticas en algunas variedades de tuberculosis renal, nos afirmamos por completo en este diagnóstico, practicando una nefrectomía, resolución que no pudo ser más acertada, como se desprende del hecho, de haber inoculado un cobayo con el parénquima renal, en el que se infartaron unos ganglios, los cuales reinoculados nuevamente tuberculizaron el animal.

He aquí un hecho demostrativo, concerniente á un caso de tuberculosis renal frustrada y en el que sólo la reacción del antígeno condujo á un diagnóstico y terapéutica verdadera; nosotros añadiremos, que después de la operación la enferma cambió por completo. Por el contrario, el caso diametralmente opuesto, concierne á un enfermo con lesiones avanzadas y aparición de orinas purulentas; el enfermo de 27 años y constitución robusta, haciendo vida higiénica al aire libre, vino á consultar únicamente por tener orinas turbias, sin el menor síntoma de cistitis ni hematuria; el examen microscópico había demostrado la existencia de leucocitos polinucleares abundantes y microbios saprofiticos; por último la Radiografía descubrió la existencia de un cálculo bastante voluminoso y de apariencia fosfática. El diagnóstico por lo tanto parecía fácil: hidro-piñefrosis calculosa banal y como quiera que el examen funcional demostró que el riñón tenía un valor secretorio grande, pensamos en la posibilidad de una operación conservadora; por otra parte, el enfermo no podía esperar el resultado de la inoculación al cobayo, pues no disponiendo más que de un mes de vacaciones, al cabo de este tiempo perdía su colocación sino se presentaba en su oficina. Una reacción de antígeno, fué positiva y basándonos en este dato, practicamos la nefrectomía y en efecto, al corte del riñón, parecía una piñefrosis tuberculosa, que se confirmó á las 6 semanas por la inoculación al cobayo de trozos de parénquima renal.

Nosotros podíamos citar casos demasiado interesantes, mas por no hacer demasiado largo este trabajo hacemos punto, pensando haber demostrado el real interés de esta nueva reacción de Debré y Paraf, para el diagnóstico rápido de la tuberculosis urinaria en general y particularmente de la tuberculosis renal.

Resultados inmediatos de la prostatectomía, por el Doctor Zuckerkandl de Viena. (Congreso Internacional de Urología de Londres, julio 1911).

1.º Para saber los resultados que pueden obtenerse de la prostatectomía, es necesario tener conocimientos anatómicos de procedimiento operatorio, de las causas de muerte y del método curativo.

2.º Puesto que la hipertrofia de la próstata, solamente se desenvuelve en una parte limitada del órgano, solo ésta debe ser extirpada.

3.º Las partes de la próstata no incluidas en la hipertrofia, tales como los lóbulos laterales y las comisuras anteriores y posteriores, es decir, todas las partes periféricas, serán conservadas y considerablemente reducidas por la presión, representando lo que sirve de cápsula á la próstata; al propio tiempo, la parte de la uretra prostática del verumontanum queda siempre intacta.

4.º Las próstatas extirpadas, corresponden solamente á una parte de la próstata, al lóbulo central en relación con la zona central que envuelve á la uretra.

5.º Los conductos eyaculadores y el verumontanum, quedan intactos en las prostatectomías típicas, así como la uretra prostática á partir del mismo.

6.º Los lóbulos laterales con las comisuras anteriores y posteriores, permanecen intactos en las operaciones típicas de la hipertrofia. La preparación de los órganos intrapelvianos en los enfermos que fueron operados, demuestran la existencia de una próstata que no ha cambiado de configuración.

7.º La curación y relleno de la cavidad resultante de la extirpación, se verifica de tal manera, que la mucosa vesical incrustándose en la cavidad, remplaza la parte desaparecida de la uretra.

8.º Esta comunicación está basada en mi propia observación clínica de 94 casos, elegidos con cuidado, habiendo sido operados con todos los grados de retención, siendo necesario señalar los enfermos que sufrían de micción dolorosa con obstrucción, sin residuo vesical.

9.º De los 94 casos operados, 16 murieron; la cifra de mortalidad de prostatectomía perineal, es de 9,5 por 100; la cifra más baja de mortalidad, de la prostatectomía hipogástrica en los últimos años, se eleva al 18.7 por 100.

10. Entre los operados vivos, se puede conocer los resultados en 66 casos á fines de 1910.

11. En las operaciones perineales, la salud es seriamente comprometida en varios casos, por la formación de fistulas, por la incontinencia.

12. Las funciones sexuales no son perjudicadas en la prostatectomía hipogástrica, al contrario, en algunos casos la operación mejora la debilitación anterior de las mismas. Con la prostatectomía perineal el vigor sexual se conserva en un cierto número de casos, menos que con la operación por vía alta; en algunos enfermos ha seguido inmediata á la prostatectomía perineal.

13. Las estrecheces consecutivas á la prostatectomía, constituyen una excepción, siendo el resultado de enucleaciones atípicas.

14. La restauración de la uretra prostática, del cuello de la vejiga y del trigono vesical después de la prostatectomía, es tan perfecta, que un examen cistoscópico no descubre diferencias apreciables en las condiciones fisiológicas.

15. Los trastornos producidos en la micción por la hipertrofia de la próstata, todas las formas de retención, disuria y micción dolorosa, desaparecen de una manera permanente y completa, por la prostatectomía.

16. Hasta el presente ningún retorno al estado anterior ha sido observado, por lo que se puede considerar la prostatectomía como una cura radical absolutamente segura del prostatismo. La operación es conservadora porque no se quita más que la parte atacada, de suerte que se puede esperar una restauración completa de todas las partes, por los tejidos sanos restantes.

17. Bajo el punto de vista anatómico, como por los resultados funcionales que se obtienen, la operación por vía hipogástrica, á pesar de su mayor mortalidad, es preferible á la operación perineal.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFÍA

Terapéutica Obstétrica de Urgencia, por el Prof. José Vicarelli, de la Universidad de Turín. Traducida de la 4.^a edición italiana por el Dr. Tomás Alcober. Médico tocólogo de la Beneficencia Municipal de Valencia; y presentada á la clase médica por el Excmo. Sr. D. Eugenio Gutiérrez, Conde de San Diego. Sociedad Editorial «Valencia», Cirilo Amorós, 31.

Próximamente un año hace que el Dr. Alcober, reputado tocólogo valenciano, nos dió á conocer la interesante obra del Dr. Vicarelli de la que se han hecho en Italia cuatro ediciones en el corto espacio de siete años. Sólo este hecho demuestra ya su importancia. Y si á ello añadimos que, como dice mi querido maestro el Excelentísimo Sr. Conde de San Diego, en la presentación, *es la única obra en su género y la más completa y razonada de todas las conocidas.....* y el consejo de que *debe llevarse siempre en el bolsillo para librarse de muchos compromisos*, nos podremos formar una aproximada idea de la importancia que este tratado tiene para los médicos generales, á los cuales en un momento determinado y sin pérdida de tiempo orientará siempre hacia lo que deben hacer.

Un librito de 376 páginas, de pequeño tamaño, muy capaz de llevarse en el bolsillo (para lo que está encuadernado en forma de cartera) y en el que puede encontrar el médico todas las soluciones para todos sus apuros obstétricos del momento, esto es la obra del Dr. Vicarelli.

Desde *la parte general*, en la que se ocupa de la *llamada del tocólogo, estudio obstétrico, profilaxis, recursos terapéuticos y fórmulas*, el lector se encariña con esta obrita, y ve con gran satisfacción que en *la parte operatoria* se describen *todas las operaciones obstétricas* en forma clara y sencilla, exponiendo en cada caso las indicaciones para cada operación.

Pero no es esto sólo. Dedicó el autor *una parte especial*, á *la higiene del embarazo, enfermedades dependientes del mismo*,

metrorragia obstétrica; asistencia al parto normal, conducta que hay que observar frente á las distocias, ante la muerte repentina de una mujer en cinta ó parturiente, en los casos de muerte aparente del recién nacido, asistencia al puerperio normal, y conducta que hay que observar en los puerperios irregulares ó patológicos y en los casos de muerte instantánea en el puerperio.

En el apéndice trata el autor la *anatomía, fisiología y prope-
déutica Obstétrica; Datos y reglas acerca del recién nacido, el niño
de pecho, la secreción láctea y la lactancia; Vacunaciones; Docu-
mentos en caso de aborto provocado; Disposiciones legislativas; Ad-
ministración del Bautismo; Norma de Deontología médica; Código
profesional para las matronas y tarifas de honorarios.*

Este viene á ser el índice de la obra. Yo, que hace diez meses la consulto casi diariamente, no puedo menos de recomendar á mis lectores su lectura, en la seguridad de que me han de agradecer el consejo: y en confirmación de mi modo de pensar citaré lo que me escribían, no hace mucho, unos compañeros á quienes se la recomendé; «ningún médico en ejercicio, y menos aún los que vivimos lejos de los grandes centros de población, debe dejar de comprar el *Vicarelli*» y otro, médico joven me decía «no puede usted figurarse el miedo que tenia á los partos, ya que que salí de la Facultad sin haber visto uno normal siquiera; pues bien, desde que tengo el *Vicarelli*, me siento capaz de asistir cualquier distocia, ya que en él encuentro quien me resuelva con claridad y precisión todas mis dudas.

Hoy día que se escribe y se traduce tanto libro inútil da gusto encontrar algo como la obra que el Dr. Alcober ha traducido á nuestro idioma, *prestando con ello*, como dice el Dr. Gutiérrez, *un señalado servicio á los médicos españoles*. Mi enhorabuena.

El malestar de la Clase Médica, por D. Rogelio Pérez Domingo, Médico titular de Huérmeces (Burgos). Imprenta y librería de los Hijos de Santiago Rodríguez. Pasaje de la Flora. Burgos.

Orgullo legítimo hemos sentido al terminar la lectura de tan simpática obra, y ver que su autor, UN CASTELLANO, ha sido el primero que supo presentar las soluciones prácticas posibles á tan debatida cuestión.

No quiero decir con esto que esté conforme en absoluto con sus apreciaciones y remedios, pero sí que veo en este libro *la obra*

de texto de los regeneradores de la clase. En lo sucesivo nadie podrá tratar estos asuntos sin conocer la obra del Sr. Pérez Domingo.

En su primera parte, la más personal, hace el autor un estudio de conjunto del problema profesional, sin que se escape á su análisis ninguno de los múltiples asuntos de tan complejo problema. *La consideración social del médico, su bienestar económico, su independencia, deberes sociales, deberes para con los compañeros, condiciones de una Asociación sólida, limitación del número de médicos....* todo esto y mucho más trata el autor con franqueza castellana, sin eufemismos ni rodeos y con gran conocimiento de causa; terminando esta primera parte con un capítulo en el que expone el plan general que ha de guiar nuestra acción, orden que ha de seguirse, lo que la clase puede hacer por sí sola y lo que debe pedir al Estado, etc.

En la segunda parte presenta multitud de datos acerca de la organización de distintas, Asociaciones Médicas, Tribunales de honor, Códigos de moral médica, Cámaras médicas, Cajas de pensiones y de préstamos, tarifas de honorarios, etc., de Alemania, Austria, Bélgica, Francia é Inglaterra; terminando con un apéndice sobre organización del personal sanitario en dichos países.

Muy oportuno me parece dar á conocer á los médicos españoles las organizaciones del extranjero, aun cuando yo creo que no debemos limitarnos á copiarlas sino, si es caso, á adaptarlas á las condiciones especiales de nuestro temperamento y raza.

En cuanto á la limitación del número de médicos, conformes en el fondo aunque no en la forma. Yo, como él, pienso que hacen falta menos médicos y mejores médicos y por tanto bueno que se haga selección al ingreso en las facultades, como él quiere, para lo cual yo pediría que nuestras escuelas de Medicina se organizaran como las especiales, las de ingenieros por ejemplo, independientes de las Universidades y en número más reducido que en la actualidad; pero además no estaría de sobra que nosotros mismos hiciésemos algo en pro de dicha limitación, procurando que aquellos compañeros que dedican principalmente sus aptitudes á asuntos ajenos á la medicina, préstamos, política, etc., renunciaren al ejercicio de la profesión en beneficio de la clase. Es lástima que el autor no se ocupe de estas cuestiones.

Conformes con lo que dice respecto á las relaciones entre compañeros, y entre éstos y la prensa profesional, y á este respecto puede ver lo que LA CLÍNICA CASTELLANA hace y ha hecho,

comenzando por establecer una sección especial de *Casos y Consultas* con este fin.

Sin que yo vea en la obra del Sr. Pérez Domingo la panacea para la solución de los problemas médicos-sociológicos, entiendo que es el único sitio donde los compañeros pueden orientarse bien cuando quieran intentar algo en beneficio de la clase. En este sentido yo recomiendo á mis lectores su lectura detenida, y á este fin supliqué á la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de esta Provincia, en su última Junta general, que estudiase á fondo diversos asuntos que el Sr. Pérez Domingo trata de mano maestra en su importante obra, á fin de procurar la adaptación de alguno de ellos á la práctica de nuestra profesión en esta provincia.

Es más: como hoy día creo al Sr. Pérez Domingo *el más autorizado* (por el concienzudo estudio que ha hecho) para ocuparse de estos asuntos, y algunos de ellos no ha hecho más que esbozarlos en su obra, yo me atrevo, á la vez que le felicito con entusiasmo, á invitarle á que continúe el camino emprendido, á cuyo fin podría decirnos mucho bueno en las columnas de nuestro *Boletín de La Clínica Castellana*.

Para terminar. Es una lástima que el autor no se decida por las asociaciones regionales dependientes de una Central, ya que hemos podido ver los inconvenientes de la centralización, y los grandes de pretender unir á los médicos, comenzando por separarles en titulares y libres, de pueblo y de ciudad, etc. En mi sentir, la unión debería hacerse sin distinción alguna, como él mismo dice, pero primero por partidos judiciales agrupados por provincias, éstas á su vez por regiones y todas las regiones unidas para constituir la Federación Médica Española. Precisamente la lectura de la segunda parte de la obra inclina mi modo de pensar á esta forma de asociación. Es imposible que nos merezca la misma confianza el compañero amigo y vecino que aquel á quien no conocemos; es muy difícil que en todas las regiones puedan los médicos regirse por las mismas bases. Busquemos la unidad dentro de la variedad. Como médicos que somos copiemos nuestra organización fisiológica, que tal vez nuestra maestra la naturaleza sea quien mejor nos enseñe á resolver esta importante cuestión de «El Malestar de la Clase Médica».

P. ZULOAGA

CASOS Y CONSULTAS

TUBERCULOSIS Y EMBARAZO

Sr. D. L. S. A.... Dice V. que se trata de una embarazada en el cuarto mes, que le parece oír síntomas de una tuberculosis pulmonar incipiente y que si podría, sin inconveniente, emplear botones de fuego y administrar arsenicales y demás recursos terapéuticos indicados en el tratamiento de la bacilosis. Y añade usted después: «entiendo que sí, pero deseo me señale V. los medios que crea más convenientes para tratar este caso».

En realidad quedaría contestada suficientemente su consulta, con decirle que no sólo no hay inconveniente sino que es indispensable el tratamiento clásico de la tuberculosis pulmonar, y V., médico competente, sabrá mejor que yo lo que ha de hacer, ya que en esto de tuberculosis pulmonar *á penas me llamo Pedro*.

Pero es el caso que su consulta tiene un grandísimo interés, que entra de lleno en mi especialidad, ya que el capítulo *tuberculosis y embarazo* está sobre el tapete. Y aun cuando no he de intentar siquiera hacer un completo estudio de asunto tan importante, no resisto la tentación de enviarle unos renglones, que seguramente podrán serle de alguna utilidad.

Es indudable que el embarazo ejerce desfavorable influencia en la tuberculosis pulmonar; sabe V. que á veces esta enfermedad sufre momentánea detención durante el embarazo, para agravarse notablemente durante el puerperio. Seguramente esta agravación será debida á la menor resistencia de la enferma en dicha época. Pero ¿á qué podría achacarse dicha menor resistencia? Aparte de las pérdidas sanguíneas, á las que no se conceden extraordinaria importancia, hay quien atribuye mucha á la decalcificación que sobreviene á consecuencia del embarazo, y no escasean los partidarios de la teoría que achaca dicha

agravación á la ausencia ó disminución de anticuerpos en la mujer embarazada ó parida. Es más: ya que se admite la tuberculosis placentaria ¿no podría, como dice Bar, considerarse esta placenta como un verdadero absceso tuberculoso del que, efecto de las contracciones uterinas, se liberen bacilos, inmovilizados en los bloques fibrinosos intervelloso durante el embarazo?

De las consideraciones expuestas puede V. sacar consecuencias algún tanto provechosas para el tratamiento, comenzando por dar á la enferma glicerofosfatos de cal, por si la decalcificación juega importante papel, además del clásico tratamiento de dicha enfermedad.

Pero bueno será recordar que las corrientes modernas preconizan la interrupción pronta del embarazo en los casos de tuberculosis pulmonar, ya que es indudable que el tratamiento médico en estos casos es por demás inseguro. Claro está que no todos los autores están de acuerdo respecto á procedimiento, pues algunos, en vista de los riesgos indudables del aborto provocado en estos casos, y atribuyéndolos á que la malaxación placentaria pone en libertad bacilos en ella contenidos, preconizan no sólo el aborto provocado, sino la histerectomía (Bumm) ó la excisión del cuerpo uterino (Bardeleben). Considerando la placenta tuberculosa como absceso que se abriría por las maniobras abortivas, desde luego que estaría indicada dicha intervención, pero si la agravación se debe á la inhibición de los anticuerpos, sería suficiente practicar el aborto (Bar). La mayoría de los autores alemanes (Leopold. V. Holst, Schauta, etc.), y varios franceses (Bar. Daunay Chirié), son partidarios de provocar el aborto en los casos de tuberculosis. Recasens, en cambio, dice que «el médico no puede disponer de la vida de un ser que tiene más garantías de ella, y aun de salud, que la de quien se pretende mejorar con la provocación del aborto». Y Mañueco lo cree indicado en la primera mitad del embarazo, sobre todo antes del tercer mes, en los casos incipientes ó de marcha tórpida, pero con gran empeoramiento del estado general ó local.

En el caso que V. me consulta no creo indicada la interrupción del embarazo. Trate V. con su pericia habitual á la enferma y no tenga miedo á que sobrevenga el aborto, ya que una cosa es no buscarlo y otra alegrarnos si viniese.

Le abraza su buen amigo

P. ZULOAGA

Principales manifestaciones oculares del reumatismo y su tratamiento

POR

PABLO ALVARADO

Durante nuestra estancia en una población del litoral, llamó nuestra atención la frecuencia de las afecciones oculares sobre las cuales la influencia del reumatismo era manifiesta.

En casi todas las operaciones de cataratas, la presencia de sinequias, restos de antiguas iritis, complicaban la operación. En una ocasión, fuí llamado en consulta para ver varios individuos de una misma familia, consternada ante los alarmantes síntomas de una tenonitis aparecida súbitamente á algunos de ellos.

Más tarde, ejerciendo en el centro de Castilla, lejos de las costas, hemos podido observar estas manifestaciones, sino con la misma frecuencia, con la suficiente para que haya llamado poderosamente nuestra atención y nos haya hecho estudiarlas con detenimiento.

Sabido es que nuestras bibliotecas se surten casi exclusivamente de libros franceses ó pasados por Francia, donde por ser menos frecuente, dan poca importancia á este punto, puesto que en muchos de sus tratados, muy extensos, apenas dedican algunas páginas al estudio del reumatismo ocular.

En España tenemos sólo los manuales de dos maestros eminentes, los Doctores Mansilla y del Toro, en los cuales puede reflejarse la modalidad especial de las manifestaciones patológicas propias del país.

Con nuestro artículo de hoy, pretendemos llamar la atención, sobre esta falta de bibliografía en asunto tan importante, de los médicos en general, para que los estudien, y de los especialistas, para que se auxilien con más frecuencia del médico general, que con más sagacidad que ellos, podrá en algunos casos adivinar el reumatismo y ponerlos sobre la pista de la etiología de esas neuritis ópticas, iritis, coroiditis, etc., de marcha insidiosa y etiología totalmente oscura que salen de nuestras consultas, con el clásico y cómodo tratamiento mercurial, espejismo de lo que ocurre en las clínicas parisienses, donde quizá en esta forma dan con más frecuencia en el clavo, por ser entre ellos la sífilis lo que entre nosotros es el reumatismo en la clientela rica y la escrófula en la pobre.

Las afecciones oculares en el reumatismo agudo, febril, son muy raras. Son frecuentes en el reumatismo subagudo y en el crónico; de los cuales, en ocasiones, es la afección ocular la única manifestación. Por esta circunstancia y por no presentar las manifestaciones oculares, generalmente, ningún signo de esos característicos que permiten relacionarlos con su causa primera, es muchas veces difícil el diagnóstico. Una iritis ó una escleritis reumáticas, por la simple inspección, son imposibles de distinguir de las inflamaciones producidas por la sífilis.

Los antecedentes reumáticos del sujeto, algún signo sacado de la marcha de la enfermedad, la ausencia de otras causas productoras, la aparición, sin causa apreciable, de

la lesión y su marcha insidiosa y pesada y, en último término, el éxito siempre seguro y con frecuencia sorprendente, por lo rápido, del tratamiento antirreumático, confirmarán el diagnóstico.

Haremos una descripción general de las manifestaciones más corrientes del reumatismo ocular, empezando por la tenonitis reumática: se llama así la inflamación del espacio seroso comprendido entre el globo ocular y la cápsula de Tenon.

Súbitamente, un individuo en plena salud, es atacado de un dolor peri-orbitario, generalmente en los dos ojos, parecido al de la neuralgia facial; después, aparece un edema de la conjuntiva pericorneana que empieza por el fondo de saco inferior; donde generalmente queda localizado, la circulación venosa se encuentra dificultada, hay una pequeña exoftalmia y los movimientos oculares se hacen con mucha dificultad. El edema de la conjuntiva, siempre más pronunciado en la parte inferior, puede ser enorme, hasta formar un rodete rojo que sale entre los párpados, dando un aspecto lamentable al enfermo. La duración de la tenonitis es de uno á cuatro septenarios y la terminación la resolución. En los casos muy ligeros podría confundirse con el edema palpebral de la enfermedad de Bright; el análisis de la orina aclarará el diagnóstico. En el flemón de la órbita, los síntomas generales, fiebre, etcétera, son muy característicos. Con mucha frecuencia, sobre todo las formas ligeras, son confundidas con afecciones de la conjuntiva, pero solamente ver que la mitad superior está en estos casos completamente sana y la ausencia absoluta de toda secreción, nos sacarán inmediatamente de dudas.

Como tratamiento local, nosotros hemos empleado con mucho éxito, las ducha de aire caliente, que hace desaparecer rápidamente los dolores, dando un gran descanso al enfermo, y alguna escarificación, si el edema es muy voluminoso. El tratamiento general, que rápidamente expondremos al fin del trabajo, común para todas las formas.

Con menos frecuencia que la tenonitis se observan las parálisis oculares de origen reumático. Un individuo, sin ser advertido por ningún dolor, ni trastorno alguno, presenta un ptoxis, diplopia, etc., signo de una parálisis del elevador del párpado superior ó de todos ó alguno de los músculos óculomotores; pueden hasta entonces no haber presentado estos individuos ningún otro signo de reumatismo ó de gota y sin embargo, no habiendo sífilis en los antecedentes ó algún síntoma que revele una lesión cerebral ú ósea, instituiremos un tratamiento antirreumático enérgico, local y general, con el que obtendremos una curación rápida y segura.

Como tratamiento local es muy útil la corriente de inducción del músculo ó músculos paralizados, que evite la atrofia y haga recobrar al músculo muy rápidamente su función.

Con frecuencia se observa la conjuntivitis que algunos autores llaman catarro seco. La conjuntiva está irregularmente enrojecida, los párpados ligeramente inflamados en sus bordes, la secreción es insignificante, el enfermo nota una sensación especial de cuerpo extraño, entre la conjuntiva ocular y la palpebral, prolongándose este estado durante muchos meses, con remisiones más ó menos largas, resistiendo á los tratamientos usuales de las conjuntivitis.

Otras veces, sí se trata de una conjuntivitis aguda, clásica al principio, que en lugar de curar en unos días, como es la regla, se hace crónica, resistiendo á los tratamientos que en los primeros días la influían favorablemente.

En estos casos, un tratamiento general, sobre todo higiénico, la supresión del trabajo de lectura, escritura, etc., particularmente por la noche, reemplazándole por el trabajo por la mañana á la luz natural, que en los reumáticos es el mejor tolerado, curarán una molestia que de otro modo perdura largos años.

Las inflamaciones reumáticas de la esclerótica puramente de origen reumático, son poco frecuentes, no así las gotosas, que lo son mucho, muy dolorosas y muy rebeldes á los tratamientos. Generalmente los tejidos inmediatos toman parte en la inflamación, constituyendo las episcleritis y esclerocoroiditis anteriores.

La episcleritis reumática aparece en un individuo adulto, después de un enfriamiento, un exceso de trabajo ó un traumatismo, en forma de una pequeña mancha, de un rojo vinoso, situada en las inmediaciones de la córnea, ocupando una extensión de dos ó tres milímetros; la conjuntiva por encima se encuentra sana, las molestias son insignificantes y la duración es de algunos meses. Cuando, como ocurre generalmente, el botón de episcleritis está junto á la córnea, produce en esta membrana una pequeña opacidad persistente que puede sumarse con otras inmediatas en sucesivos ataques de episcleritis, hasta hacer desaparecer en ella por completo la transparencia.

Tiene también una influencia muy grande esta disposición especial de la esclerótica, para la producción del glaucoma en sus diversas formas.

En el régimen de estos individuos será necesario proscribir todos aquellos alimentos, bebidas y medicamentos que obran con más ó menos intensidad sobre el riñón, disminuyen la diuresis, aumentan la hipertensión general contribuyendo de este modo á facilitar la aparición del ataque glaucomatoso, estado de hipertensión local.

De todas las manifestaciones del reumatismo ocular, la iritis es la más frecuente y la más conocida; se encuentra descrita en todos los tratados de oftalmología.

Nada nuevo puede decirse de la iritis plástica clásica perfectamente conocida por todos. Hay otra forma de iritis insidiosa, de mediana intensidad, en la cual la visión está muy disminuída y cuyo síntoma característico es la presencia en la cara posterior de la córnea de una serie de puntitos blanquecinos (Descemitis), que con un ligero enturbiamiento del acuoso y de la córnea parecen constituir toda la enfermedad; si ponemos unas gotas de una disolución de atropina, veremos entonces, que el iris toma parte importante en el proceso, que no se dilata, que su color ha cambiado. Cuando en la inflamación, caso frecuente, toman parte los procesos ciliares, los dolores pueden ser muy violentos, sobre todo durante la noche.

El tratamiento local consiste especialmente en la aplicación de la atropina (solución 1 por 100), tantas veces como sea necesario para conseguir dilatar la pupila al máximum y conseguirlo, es signo de curación; cura, cuando la iritis reumática suele con mucha frecuencia recidivar.

Ocurre en ocasiones que la atropina aumenta los dolores y empeora la enfermedad, y en estos casos precisamente la eserina, en la misma proporción, hace disminuir rápidamente los dolores y la inyección periquerática y después de

unos días la atropina es perfectamente tolerada y la curación se obtiene rápidamente.

De un modo rutinario, muchos autores proscriben los miósicos en todos los casos de iritis y sin embargo, en los que acabamos de citar, que son muy frecuentes, é independientemente de un estado glaucomatoso, prestan un gran servicio, pues no siendo tolerados los midriáticos estaríamos localmente desarmados contra la enfermedad.

Yo he visto algún caso en el cual, la atropina, las emisiones sanguíneas á las sienas y el salicilato, no fueron suficientes para calmar los intensos dolores de la iritis, ceder rápidamente á una inyección de 10 c. c. de suero Roux; medio que debemos tener siempre en cuenta para emplearle en estos casos, verdaderamente desesperantes, pues á sus buenos efectos sobre los fenómenos dolorosos, une su absoluta inocuidad.

Dejo aparte una forma de iritis crónica tan ligera que pasa inadvertida á los oculistas que después de examinar un ojo, operan una catarata y se ven sorprendidos en los días sucesivos por una hernia del iris más ó menos voluminosa, habiendo el enfermo observado una quietud absoluta en los días que siguieron á la operación y habiendo quedado el iris perfectamente reducido después del acto operatorio. Otras veces, es una verdadera irido-corooiditis que hace desaparecer para siempre la esperanza de visión en aquel ojo. *Las operaciones más hábilmente ejecutadas, son con frecuencia un fracaso para el operador, si no ha modificado antes el terreno sobre el cual tenía intención de intervenir.*

No haré más que mencionar las manifestaciones de la enfermedad en la coroides, iris y nervio óptico, las menos

frecuentes y que por necesitar para su diagnóstico el auxilio del oftalmoscopio, interesan poco á los médicos generales. Quiero citar solamente dos ó tres casos que he tenido ocasión de observar de verdaderas coroiditis plásticas, análogos á las que se presentan como complicación de otras infecciones generales. En ellas quizá un tratamiento apropiado, instituído en momento oportuno hubiera podido salvar el órgano.

Hemos pasado revista rápida á las manifestaciones más frecuentes del reumatismo ocular, dando algún detalle del tratamiento local, siempre de poca importancia, junto al general, que es el que debe más principalmente llamar nuestra atención.

El salicilato de sosa es frente á todos los remedios antiguos y modernos del reumatismo, el medio verdaderamente específico. Si el riñón y el corazón no presentan contraindicación, en los casos graves llegaremos á las dosis de 6, 8 y más gramos diarios, sin pasar nunca la dosis en que se produzca el zumbido de oídos. En los casos en los que las manifestaciones tienen más tendencia á la cronicidad se administra el salicilato á la dosis de dos gramos diarios durante meses, sin que casi nunca se manifiesten fenómenos de intolerancia.

Lo mismo para la administración de las grandes que para las pequeñas dosis, el mejor momento son las horas de la mañana, en las cuales el riñón tiene menos sobre carga antitóxica que eliminar.

La antipirina es, en algunos casos adicionada al salicilato, un buen medicamento contra el dolor, pero es preciso no perder de vista su acción sobre el riñón que nos interesa tener ampliamente abierto en todos los casos.

La aspirina es un excelente medicamento sin ninguna contraindicación, de administración muy cómoda, que pueda ventajosamente sustituir al salicilato en aquellos casos crónicos de reumatismo, difíciles de distinguir de los estados gotosos; en las formas dolorosas es muy superior á la anti-pirina pues siendo calmante como ella, lleva al mismo tiempo la indicación de favorecer las eliminaciones.

La hidroterapia en forma de baños calientes, los baños locales de aire caliente, al mismo tiempo que el ejercicio al aire libre y lejos de toda preocupación y trabajo, bajo la dirección de médicos experimentados, en los establecimientos especialmente dedicados á este objeto, completarán los efectos de los medicamentos y evitarán nuevos ataques.

En España tenemos excelentes establecimientos balnearios que como los de Fitero, Fortuna, Caldas de Montbuy y de Cuntis llenan cumplidamente todas las indicaciones.

Es de la mayor importancia durante la crisis, para curarla y después para evitar una nueva presentación, el régimen alimenticio. El régimen lácteo ó el régimen vegetariano ó un régimen mixto será prescrito á todos, pero especialmente á los que presenten iritis y tenonitis muy rebeldes.

PROFILAXIS DE LAS RECIDIVAS TUBERCULOSAS

POR EL

DR. EZEQUIEL CUADRADO

No es la tuberculosis de las enfermedades infecciosas que confieren inmunidad, antes al contrario, el individuo que la ha padecido se encuentra en mejores condiciones de receptividad para tener un nuevo ataque, de aquí, la necesidad que tienen estos sujetos de seguir ciertas reglas higiénicas, que en muchos casos impedirán se verifique una recidiva de la afección.

La tuberculosis cura por sólo los esfuerzos de la naturaleza, como lo demuestra el hecho de haber encontrado focos tuberculosos curados en más de la mitad de los casos en que se ha hecho la autopsia de individuos muertos de otra afección. En 1888 Bouchard terminaba así una de sus lecciones sobre tuberculosis. «Esta enfermedad es curable en el mayor número de los casos».

Por la misma época escribía Jaccoud «La tuberculosis pulmonar es curable; hé aquí la noción fecunda que domina toda la historia de la enfermedad, que debe inspirar y dirigir incesantemente la acción médica; la incurabilidad proclamada por Laënnec y sus sucesores inmediatos, es desmentida por la anatomía patológica y por la observación clínica; no os dejéis influir por esta condenación que no es ya sino

un recuerdo histórico. Comprobareis la presencia de algunos tubérculos en los pulmones; no por esto creais que el individuo está fatalmente destinado á ser víctima de ellos; comprobareis que estos tubérculos se reblandecen, que se forma una caverna, no creais por esto que toda está perdido, tened presente la tendencia natural del tubérculo á la transformación fibrosa que es la curación. Luchad siempre con la inmutable confianza que da la noción de curabilidad. El enemigo puede ser vencido, hé aquí la idea que ha de sostener vuestros esfuerzos».

Dos transformaciones experimenta el tubérculo. *La transformación fibrosa* caracterizada por la formación de un tejido fibroso cicatricial y por la desaparición de bacilos, ó sea la curación.

La *caseificación*, que se caracteriza por una degeneración especial de los elementos del nódulo y por la persistencia de los bacilos. En este caso, puede conservar la lesión los caracteres de una neoplasia extensiva virulenta susceptible de infectar ó de inocularse á distancia; ó puede la materia caseosa representar en el pulmón un papel indiferente en apariencia y cuyo poder morboso parece estar extinguido; sin embargo, esta materia inorgánica continúa siendo virulenta, dispuesta á producir nueva infección desde el momento que el organismo disminuya sus defensas (tuberculosis latente).

La transformación fibrosa inmediata de las granulaciones representa la verdadera curación, tanto desde el punto de vista de la pequeñez de las cicatrices, como de la esterilidad de éstas.

La transformación fibrosa de los tubérculos caseosos no se obtiene sino á expensas de esclerosis pulmonares más ó

menos extensas y la materia caseosa comprendida en el tejido fibroso (enquistada), continúa siendo un peligro de recidiva.

El modo de verificarse el proceso curativo, nos enseña que es muy importante descubrir si existe ó no tendencia á la formación de tejido conjuntivo. La mayor ó menor resistencia á la tuberculosis en las diferentes edades de la vida, se explica de algún modo por los procesos curativos. De aquí, que una extensión pequeña del proceso tuberculoso, puede infundir grandes temores cuando se trate de individuos predispuestos ó en ciertas edades de la vida; en cambio, aun con una extensión considerable de las lesiones, podemos formular un pronóstico favorable, si comprobamos la esclerosis retráctil del pulmón.

Podemos considerar como curación completa á la transformación fibrosa de las granulaciones, y relativa á la transformación fibrosa de los tubérculos caseosos, en tanto que existan bacilos en los focos enquistados por el tejido conjuntivo que les rodea, y hace quede estacionada la enfermedad por un tiempo más ó menos largo y aún por toda la vida.

En uno y otro caso el tuberculoso curado necesita guardar ciertas precauciones, más rigurosas en el segundo que en el primero, que en la mayor parte de las ocasiones le pondrán á cubierto de una nueva recaída.

Estos sujetos deben estar sometidos á vigilancia médica, siendo examinados de un modo regular y casi constante al principio, y más de tarde en tarde después, si el estado general se mantiene bien constantemente.

El médico fijará principalmente su atención sobre ciertos signos que le anunciarán con bastante certeza el peligro de una recidiva como son: *Inapetencia. Pérdida de peso*, ya de

un modo regular y constante, ya brusca, y rápidamente después de algún exceso, que indicará una mala asimilación ó que se alimenta insuficientemente. *Pulso y presión arterial*, pues á mayor rapidez del primero, mayor disminución de la segunda, lo que origina debilidad orgánica y, por lo tanto, aptitud á recaídas. Este signo es de gran importancia, pues siendo la hipotensión constante en los tuberculosos, una presión arterial normal ó superior á la normal, indicará, no está en actividad el proceso tuberculoso, mientras que una presión arterial inferior á la normal hará temer un recrudecimiento de la afección. La hipotensión arterial aparece desde el período inicial, en una época en la que muy á menudo los signos son dudosos, haciendose apreciable desde el primer período de la enfermedad, tanto, que casi no hay tuberculoso por muy al principio que esté de su afección cuya presión no esté ya disminuida.

Conviene fijarse mucho en las *ligeras disneas* que suelen presentarse por disminución refleja de la extensión de los movimientos respiratorios, en los *puntos dolorosos torácicos* que indican pequeñas congestiones, y en la *frecuencia* de la *tos*. La exploración física suele dar muy pocos resultados en estos casos; en cambio, es de suma importancia investigar la presencia de bacilos en la expectoración, pues en caso positivo indicará recrudecimiento de la afección y habrá que volver al tratamiento. Deberá tomarse la *temperatura* dos veces al día, sobre todo por la tarde, debiendo considerar como sospechosa la de 37°,5 á 38°; siendo también conveniente ver si existe la reacción de cansancio de Doremberg, que consiste en tomar la temperatura antes y después de una marcha prolongada ó ejercicio físico. Cuando una hora después marca el termómetro una elevación de seis décimas á

un grado y en pruebas repetidas sucede lo mismo, nos indicará cierta debilidad orgánica y persistencia de impregnación bacilar.

No son estos solos los signos que anuncian la recaída, pero sí creemos que son los más importantes y que por sí solos bastan para denunciar un nuevo ataque de la afección. Subsistiendo en estos sujetos el peligro constante de una recidiva en mayor ó menor grado, procurarán, en todo lo posible, evitar las causas capaces de producirla, ateniéndose á ciertas reglas y preceptos higiénicos que coinciden en gran parte con la profilaxis del mal.

Evitarán la reinfección, posible en tanto que los focos cerrados conserven su virulencia, procurando precaverse de traumatismos de la región torácica que pueden provocar de nuevo el desarrollo de la lesión, latente hasta entonces. Se preservarán de los enfriamientos, usando ropa de lana tanto interior como exteriormente, sin que sea un abrigo excesivo; haciendo gimnasia y algo de ejercicio sin llegar á la fatiga; curtiendo la piel al frío por medio de la permanencia prolongada al aire libre y por las fricciones alcohólicas, después con alcohol y agua, y por último con agua sola, al principio templada y cuando se soporten bien tibias, no llegando á ser frías, pues éstas producen vaso-constricción intensa con congestiones viscerales, que tan perniciosas son á estos sujetos.

Tendrán en cuenta lo perjudicial que para ellos es el aire confinado (trabajos en atmósferas cerradas, falta de luz solar) y cuán útil les es el aire puro y fresco, por lo cual procurarán por todos los medios posibles que sus ocupaciones sean de tal naturaleza que requieran la permanencia al aire libre, tan necesario para que la curación se sostenga.

En el caso de tener que trabajar en recintos cerrados, tendrán amplia ventilación, aprovechando los días de descanso para salir al campo á respirar aire puro. No les convienen los climas en que haya cambios bruscos de temperatura que facilitan la aparición de bronquitis, los lugares en que reina mucho viento, y los climas excesivamente cálidos, pues el calor, origina una depresión orgánica profunda con atonía digestiva y pérdida del apetito. A ser posible vivirán en climas relativamente secos, sin bruscas variaciones térmicas ni barométricas, con sol y aire puro.

Siendo la alimentación una de las bases del tratamiento de la tuberculosis, el sujeto curado no olvidará nunca que para que se sostenga la curación necesita una alimentación nutritiva y abundante, sin que por el afán de comer mucho ingiera excesivas cantidades de alimentos que produzcan trastornos gastro-intestinales, pues no basta que coman bien, sino que lo que hace falta es que digieran bien, porque sólo así podrá verificarse de un modo perfecto la asimilación que sostendrá las fuerzas necesarias para defenderse de un recrudecimiento de la afección, fácil con una asimilación defectuosa ó una alimentación insuficiente. Antes y después de las comidas tendrán un ligero descanso.

Antes de recobrar sus habituales trabajos conviene que el individuo curado se convenza de que necesita un período de transición ó entrenamiento progresivo que le vaya fortaleciendo y acostumbrando, sin fatiga ni trastornos, pues de otro modo vendrá el cansancio (por gasto excesivo de fuerzas físicas é intelectuales) que produce disminución del apetito y de la asimilación, debilitando las fuerzas antibacilares del organismo. Para evitar esto, sólo se consentirán al principio, los ejercicios corporales y el trabajo intelectual, con ciertas

precauciones; pero cuanto más tiempo lleve la curación tanto más atrevidos seremos en este sentido. El descanso nocturno ha de ser largo.

Deben evitar todas las causas capaces de producir depresión nerviosa que tan funesta resonancia ejerce en el organismo.

Se les hará ver la necesidad que tienen de renunciar á todo género de excesos, convenciéndoles de que todo en ellos ha de tender á vigorizar y conservar sus fuerzas físicas único medio de defenderse del peligro de una recidiva á que en mayor ó menor grado están expuestos.

Todo lo dicho tan á la ligera, no es lo único que se ha de hacer, pero sí lo fundamental, y estas reglas tendrán que sufrir variaciones en los distintos individuos, según su posición económica, su modo de vivir, las circunstancias que le rodean, etc., y que el encargado de su vigilancia médica sabrá amoldar á las condiciones en que se encuentre el sujeto, logrando sacar el mayor y mejor partido posible de las que pueda poner en práctica.

Creemos poder decir, en términos generales, que una vez curado el tuberculoso no se le abandonará á sus propias fuerzas, sin hacerle ver el peligro en que está de que se verifique una recidiva y sin aconsejarle las reglas profilácticas de ella: por omitir estos cuidados vemos tantos que recaen de nuevo, por ignorancia suya unas veces y otras, permítasenos decirlo, por no prestarle nosotros los médicos, los solícitos cuidados que necesitan, sobre todo al principio, y cuya recaída consideramos como la cosa más natural, cuando en muchas ocasiones se podría por la observancia, más ó menos estricta de las reglas higiénico-dietéticas descritas, obtener un estado general lo suficientemente bueno, para que el

individuo viva sin sufrimientos y pueda ser útil á la familia y á la sociedad.

Todos nuestros esfuerzos han de tender á que una vez lograda la curación, ésta se sostenga por el mayor tiempo posible y aún por toda la vida, pues si sin cuidados particulares se obtiene la curación por solos los esfuerzos de la naturaleza ¿qué esperanzas no tendremos en que por medio de cuidados higiénicos se haga permanente? Hemos escrito estas líneas, (á sabiendas de que nada nuevo íbamos á decir y todo es sabido de los ilustrados lectores de esta Revista) guiándonos, para hacerlo, sólo la creencia de que aún no nos ha abandonado el pesimismo en una enfermedad tan curable como es la tuberculosis, en la que tanto podemos hacer y en la que cada curación representa un beneficio grande para la sociedad en general puesto que desaparece un agente de contagio, al cual todos sin excepción estamos expuestos en mayor ó menor grado.

Seamos más optimistas, pues con nuestros cuidados y consejos y los medios de que en la actualidad disponemos, podemos hacer mucho beneficio á estos sujetos, beneficio que no sólo es para ellos, sino que también alcanza á la humanidad, que confía en nosotros para la conservación de su salud.

FISIOPATOLOGIA DE LOS TUMORES DEL ENCÉFALO

CONSTITUCIÓN DEL SÍNDROME

POR EL

DR. P. DEL RIO HORTEGA

Al desarrollarse una neoplasia en la cavidad craneal, se perturba el regular funcionamiento de los órganos encefálicos y diversas manifestaciones dan indicio de su presencia. La localización, el volumen, la rapidez de crecimiento, la textura y caracteres morfológicos del tumor, hacen variar la sintomatología con sujeción á leyes aun mal establecidas.

Dos hechos aparecen claros resaltando entre otros vagos é indecisos: 1.º que los tumores ejercen acción local produciendo *in situ* alteraciones con síntomas variables en cada región y fijos en cada una de ellas (síntomas de foco) y 2.º que con independencia de esta acción focal desarrollan otra generalizada al encéfalo en conjunto, que se revela por síndrome especial común á casi todos los tumores, caracterizándolos clínicamente como entidad nosológica (síntomas generales ó difusos).

Una neoplasia que crece en el cráneo cavidad de paredes inextensibles, necesariamente ha de producir un relativo estrechamiento de esta cavidad, haciéndola insuficiente para contener con holgura al encéfalo que antes la llenaba y

á la producción patológica sobreañadida; y de este aumento del contenido en un continente invariable, surgen fenómenos compresivos en los tejidos menos resistentes, sufriendo el nervioso una depresión inmediata en el lugar donde el tumor radica y una compresión mediata transmitida por el líquido céfalo-raquídeo hipertenso.

Mas el tejido nervioso no se muestra impasible ante la invasión, sino que, al obrar el tumor como cuerpo extraño sobre su delicada trama irritando á sus elementos texturales, reacciona originando encefalitis perineoplásica y diversos fenómenos secundarios.

A esta doble acción compresiva é irritativa, se suma la intoxicación por venenos procedentes de la desasimilación nutritiva de las células neoformadas ó por toxinas segregadas, que difundiendo por el tejido nervioso, penetran en sus elementos nobles, alterando los fenómenos químico-vitales y amortiguando su actividad funcional.

Finalmente, los tumores no son cuerpos inertes, llevan en sí el germen de vida, de invasión, é invaden destruyendo, infiltrándose entre las células y fibras, cortando sus conexiones y desintegrándolas.

Compresión.—La idea más admitida por los clásicos y los autores contemporáneos para explicar la patogenia de las lesiones y de los síntomas, es la de compresión cerebral por hipertensión craneal. Petit fué el primero en admitir esta doctrina, pronto aceptada y sostenida experimentalmente por Pagenstecher, Legilen y Duret. Por los trabajos de estos investigadores, sabemos que las variaciones de tensión dependientes de la irrigación sanguínea, se equilibran gracias á la cavidad subaracnoidea que comunica con los ventrículos, cerebrales. Durante el sístole cardíaco, por

el aflujo de sangre al cerebro, la tensión aumenta y el líquido céfalo-raquídeo que llena la cavidad aracnoidea, refluye en parte hacia la médula; pero antes, ha comprimido los vasos y rechazado la sangre de ellos, restableciendo de este modo la presión.

En los tumores del encéfalo, tal fenómeno fisiológico hállase exagerado y por el aumento de tensión intracraneal, la compresión de los vasos es mayor cada vez, haciéndose insuficiente la circulación encefálica y defectuosa su nutrición.

La teoría de la compresión se funda en el hecho de que la sustancia nerviosa es incompresible y que las neoformaciones patológicas del encéfalo, al crecer, roban espacio al líquido cerebro-espinal, que en igualdad de volumen le ocupa menor, exagerando su tensión. Esta hipertensión aplasta las circunvoluciones cerebrales y principalmente los vasos que las riegan, sobreviniendo la anemia por compresión.

Mucho se ha discutido la compresión cerebral y pese á los trabajos de Duret, Pagenstecher, Leyden, Hill, Kocher y Cushing, aún no existe acuerdo entre los autores acerca de su mecanismo.

Desde 1884 Adamkiewicz—ferviente detractor de la doctrina clásica—sostiene la imposibilidad de que aumente la tensión del líquido cerebro-espinal, puesto que si aumentase más allá de los límites fisiológicos—escribe en 1898—sobrevendría la muerte inmediata. Según Adamkiewicz la tensión cerebral depende de las arterias y capilares, siendo rígida y equilibrada por las venas; si aumenta, se comprime el cerebro y parte del líquido céfalo-raquídeo se escapa por los vasos, y llega á los senos venosos y al dúplex, vasto reservorio venoso de canales rígidos, que asegura una

vía de derivación rápida al líquido que refluye de las venas cerebrales. De este escape de líquidos por *expresión*, resulta la condensación del tejido cerebral que disminuye de volumen, pudiendo reducirse hasta un quinto sin que se alteren sus funciones. Y para que la contradicción de esta teoría con la de Petit sea completa, en ella se sostiene que en los puntos comprimidos los capilares no sufren influencia alguna y se encuentran á veces dilatados, por lo tanto no existe anemia por compresión.

Duret da en parte por buena esta teoría, pero afirma el papel transmisor del líquido céfalo-raquídeo en la compresión y Bergmann que ha estudiado detenidamente este asunto, se opone á la idea de Adamkiewicz, negando que el cerebro contenido en una cavidad inextensible pueda ser exprimido como una esponja y diciendo que en estado fisiológico la expansión del saco dural y la absorción por vía circulatoria, bastan á prevenir los efectos de una tensión muy elevada del líquido céfalo-raquídeo, pero que en casos patológicos es posible que la relación entre el aflujo y reflujo del mismo líquido se alteren y entonces nazcan los signos característicos de compresión.

Numerosas experiencias y hechos clínicos prueban que ésta se verifica por intermedio del líquido cerebro-espinal y que es por el mecanismo de la compresión como los tumores revelan su presencia. Duret, Pagenstecher, Dalton y Rochefontaine inyectando en el cráneo líquidos solidificables (cera, parafina, gelatina) obtuvieron claros síntomas de compresión.

Ahora, para que la compresión se manifieste es preciso inyectar 37 á 40 cm³ según Pagenstecher ó 50 á 60 cm³ según Duret.

Sin embargo, más que los hechos experimentales, apoyan a doctrina de la compresión los fenómenos clínicos, según los cuales, los síntomas llamados compresivos se atenúan mediante la punción lumbar y la simple trepanación. Nunn ha visto elevarse el manómetro á una presión de 500 á 700 milímetros de agua, desde 40 á 130 que es la tensión normal del líquido. Quinque, Ricken y Stadelmann han comprobado por punción lumbar en casos de tumor, cifras de tensión de 300 á 700 milímetros de agua.

En cuanto á la acción mediata del líquido cerebral para transmitir la presión, se prueba en algunos enfermos de hidrocefalia y de espina bífida, comprimiendo el saco patológico lo que origina síntomas de compresión: contracciones primeramente y más tarde soñolencia, coma, lentitud del pulso y detención de la respiración. Las experiencias de Haller y Astley Cooper prueban también, que si se comprime el encéfalo á través de una abertura de trepanación, se origina el mismo síndrome.

Todos los autores hállanse conformes en atribuir á la anemia los síntomas compresivos y Von Stockum más preciso, sostiene que dependen de anemia de los hemisferios y trastornos circulatorios del bulbo, que tienen su punto de partida en un centro vasomotor propio del cerebro.

En resumen, el mecanismo de la compresión puede explicarse así: desde el momento en que la tensión del líquido cerebro-espinal se eleva, actúa sobre las venas (vasos de paredes muy depresibles) y las comprime; la circulación de retorno se entorpece (extasis); el plasma trasuda de los vasos y aumenta la cantidad de líquido cavitario (hidrocefalia) é intersticial (edema). Este derrame seroso exagera aún más la tensión y los fenómenos secundarios á ella aumentan á su

vez; llegará un momento en que la tensión misma impida que el plasma sanguíneo trasude y en que deprimirá á las paredes arteriales, sobrepasando entonces la tensión craneal á la tensión arterial, con lo que ocurrirá la muerte por isquemia.

Los fenómenos no suelen exagerarse de tal modo, gracias á la reabsorción que experimenta el líquido intracraneal comprobado por las experiencias de Duret, Magendie, Schreiber, Naunyn y Malgaigne puesto que si este no pudo obtener fenómenos compresivos inyectando en el cráneo considerable cantidad de agua, se debe á la reabsorción inmediata de este líquido.

Según Hill y Ziegler durante cada sístole cardíaco se verifica la absorción por los capilares sanguíneos, exagerándose notablemente el fenómeno cuando aumenta la tensión.

Además de la compresión general del encéfalo, existe otra simultánea é independiente ejercida por el tumor mismo en el sitio de su desarrollo, donde aplasta las circunvoluciones, deprime los ventrículos y si es voluminoso desvía y deforma la protuberancia y bulbo, desplazando estos órganos de su posición normal é interrumpiendo la continuidad entre el líquido ventricular y el subaracnoideo, detalle cuya importancia real ha sido probada por Boninghaus y Hill. Se explica así cómo un tumor si es de gran tamaño puede obrar á distancia sobre los nervios, los vasos y órganos de la base, paralizando sus funciones, y hacer refluir al líquido céfalo-raquídeo hacia los lagos aracnoideos y vainas ópticas (Pagenstecher).

Las lesiones que resultan de la compresión general y local son: hiperemia pasiva, hemorragias capilares y trombosis de los senos, hidrocefalia y dilatación de los ventrículos,

del espacio subaracnoideo y de sus vainas nerviosas, y edema. Y de este conjunto de lesiones primarias, hiponutrición, atrofia, y degeneración celular (1).

Irritación.—Obrando los tumores como cuerpos extraños en el encéfalo, determinan en los elementos mesodérmicos y neuroglia de la región invadida reacciones inflamatorias inconstantes y de variable intensidad puesto que se relacionan estrechamente con el lugar de desarrollo, volumen, tendencia invasora y malignidad de la neoplasia; así, por lo general un tumor de pequeño volumen suscita menores protestas que otro de mayor tamaño; una neoplasia infiltrada en la sustancia nerviosa, menos que otra encapsulada; un tumor benigno menos que otro maligno rico en elementos tóxicos é infectivos. Los tumores embrionarios, los muy vascularizados y los infecciosos (sarcomas gliomas, angiomatos, tubérculos, gomas), se acompañan más á menudo de encefalitis perineoplásica que los constituidos por tejidos adultos, duros y poco vascularizados (endoteliomas, fibromas, osteomas).

Esta zona inflamatoria se caracteriza por intensa hiperemia, que llega á veces á originar pequeñas hemorragias y fenómenos de vascularitis, que á la larga conducen á reblandecimiento y extravasaciones sanguíneas abundantes.

Por el mecanismo de la irritación (fenómenos congestivos é inflamatorios), explica Adamkiewicz todos los síntomas llamados de compresión.

Klippel trata de explicar los fenómenos inflamatorios consecutivos á los tumores no sólo por acción mecánica

(1) Véase nuestro artículo *Histopatología del tejido nervioso en los tumores del encéfalo* LA CLÍNICA CASTELLANA, noviembre de 1911.

irritativa, sino también por auto-infección del cerebro. Existe algunas veces—dice Klippel—algo más que auto-intoxicación por los productos del tumor, puede haber infección cerebral secundaria aguda desarrollada alrededor del tumor y que determina en él un máximum de lesiones inflamatorias. No es raro ver en los tumores, que después de un período de latencia en el que apenas se dejan entrever, aparecen repentinamente síntomas evidentes de reacción violenta, que en la autopsia se explican por la presencia de encefalitis perineoplásica, con exudados turbios en las meninges, sufusiones hemorrágicas y congestiones á distancia. Muchas veces el síndrome estalla á raíz de un ataque gripal, empacho gástrico febril ú otra enfermedad banal. Claro está que no hemos de interpretar como proceso auto-infectivo lo que es una simple inflamación no microbiana y Klippel mismo debió apoyar su teoría más que en suposiciones, en datos bien comprobados en el laboratorio apoyados por hechos clínicos, pues ante la teoría de Klippel nos asalta esta pregunta ¿Porqué los tubérculos, gomas y abscesos tumores francamente infectivos, determinan fenómenos inflamatorios menos frecuentes y extensos que otros tumores desprovistos de microbios y tal vez menos tóxicos?

Pero volviendo á la inflamación perineoplásica, conviene dejar sentado, que muchos tumores que durante cierto tiempo permanecen silenciosos, en cuanto aquélla se produce entran en período sintomático activo.

Hoy se da á estos fenómenos secundarios tanta ó mayor importancia que á la compresión y Saqui en su tesis insiste sobre esto, citando varios casos de tumor que no tuvieron otras manifestaciones que las dependientes de sus lesiones secundarias. A este propósito algunos autores citan la ley de

Desault según la cual las lesiones cerebrales no se traducen por más síntomas que los que produce una inflamación alrededor de ellas.

Intoxicación.—Un factor de orden tóxico se suma á la compresión y la irritación para producir el síndrome de tumor cerebral: la impregnación de la masa nerviosa por los productos de desasimilación del tumor, toxinas celulares arrastradas por los plasmas sanguíneo y linfático y difundidas por el tejido nervioso.

Devaux que ha estudiado este mecanismo, dice que, junto á la compresión, que por ser un proceso gradual y lento, de acción indudable, pero de varia intensidad, no basta para explicar todos los fenómenos, es preciso colocar la acción de los productos venenosos segregados por la neoformación, sobre las células nerviosas.

El cerebro y en particular la sustancia gris muy sensible á la acción de los venenos, es el terreno electivo por excelencia para las más delicadas y precoces impregnaciones tóxicas. Pierre Marie apropósito de una observación de quistes hidatídicos de Serieux y Mignot, atribuye los fenómenos á secreciones tóxicas del parásito, y Laignel-Lavastine refiriéndose á la tuberculosis del encéfalo, asegura que las lesiones celulares dependen siempre de un envenenamiento, hétero ó auto-intoxicación, local ó general aguda ó crónica.

En favor de esta hipótesis se expresa la analogía del síndrome de los tumores, con el de las encefalopatías urémicas, diabéticas y saturninas hace tiempo señalada por Babniski, analogía que da lugar á frecuentes confusiones de diagnóstico, cual en un caso de Lugaro de síndrome urémico que simulaba un tumor del lóbulo frontal izquierdo.

Aunque Babinski, Pierre Marie y Guillain explican todos los fenómenos por la hipertensión no siempre puede ésta comprobarse por lo que deben atribuirse en parte á los fenómenos tóxicos.

La coincidencia de las alteraciones de las células corticales y nervios ópticos en los tumores cerebrales y en las toxi-infecciones; la sensibilidad de las células nerviosas á los venenos; la comunicación entre los vasos encefálicos y los del neoplasma y la estancación venosa que retarda la eliminación de toxinas y favorece su difusión, son otros tantos argumentos que hacen verosímil la teoría tóxica, que necesita consolidarse con el aislamiento de las toxinas neoplásicas y la determinación experimental de su acción.

Destrucción.—De dos maneras llegan los tumores á destruir la sustancia nerviosa: directa é indirectamente. La primera, hállase ligada al crecimiento de la neoplasia en el espesor de los tejidos, que invade y penetra, rompiendo los mutuos enlaces y encadenamientos celulares por compresión, atrofia, degeneración y reabsorción; la segunda depende de la compresión general y de los fenómenos secundarios (hemorragia y reblandecimiento). En la sustancia gris las células en hipotrofia degeneran y mueren y en la sustancia blanca las fibras son seccionadas ó comprimidas ó simplemente dissociadas. El resultado final de estas alteraciones es la inhabilitación funcional de los territorios afectos.

Constitución del síndrome.—Compresión, intoxicación, irritación y destrucción de la sustancia nerviosa, se suman para originar los síntomas característicos de los tumores, por los cuales es posible diagnosticar esta encefalopatía.

Tales factores se unen en proporciones diversas y á esto se debe la inconstancia del síndrome completo y las variaciones que presenta, puesto que el predominio de la compresión dará lugar á tales síntomas (cefalalgia y vértigos, vómitos, trastornos de la respiración y del pulso, edema papilar) el de la intoxicación á cuales otros (trastornos psíquicos, sueño), el de la irritación á estotros (convulsiones, epilepsia) y el proceso destructivo, finalmente, originará síntomas focales. No es posible, sin embargo precisar la patogenia de cada elemento sindrómico.

La compresión por sí sola no basta para engendrar todos los síntomas generales, puesto que si tal ocurriera, los tumores de pequeño volumen pasarían en silencio, mientras que los muy voluminosos ofrecerían el síndrome completo, lo que en clínica no siempre acontece; pues aparte del desarrollo del tumor en zonas tolerantes, con tanta frecuencia los tumores pequeños se acompañan de amplio cuadro clínico, como éste falta en los de gran tamaño. Y que existe algo más que compresión lo prueba el hecho de que dos tumores de igual volumen y localización y de la misma ó diferente estructura, originen síndromes diferentes en relación con los efectos compresivos y tóxicos y las lesiones secundarias.

Es muy difícil hacer una descripción de conjunto de los síntomas, ya que unos resultan de trastornos generales del equilibrio encefálico y otros del sufrimiento de una región cerebral determinada, siendo aquéllos á menudo indecisos y dependientes en mucho de las dimensiones y textura del tumor y éstos más precisos, relacionados con la localización. Los primeros son propios y característicos de los tumores, y los segundos lo son de toda lesión focal, sea tumor,

hemorragia ó reblandecimiento. Solamente nos ocuparemos de los que constituyen el síndrome de tumor: cefalalgia, vómitos, vértigos, trastornos respiratorios y cardíacos y edema papilar; alteraciones del psiquismo y sueño y convulsiones.

Cefalalgia.—Es quizá el más constante de todos; el que abre la escena en ocasiones semanas y meses antes que los demás síntomas (Gombault) y el de mayor importancia por los sufrimientos que acarrea al enfermo.

Casi todos los autores lo admiten así (Duret, Goublot, Lavillette) pero algunos como Hutinel la atribuyen menor constancia.

Es el primero—dice Bertaux—de los síntomas de compresión y el más grave y constante, caracterizándose por su *tenacidad é intensidad*. Dolor continuo, gravativo y profundo, atormenta constantemente á los enfermos y en sus formas opresiva, de martilleo violento tenaz y explosiva (Merklen) arranca á veces verdaderos gritos al paciente que pide ó busca el fin de sus sufrimientos. Remitente unas veces, intermitente otras, procede por accesos irregulares ó crisis paroxísticas.

Su intensidad puede provocar un estado de estupor y agotamiento que llega á la abnubilación intelectual; se exagera por los movimientos, se irradia produciendo neuralgias (trigemino) en los tumores de la base y frecuentemente se acompaña de otros síntomas de compresión como vértigos y vómitos.

No tiene localización precisa, es de todo el cráneo, ó presenta un punto doloroso máximo que suministra utilísimas indicaciones respecto al sitio de la lesión, sobre todo según Bergmann, Dufour y Oppenheim cuando la percusión

y presión digital provocan un dolor vivo en el sitio que aquél ocupa. Adquiere forma hemicraneal, frontal en algunos tumores de la región anterior, y occipital en los del cerebelo, la que presenta extraordinarios caracteres de violencia (Stewart y Holmes) y existe según Mills en la mitad de los casos, habiéndola observado Macabiau 22 veces en 36 casos de tumor cerebeloso analizados.

Falta la cefalalgia ó es poco acusada en los tumores benignos y sobre todo en los que ocupan el centro oval.

Su *génesis* no se halla bien determinada ¿Es puramente irritativa—pregunta Duret—y producida por la compresión ó la distensión de los nervios de las meninges? ¿Es la sustancia nerviosa misma la que expresa su sufrimiento?

Según Bruns depende de la ingurgitación de los espacios aracnoideos é hidrocefalia interna. La teoría de la hipertensión encuentra su apoyo en que la cefalalgia se acompaña ó es seguida de vómitos y estupor en muchas ocasiones y sobre todo en los resultados de la punción lumbar que prueban que la evacuación del líquido se sigue de cesación del dolor. Pero Oppenheim y muchos otros, han observado tumores incapaces de producir distensión acompañados de cefalea intensa.

La teoría irritativa es sostenida por Dufour, que si bien admite de una manera general que todo aumento de volumen del líquido intracraneal se acompaña de algia del cerebro, niega apoyándose en hechos clínicos que las lesiones de los centros exclusivamente localizadas en el tejido nervioso puedan ser dolorosas; afirmando que las puramente intracerebrales son silenciosas y no despiertan dolores mientras la periferia de los órganos, es decir, la porción envuelta por las meninges sea interesada.

Según Dufour los trastornos cerebrales y medulares originan disestesias y parestesias pero no dolor; insensibilidad digna de notarse por cuanto el cerebro y la médula transmiten y reciben las sensaciones dolorosas.

Las afecciones medulares no son dolorosas de no existir meningitis ú ocurrir una brusca distensión del órgano por hemorragia (hematomielia); así, la siringomielia es indolora y la tabes que se inicia por fenómenos meníngeos es dolorosa. Concluye Dufour que todo proceso agudo ó crónico de las meninges, origina dolor dependiente de irritación ó compresión de sus nervios.

Según Harvey Cushing la cefalalgia es debida á la distensión de la duramadre y compresión de sus nervios. Efectivamente la duramadre inervada por el trigémino excepto en una pequeña zona que rodea al agujero occipital, dominio del vago, es muy sensible á la hipertensión.

Para Bertaux la cefalalgia difusa depende de la hipertensión y se calma mediante la punción lumbar, mientras que la localizada reconoce otra patogenia, tal vez—dice Lavillette a propósito de los aneurismas cerebrales—neuritis de las ramificaciones nerviosas del tumor ó acaso el sufrimiento de la sustancia cerebral.

Conclusión: la cefalalgia depende de irritación ó distensión de las ramificaciones nerviosas de las meninges.

Vómitos.—Son menos constantes que la cefalea y particularmente frecuentes en los tumores del cerebelo y fosa cerebral posterior, pero pueden presentarse cualquiera que sea la localización de la neoplasia. Goublot ha recogido 31 casos de tumor cerebeloso en 22 de los cuales existieron vómitos y Jacob y Oppenheim que han analizado 568 casos de tumor intracraneal los encontraron en la tercera parte de ellos.

Tienen los caracteres del vómito «cerebral»; se producen sin esfuerzo por una suerte de regurgitación, sin náuseas previas, á cualquier hora del día, por la mañana al despertar ó por la tarde después de la comida.

Muchas veces por día en ciertos casos; cada dos ó tres días en otros, pueden desaparecer largos períodos para reaparecer enseguida. Son vómitos alimenticios ó biliosos que sorprenden al enfermo con ocasión de un simple movimiento, coincidiendo á menudo con períodos de cefalea y convulsiones.

Bruns, considera al vómito cerebral como patognomónico de las regiones posteriores del encéfalo, cuyos tumores pueden obrar más intensamente sobre los centros del vómito situados en la médula oblongada. Algunas veces se acompañan de anorexia y más á menudo de estreñimiento invencible.

Vómitos y estreñimiento resultan de la compresión bulbar por la hidrocefalia ventricular (Brissaud) apareciendo correlativamente á la cefalalgia y vértigos por tener el mismo origen de hipertensión.

Vértigos.—No tan frecuentes como la cefalea y los vómitos, son á veces tardíos, pero otras aparecen el iniciarse la enfermedad (casos de Hayem y Royo Villanova). En 25 casos de tumor recogidos por Hitzig existían 10 veces, siendo el síntoma primitivo en seis localizados en el lóbulo frontal.

Dejerine y Geneau de Mussy definen el vértigo como un trastorno cerebral (error de sensación) bajo cuya influencia el enfermo cree que él, ó los objetos que le rodean poseen movimientos oscilatorios ó giratorios. Es una pérdida de equilibrio—dice Royo Villanova—acompañada y producida por la desorientación.

Los estudios de Grasset, Bounier y Duret han descubierto en el vértigo una sensación de desorientación, en la que los objetos parece que se mueven, otra de desequilibrio del enfermo á veces real y otra, propia de las neoplasias al decir de Duret, que consiste en obnubilación pasajera de la conciencia con alucinaciones sensoriales, miastenia, laxitud y á veces con espasmos, convulsiones ó ataques epileptoides (vértigo epiléptico) debidos á la acción de los centros nerviosos corticales ó infracorticales.

Puede sobrevenir el vértigo en la estación vertical y en el decúbito dorsal; en el primer caso el enfermo acusa trastornos de la vista, los objetos se borran ó dan vueltas ó se colorean (observación propia), sufre obnubilación completa y cae á tierra (caso de Bernheim). Unas veces oscilan los objetos, pero otras es el propio enfermo el que se cree arrastrado por un movimiento oscilatorio.

El vértigo en el decúbito dorsal ha sido observado por Legueau y Spiller y Schmidt que han visto casos en los que aparecía solamente en el decúbito izquierdo.

Pueden existir vértigos sensoriales por compresión de los nervios ó sus raíces, los cuales representan síntomas focales (vértigo visual, auditivo (Meniere), olfatorio) y vértigos de origen cerebral. En los tumores es frecuente el vértigo tenebroso de los antiguos, que consiste en trastornos visuales y auditivos, con sensación de inestabilidad, pero lo es más el vértigo cerebral verdadero que se presenta aislado ó en conexión con los demás síntomas, constituyendo el llamado por Charcot «estado de mal vertiginoso».

Alteraciones de la respiración y del pulso.—Según los trabajos de Kocher, cuando la compresión es muy acentuada y existe anemia capilar difusa, el bulbo sufre sus efectos y

el nervio vago se excita comunicando al pulso caracteres especiales de lentitud que dan lugar á lo que se llama pulso de compresión.

La presión sanguínea no es constante, sino que presenta oscilaciones apreciables con el esfigmomanómetro, que se acompañan de trastornos respiratorios: respiración lenta, profunda, á menudo desordenada ó con el ritmo especial de Cheine-Stokes y fases de apnea absoluta.

En el período de sopor, el pulso late 50, 40 y hasta 30 veces por minuto (Bruns) y en el último grado de compresión, cuando la compensación arterial es impotente, aparecen movimientos respiratorios y cardíacos irregulares, aumenta rápidamente la frecuencia del pulso al mismo tiempo que el enfermo cae en coma profundo. Por disminución de la presión sanguínea, cesan las funciones cerebrales; se paralizan los centros respiratorios y sobreviene la muerte.

Edema de la papila.—Es un síntoma tan frecuente que en concepto de algunos autores acompaña casi sin excepción á los tumores del encéfalo (Annuske, Jackson) habiendo señalado Reisch su existencia en el 95 por 100 de los casos. Según Duret es con la cefalea el signo más constante y precioso del síndrome.

Cuando se practica un examen oftalmoscópico, la imagen percibida ofrece las particularidades siguientes: en una primera fase, las arterias que irradian de la papila óptica se encuentran pálidas y adelgazadas y las venas por el contrario dilatadas y flexuosas, ocupando sus curvas planos distintos de la retina; más tarde comienzan á borrarse los límites de la papila, haciéndose saliente su centro, en cuyo momento se ve partir de su contorno una estriación radiada; poco á poco pierde transparencia, adquiere tinte grisáceo

que más tarde se confunde con el color del edema peripapilar y la estriación desaparece por la hinchazón edematosa. En esta fase aparecen con frecuencia pequeñas hemorragias papilares y extrapapilares (Peitavy, Herron). Finalmente el proceso termina por la atrofia blanca, apareciendo la papila retraída, pálida, menos vascularizada y de contornos festoneados.

En algunos casos raros (Robin, Briada) se produce desde un principio la atrofia sin ir precedida de tumefacción, habiendo citado observaciones de este género Köster, Graefe y Blessig. No es raro que exista retinitis.

Numerosas teorías tratan de explicar la neuritis edematosa ó papila estrangulada, siendo su génesis cuestión discutida desde larga fecha; Graefe y Turck consideraron como causa el aumento de presión intracraneal, que al obrar sobre el seno cavernoso retardaba la circulación en la vena central de la retina, originando edema y subsiguiente estrangulación inflamatoria al pasar por la inextensible lámina cribosa. Los trabajos de Seseman sobre la vena central de la retina, restaron pronto partidarios á esta teoría del éxtasis venoso.

Schwalbe al descubrir el espacio vaginal, y ayudado por los estudios de Schmidt y Manz, atribuyó el edema á la hidropesía de la vaina del nervio óptico, propagada desde el espacio subaracnoideo con el cual comunica.

Parinaud, Rochon-Duvigneaud y Sourdille, creen que el edema papilar es simplemente una propagación del edema cerebral á través del nervio óptico, cuyos espacios linfáticos según Schwalbe, Key y Retzius se abren en la cavidad subaracnoidea.

Deutschmann supone que la papilitis es un proceso inflamatorio debido á la emigración de gérmenes patógenos

desde las meninges á favor del derrame seroso, y según Leber el producto de los cambios de nutrición de los tumores, se mezcla con los exudados inflamatorios y al llegar al nervio producen papilitis y neuritis.

Por último Jackson, Brown Squard, Benedit y Abadie sostienen que la papilitis es debida á trastornos vaso-motores dependientes de la irritación de ciertas partes del cerebro.

No hemos de comentar las opiniones expuestas; únicamente haremos constar, que todas tienen sus partidarios y que las recientes observaciones de desaparición del edema papilar con la descompresión del cerebro, apoyan á la teoría mecánica de Schmidt y Parinaud.

Convulsiones.—Según la estadística de Hirt aparecen en un 50 por 100 de los casos de tumor encefálico, pero en opinión de Duret tal vez sea mayor la proporción, puesto que no sólo se presentan en los tumores de la región motriz sino también en otros muy alejados de ella. En la discusión entablada en la academia francesa de Medicina entre Dieulafoy y otros en 1902, quedó establecido que los tumores distantes de la región motriz son capaces de originar crisis convulsivas parciales (Dieulafoy, Crouzon y Brissaud).

No obstante su frecuencia, los ataques epileptiformes faltaron en casos donde todos los demás síntomas aparecieron, sirviendo de ejemplo los de Raymond, Galavielle y Villard, Beevor y Ballance. En las observaciones de Brissaud y Marsary constituían el único síntoma y en las de Appert y Gandy, Monod, Achard y Weill, Marchand y Leuridan se asociaba á la cefalea.

En los enfermos de Patel y Mayet la epilepsia precedió muchos años á los otros síntomas, y en un caso visto por nosotros fué el primero también en aparecer.

Afirma Duret, que las convulsiones de los tumores encefálicos son bastante independientes de las otras manifestaciones del gran síndrome clínico, aunque frecuentemente se asocian á ellas.

Las crisis convulsivas presentan dos tipos: epilepsía generalizada y epilepsía parcial. En el primero tienen todos los caracteres de la epilepsía verdadera, con caída, pérdida del conocimiento, convulsiones tónicas y clónicas, etc., pero á veces el ataque se reemplaza por obnubilación epiléptica limitada á una fase de aturdimiento ó de vértigo. Más tarde la epilepsía se precisa y toma el tipo parcial.

Estos ataques epilépticos, representan como descargas violentas de la sustancia nerviosa que expresa así su irritación (Lavillette).

Más frecuente y habitual es la epilepsía parcial, primitiva ó consecutiva á la anterior. Adquiere el tipo Bravais-Jackson bien definido y se anuncia por un aura seguida de contracturas. El aura puede ser psíquica cual en el caso de Kartemeg, aura de recuerdos y reminiscencias vivas, que pasado el ataque se esfumaban; aura sensitiva como en el de Raymond (un dolor vivo en los dedos); aura motriz como en el de Bremer d'Antona (espasmo del pulgar), sensitivo-motriz (caso de Rotgans y Winkler), visión de chispas y pinchazos en el pie ó sensitivo sensorial.

La contractura se inicia por un segmento de miembro, la cara ó un miembro completo; progresa y se extiende y generaliza, sin acompañarse ordinariamente de pérdida de conocimiento, ó queda limitada á un tipo facial, braquial ó crural.

Unas veces la crisis es completa, pero otras aborta en un momento dado de su evolución, soliendo faltar con frecuencia

la fase tónica. Por la repetición de las crisis se constituye el estado del mal epiléptico.

Los ataques epilépticos ó epileptoides dependen de la irritación directa ó indirecta de los centros motores. Las investigaciones de Jackson demostraron la relación íntima entre la epilepsía y las lesiones de la corteza cerebral; unas veces se producen éstas por la acción inmediata del tumor, y otras la irritación se transmite por las fibras anastomóticas comisurales ó bien por las toxinas de origen neoplásico difundidas. Según Devic y Paviot la influencia irritativa del tumor ó su progresiva extensión podrá alcanzar á la corona radiante, la cual reaccionará por contracturas ó accesos epileptiformes.

Respecto á las alteraciones celulares en los casos de convulsiones, han sido estudiadas por V. Olmer en un caso de origen infeccioso, encontrando en las células cerebrales y medulares cromatolisis, turgencia y desplazamiento del núcleo y desagregación de nucleolos. En nuestras observaciones hemos comprobado además de las lesiones celulares, señales evidentes de encefalitis perineoplásica ó cortical difusa, coincidiendo con fenómenos epileptoides (1).

(Se continuará).

(1) Véanse observaciones 8.^a y 9.^a de nuestro artículo *Histopatología del tejido nervioso en los tejidos encefálicos*.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

Tratamiento del Cólera Asiático por la Adrenalina, por el doctor Naamé (*Bull. et Mem. de la So. méd. des Hôp. de Paris*, febrero de 1912, núm. 5).

El Dr. Émile Sergent, al presentar el interesante trabajo del doctor Naamé (de Túnez) en la sesión del día 9 de febrero de 1912, dijo lo siguiente:

El Dr. Naamé ha tenido la amabilidad de enviarme algunos ejemplares de un trabajo que acaba de presentar á la Sociedad de Ciencias médicas de Túnez (1) y me ha rogado ofrezca uno de estos ejemplares á nuestra Sociedad. Me complace en esta misión, pues esta memoria aporta una nueva confirmación á las ideas que desde hace diez años vengo sosteniendo sobre la importancia del papel que desempeñan los desfallecimientos de la función de las glándulas supra-renales en el curso de los grandes procesos toxi-infecciosos; bien de veces he tenido ocasión de llamar la atención de nuestra Sociedad sobre este motivo, y recientemente todavía, con motivo de los hechos aportados por los señores Ribadeau, Dumas y Harvier, y por los señores Lemoine, Gryser y Dupuich.

Parece fuera de duda que la intervención de las lesiones supra-renales contribuye, en una gran parte, en la aparición de los accidentes que caracterizan las formas adinámicas, asténicas y sincopales, de las enfermedades infecciosas y tóxicas; es *a priori* verosímil que estas lesiones tengan un papel predominante en las enfermedades toxi-infecciosas, cuyos síntomas principales son:

(1) Dr. Naamé (de Túnez). Opothérapie ou sérothérapie? Le traitement du choléra asiatique ou de l' hypoépinéphrie aiguë toxinique par l' adrenaline.

algidez, colapso, diarrea, vómitos.... síntomas que precisamente son los de la insuficiencia supra-renal aguda, que yo he descrito por primera vez en 1899 con L. Bernard. Ahora bien; el cólera y los estados coleriformes deben tener, en el determinismo de sus lesiones y trastornos funcionales, una parte importante imputable á las lesiones de las supra-renales y el trastorno de su función.

Partiendo de estas consideraciones el Dr. Naamé trata sus coléricos por la adrenalina á altas dosis, y, en 20 casos, obtuvo 20 curaciones. Una condición esencial para la eficacia de este tratamiento es el empleo de dosis masivas; en los casos graves y en la fase de algidez, conviene inyectar 2 ó 3 miligramos de adrenalina en las venas; en los casos de mediana intensidad es suficiente la vía subcutánea á dosis de 3 á 5 miligramos. Combinado con las inyecciones de suero Hayem ó de suero glucosado, y con exclusión de toda suero-terapia específica, el tratamiento adrenalínico del cólera merece, según las observaciones del Dr. Naamé, entrar en la práctica, puesto que los resultados han sido constantemente favorables.

E. DURRUTI

¿Está permitido operar las tuberculosis externas? por Calot (de Berck). (*Journal des praticiens*. núm. 1, 1912).

A propósito de la discusión, siempre de actualidad, pero muy acalorada actualmente, entre los cirujanos intervencionistas y los médicos abstencionistas, en las tuberculosis externas, hé aquí lo que dice Calot, antiguo y prestigioso defensor de la segunda de estas tendencias.

«Yo había demostrado de una manera indiscutible para todos los espíritus no cegados por la rutina ó la prevención: 1.º Que la fórmula de hace 25 años, de que se debían y podían operar todas las tuberculosis externas, bajo la salvaguardia de la antisepsia, había conducido en la práctica á verdaderos desastres, aun en un medio ideal, como el de Berck; 2.º Que la semejanza constantemente establecida entre la tuberculosis externa y la pústula maligna ó el cáncer, es absolutamente falsa, puesto que sabemos curar hoy, sin operación, las tuberculosis externas más graves; la coxalgia y el mal de Pott supurados; 3.º Que este tratamiento que cura, es aplicable en todas partes, por todos y para todos, porque se compendia en lo siguiente: a) *Lo que es preciso hacer*. Vida al aire libre (de preferencia en el campo ó la montaña y, mejor aún, á orillas del mar).

reposo de la región enferma; inmovilización por medio de aparatos bien hechos, es decir, confortables y ajustados; inyecciones modificadoras, con punciones en caso de abscesos. *b) Lo que es preciso no hacer.* No abrir nunca los focos tuberculosos (jamás, pues, operación sangrienta); no abrir los abscesos fríos ni dejarlos abrirse; nunca enderezamientos violentos, pues sólo se harán enderezamientos dulces y progresivos, por extensión continua ó por enyesados sucesivos. 4.º Que este tratamiento conservador tan sencillo, cura las tuberculosis externas, no excepcionalmente sino siempre (ó casi siempre), cuando se hace cuidadosamente.

En Berck cura 99 veces de 100 no solamente en nuestra clientela particular, sino también en la de nuestros hospitales, ya en nuestras manos ya en las de aquellos de nuestros discípulos que aplican con exactitud nuestros métodos, como el Dr. Fouchet, el Dr. Cayre, el Dr. Fouchou-Lapeyrade. En el hospital Cazin de Berck, de 2.125 tuberculosis externas cuidadas en el espacio de 10 años, apenas contamos 22 defunciones (1 por 100).

Se podría, pues, decir que en las tuberculosis llamadas quirúrgicas, el bisturí es el enemigo.

A pesar de estos resultados tan concluyentes, los modernos cirujanos de la escuela de Lyon y algunos de París, preconizan con entusiasmo, fundándose en los novísimos progresos de la técnica quirúrgica, la intervención lo antes posible, tratando hasta de reaccionarios á los médicos conservadores ó abstencionistas.

En vista de este resurgimiento intervencionista, Calot estudia los resultados obtenidos por los dos métodos, basándose en las estadísticas publicadas y deduce que para las tuberculosis supuradas las curaciones operatarias definitivas se reducen á 33 por 100 cuando, como ya se ha dicho, la abstención proporciona el 98 ó 99 por 100. En las tuberculosis secas ó fungosas del adulto se ocupa principalmente de las del testículo y afirma que ha visto en 17 años 260 casos graves y pocos graves, y *todos sin excepción*, tratados por el método conservador, han curado con conservación de un doble testículo *moral* y algunos con curación funcional; tardando, es verdad, de 3 á 9 meses, y aun en un caso dos años y medio. El autor pregunta muy oportunamente, qué es preferible ¿tardar dos años y medio en conservarlos ó dos minutos y medio en perderlos?

En cuanto á la operación en las tuberculosis secas de los niños, cree que nunca tendrá muchos partidarios, no obstante las exageraciones de los cirujanos lyoneses, pues por muy bien que se ejecute y por buenos que sean los resultados inmediatos, siempre

dejará como consecuencia remota un lisiado con un miembro inútil por su acortamiento, ya que por la resección se hace desaparecer el cartilago de crecimiento.

Sin dejar de reconocer que hay algo de pasión en la manera de defender el autor un método por él preconizado hace bastantes años, no se podrá negar que tiene disculpa una defensa hecha con tanto talento y, sobre todo, apoyada en resultados tan admirables, como hemos podido comprobarlo en nuestra práctica todos los médicos que tenemos que ver con gran frecuencia enfermos de tuberculosis quirúrgicas, y opinamos del mismo modo que el ilustre autor de la *Ortopedia indispensable á los prácticos*.

Los sueros antituberculosos, por Calmette (*Bull. de l'Inst. Pasteur*, 15 de marzo de 1912).

En tanto que las *tuberculinas* tienden á realizar la inmunización activa, se pretende con el empleo de los *sueros* de animales vacunados, producir la inmunización pasiva, es decir, de impregnar el organismo de los enfermos, de sustancias capaces de favorecer la digestión intracelular de los bacilos (bacteriolisis), ó de provocar su eliminación, ó de neutralizar sus productos de secreción por acción antitóxica.

Después de una ligera reseña histórica de la sueroterapia antituberculosa, entra el autor en la descripción y estudio experimental, sobre los animales, de los sueros de Maragliano, Marmorek, Arloing y Guinard, Lannelongue, Achard y Gaillard, Vallée, Jousset, Ruppel y Rickmann, Bruschetti y Rappin.

De esta descripción crítica se deduce que no existe aún ningún suero que pueda considerarse como verdaderamente eficaz ó por lo menos útil para detener la infección tuberculosa. Y aun cuando se registren en la literatura médica reciente numerosas observaciones clínicas de casos, en los que con dichos sueros se obtuvieron notables mejorías y hasta verdaderas curaciones, conviene tener presente que en tisioterapia se ven todos los días alivios, sorprendentes á consecuencia de circunstancias variadísimas ó de medicaciones anodinas. Todo el mundo sabe que el simple reposo, la cura de aire, el cambio de régimen, modifican ó detienen, en plazo breve, el curso de una tuberculosis de principio grave. Frecuente es también, según el autor (aunque la mayoría de los clínicos no lo piensen así), la curabilidad aparente de una lesión

tuberculosa principiante, bajo la influencia de pequeñas dosis de tuberculina, repetidas con frecuencia y por largo tiempo. No parece dudoso que algunos sueros obren como si contuvieran pequeñas cantidades de tuberculina; pero la acción útil que en este concepto pudieran ejercer, es contrariada por los accidentes de anafilaxia que se producen con inyecciones repetidas, así como también por la extraordinaria sensibilidad que presentan los tuberculosos respecto á cualquier suero y á ciertos medicamentos, como los yoduros. En buena crítica, es casi imposible discernir la participación que un suero pueda tener en la mejoría de un tuberculoso. El solo criterio que permite juzgar con algún acierto, es la experimentación en los animales tuberculizados, y lo único que se ha conseguido con varios de los sueros citados, es retrasar la evolución de la enfermedad, pero nunca curarla, pues la muerte, después de algunos meses, ha demostrado la persistencia y curso invasor de la infección. En otras ocasiones, por el contrario, precipitaron el curso del mal, por la movilización de los bacilos, acantonados hasta entonces en las lesiones existentes, movilización que como se comprende, constituye un grave peligro por la difusión á distintos órganos del agente infectante.

El autor, lo mismo que Guinard y Rénon (en nota reciente comunicada á la Academia de Medicina de París), opina que no se tiene derecho á concluir que la sueroterapia sea la vía mejor que pueda conducir á la curación de la tuberculosis. Procurando tratar á los enfermos con inyecciones de sueros más ó menos ricos en sensibilizatrices, en aglutininas, en precipitinas, etc., se hacen esfuerzos completamente vanos, pues por ricos que puedan ser los mejores sueros en estas sustancias, no añaden casi nada á las cantidades, normalmente mucho más considerables, que contiene el suero del mismo enfermo. Además con la inoculación de bacilos ó de productos bacilares (endotoxinas, tuberculinas) no se ha conseguido, digan lo que quieran ciertos autores, hacer producir á los animales inoculados verdaderas antitoxinas ó lisinas auténticas, capaces de determinar ó favorecer, sea *in vitro*, sea por intermedio de los leucocitos, la disolución de los bacilos protegidos por su envoltura de quitina, de cera y de grasas. Y si los animales hipervacunados son impotentes para disolver los bacilos de su propio organismo, (que permanecen acantonados, pero vivos y virulentos, en los ganglios linfáticos ó son eliminados en *natura* por las vías normales de excreción de los derechos celulares), es ilógico admitir que los sueros procedentes de estos animales,

puedan producir en un organismo extraño, efectos de bacteriolisis que no pudieron causar en el suyo propio.

Los métodos empleados para la preparación de sueros antituberculosos parecen, pues, defectuosos y no debe ser esta la vía que conviene seguir para tratar de buscar la inmunidad pasiva contra la infección tuberculosa. Hay que pensar en producir sustancias capaces de intoxicar la célula tuberculosa y de asegurar la eliminación rápida de ésta por los emunctorios naturales.

Acaso este objeto pueda ser más seguramente alcanzado por la quimioterapia ó por la vacunación activa.

La vacunación como medio profiláctico y curativo de la fiebre tifoidea, por Phalen (New-York). (*The Journ. of the Am. med. Assoc.*, enero 1912). Tomado de *La Pres. Med.*, núm. 27.

Se emplea en el ejército de los Estados Unidos una vacuna antitífica preparada por el mayor F. Russel de Washington. Esta vacuna contiene bacilos procedentes de un viejo cultivo en gelosa, que ha perdido su virulencia. Después de una inoculación de 18 horas, los cultivos son lavados con suero artificial y muertos en el baño-maría á 56° durante una hora. Se hace la numeración de bacterias y se diluye enseguida el cultivo con suero artificial, de modo que cada c. c. contenga un billón de bacilos; después se añade un 0'25 por 100 de tricresol. Se comprueba la vacuna desde el punto de vista de los bacilos aerobios y anaerobios y se inocular á conejillos de Indias.

La dosis inmunizante es de tres inyecciones repetidas cada 10 días. La primera es de medio c. c., la segunda y la tercera de un c. c. Estas inyecciones se hacen generalmente cerca de la inserción humeral del deltóides, después de haber hecho sobre la piel de la región, una embrocación de tintura de yodo.

La reacción es ordinariamente muy débil. Frecuentemente se observa una adenopatía axilar, sin supuración. La fiebre, siempre moderada, alcanza su mayor elevación á las 12 horas y cesa al cabo de 24. Solamente persiste una ligera rigidez del brazo.

Después de la primera inyección es constante la reacción; á menudo es más viva después de la segunda, á causa del mayor número de bacilos inyectados.

Se inocular sólo á los soldados sanos. La inmunización contra la fiebre tifoidea es obligatoria desde el 1.º de julio de 1911, para

los oficiales y soldados que tengan menos de 45 años, siempre que no hayan padecido fiebre tifoidea auténtica. Desde hace tres años 60.000 hombres han recibido tres inoculaciones, habiendo observado entre ellos solamente 12 casos de tifoidea sin ninguna defunción.

Sorprendente es el caso siguiente: 4.000 soldados vacunados estuvieron de maniobras en una región sin que entre ellos se observase un caso de tifoidea, en tanto que en la población civil se contaron 192 casos, y eso que el campo y la ciudad se surtían de la misma agua y de los mismos alimentos.

La duración de la inmunidad no puede ser aun precisada; en el ejército colonial británico de la India se la estima en 2 años; en los Estados Unidos se vacuna cada 3 años.

En cuanto al tratamiento curativo de la fiebre tifoidea por la vacuna, está todavía en estudio, y no hay acuerdo respecto á la dosis eficaz que se ha de inyectar. Todos los autores admiten, sin embargo, que la duración de la fiebre es disminuída y que las complicaciones y las recaídas son muy atenuadas; la mortalidad ha descendido al 4,9 por 100.

Tratamiento de las hemorragias, de la diátesis hemorrágica y de la anemia perniciosa, por inyecciones de suero ó de sangre desfibrinada de individuos sanos, por Pohn (Mulheim) (*München. mediz. Wochen.* núm. 4, 1912).

Después de haber perdido un enfermo tífico á consecuencia de una hemorragia intestinal tratada por la gelatina, empleó el autor en otros seis casos análogos, graves, con excelentes resultados, el siguiente tratamiento: extrae, por punción, de una vena braquial de un sujeto sano, 30 á 50 cent. cúb. de sangre, que se recogen en un vaso esterilizado que contiene algunas perlas de vidrio; desfibrina la sangre, agitándola durante diez minutos y procede á inyectar, en la región glútea del enfermo, esta sangre desfibrinada. La inyección se repite á los dos días, pudiendo hacerse una tercera después de otro plazo igual de tiempo. Los seis enfermos curaron, no obstante la gravedad de sus enterorragias.

En un caso de reumatismo poliarticular agudo con hemorragias difusas muy graves y en otro de anemia perniciosa, consiguió la curación inyectando suero de sangre sana. El primer enfermo curó con una inyección de 15 á 20 cent. cúb. de suero. En el

segundo, después de una inyección de 20 cent. cúb., seguida á los tres días de otra de 40 cent. cúb. subió la cifra de hematíes que era de 600.000 por milím. cúb. á 3.500.000 y la de hemoglobina que era de 19 por 100 á 30 por 100, siendo bueno el estado general.

G. CAMALEÑO

Aneurisma aórtico tomado por asma, por el Dr. Salomón Solís Cohen. (*Interstate Medical Journal*, enero 1912).

El autor publica una nota referente á dos casos de aneurisma aórtico en los cuales se cometió el extraño error diagnóstico de considerarles como asmáticos. Ambos enfermos operarios y sifilíticos viéronse rápidamente afectos de gran disnea como único síntoma. Faltaban los signos ordinarios del aneurisma, pulsación, trill y ruido; tenían disnea continua con paroxismos de angustia creciente acompañada de estertores sonoros y sibilantes.

Los enfermos diagnosticados de asmáticos se les envió al hospital. Tuvieron que sentarse en la cama, ansiando respirar con marcada elevación supra esternal en un caso y supraclavicular en otro; ambos tenían estridor laríngeo, en uno alto de tono y en los dos tiempos inspiratorio y espiratorio; en el otro bajo de tono y sólo espiratorio; en ambos casos latían violentamente los vasos del cuello y las venas yugulares aparecían muy distendidas; en el caso primero hubo ataques sincopales. En ambos casos el doctor Cohen hizo á primera vista el diagnóstico de disnea por obstrucción probablemente aneurismática. La exploración cuidadosa reveló una zona de macidez sobre el mango esternal, del tamaño como de una moneda de dos pesetas en el enfermo primero; en el segundo la zona de macidez extensa en un área como un duro, rebasaba algo á los dos bordes del esternón. En ningún caso se pudo comprobar el trill, el ruido, la zona pulsátil, ni datos laríngeos por el examen adecuado. En ambos casos la radioscopia reveló una sombra sobre la zona cardíaca, que se interpretó como el arco aórtico dilatado y comprimiendo el origen de la tráquea.

En el caso primero la sombra era pequeña y circular; en el otro, grande y de contorno piriforme; aquel murió y la necropsia descubrió un saco de unos tres centímetros de diámetro, cuya pared posterior ofrecía un coágulo duro como implantado en la anterior de la tráquea y comunicante por una pequeña abertura con la porción transversa del cayado aórtico.

Lo interesante de estos enfermos es que el único síntoma fué la disnea repentina faltando los signos característicos del aneurisma; por ello, ser la disnea creciente y angustiosa con estertores y silbidos, el diagnóstico que hicieron los médicos fué asma. Pero la elevación supra-esternal y la respiración estridente indicadoras de compresión laríngea ó traqueal, eran incompatibles con el asma; las posibilidades son algún goma ó tumor mediastínico, los infartos ganglionares, el absceso peritraqueal y el aneurisma, como agentes de compresión al paso del aire.

Hernia epigástrica como causa de diarrea, por Farrer Cobb, (de Boston). (*Annals of Surgery*, marzo 1912).

Los periódicos profesionales se han ocupado en estos últimos años en definir y estudiar la hernia epigástrica. Esta es una pequeña elevación de tamaño que no excede de una nuez y situada en la línea alba entre la cicatriz umbilical y el apéndice xifoides, según la define el autor. Es más frecuente en el hombre que en la mujer y contiene más veces omento que alguna porción del cólon transverso.

Todos los síntomas que el enfermo acusa son aparentemente debidos á las adherencias entre el saco hermario y el peritoneo parietal ó la víscera subyacente. Ofrecen por lo común trastornos gástricos si bien la que refiere el Dr. Cobb revelaba síntomas intestinales sin que en la literatura médica pudiese encontrar un caso comparable.

Su enfermo, un curtidor de 69 años, cuyo síntoma característico era una diarrea de siete meses de duración que casi sin remisiones, le obligaba á hacer un número de deposiciones variable entre seis y catorce; había disminuído unos 20 kilogramos de peso. Permaneció ausente seis meses en la clínica hospitalaria, sometido á infinidad de medicaciones y variados regímenes alimenticios sin que nada produjese una ostensible mejoría. La exploración no descubría causa apreciable de la diarrea, hasta que el Dr. Cobb apreció la existencia de una hernia epigástrica irreductible: por exclusión llegó á pensar en la posibilidad de que dicha hernia causara los transtornos que el enfermo sufría y se decidió á operarle; encontró el omento como contenido del saco y firmemente adherido á éste y al peritoneo de la pared abdominal fijando á ésta el cólon transverso; se extirpó el saco y rompieron las adherencias hasta dejar

libre el cólon. El enfermo totalmente restablecido, ha visto desaparecer su tenaz diarrea. Es racional deducir que la causa de ésta era la irritación continua que el cólon sufría por las adherencias que le fijaban á la hernia; también precisa tener en cuenta este hecho en los casos de antiguas y rebeldes diarreas por si pudiéramos orientar por este camino nuestro juicio diagnóstico.

M. ROMÓN

Reacciones provocadas por la vacunación antitífica, por H.

Albert y A. M. Mendenhall. (*Amer. jour. of the med. Sciences*, núm. 3, 1912).

La inmunización artificial contra la fiebre tifoidea, ensayada primero en los animales por medio de cultivos vivos de bacilos tíficos por Simmons y Fränkel, Beaumer, Chantemesse, Widal y Sanarelli, fué después practicada con bacilos muertos, pues en 1892 Brieger, Kitasato y Wassermann, enseñaron que el empleo de éstos provocaba formación de anticuerpos, igual que el de bacilos vivos.

En 1896 Pfeiffer y Kolle por una parte y Wright por otra, independientemente, inocularon á dos hombres con vacuna tífica. En 1897 Wright refirió la inoculación de 18 personas, y al siguiente año introdujo la vacunación antitífica en los soldados ingleses que combatían contra los boers. En 1904, por consejo de Koch, la vacunación se practicó en el ejército alemán y, poco después, se volvió á ella en el ejército inglés, del que fué suprimida seguidamente á la observación de varios casos desfavorables. En 1908 se empleó en el ejército americano, en el que desde 1911 es obligatoria para todos los soldados.

La estadística de Wright, que comprende las vacunaciones hechas durante la guerra anglo-boer, está basada sobre 19.069 soldados vacunados y 150.231 no vacunados, y demuestra que la vacunación redujo los casos de enfermedad en 50 por 100 y la mortalidad en 75 por 100. Más tarde con mejor técnica en la preparación de la vacuna y haciendo la vacunación en 2 ó 3 inyecciones los resultados mejoraron sensiblemente. Según la muy reciente estadística de Leishmann, basada sobre 5.473 personas vacunadas y 6.610 no vacunadas, los casos de enfermedad y de muerte entre los vacunados se reduce á 1 por 10 de los que hubo en los no vacunados.

Las vacunaciones hechas por Albert y Mendenhall, consisten en 3 inyecciones subcutáneas en el brazo, con intervalos de 10 días, primeramente con 500.000.000 de bacilos y después con 1.000.000.000, y hay reacción local y general. La primera comienza habitualmente á las cuatro ó cinco horas, desapareciendo gradualmente en cuatro ó cinco días, y consiste en una zona de enrojecimiento del diámetro de diez centímetros, con hinchazón y dolor, y ocasionalmente hay infarto doloroso de los ganglios axilares. La segunda se muestra por uno ó varios de los siguientes síntomas; fiebre hasta 40°, cefalea, malestar general, insomnio, náuseas y, algunas veces, también lumbago, vómitos, escalofríos, herpes labial, pérdida de peso y albuminuria: estos síntomas comienzan cinco ó seis horas después de la inyección y desaparecen en 48 horas. El carácter medio de la reacción lo indica el hecho que sobre más de 30.000 inyecciones hechas á los soldados de los Estados Unidos, en el 95 por 100 no hubo reacción local y sólo una reacción muy pequeña en los demás, sin que hubiera en ningún caso resultados deplorables.

Las reacciones de las cuales depende la inmunidad ó por las cuales puede ser medida se dividen: en leucocítica, opsónica, fagocítica, aglutinante y bacteriolítica.

Fácilmente puede demostrarse con el método de Pfeiffer que aumentan las bacteriolisinas, pero los autores confiesan no poseer medios para determinar con cuidado la cantidad de bacteriolisinas. Algunos autores han demostrado hoy notable aumento de las opsoninas, pero la determinación del índice opsónico no es muy satisfactorio. Algo más segura es la valuación del poder fagocítico con el método de las diluciones de Neufelt, usando el cual Ruisell ha encontrado que, á partir del quinto al octavo día después de la primera inyección, hay rápido aumento del poder fagocítico, que alcanza su máximo aproximadamente á las tres semanas, después de las cuales gradualmente declina hasta retroceder al normal en el curso de un año. Contemporáneamente á las opsoninas empiezan á aumentar las aglutininas y crecen rápidamente, tanto que al fin de la tercera ó cuarta semana es posible tener la aglutinación de 1 : 500 — 20.000; después disminuyen gradualmente y después de un año se puede tener una aglutinación á 1 : 100.

Los autores han estudiado la reacción leucoicitaria, y recuerdan que varios observadores han encontrado aumento numérico de grandes mononucleares durante la fiebre tifoidea y su

convalecencia (Thayer) y citan las experiencias de De Sandro, inspiradas por Ferranini, hechas en las clínicas Rummo, las cuales demuestran que después de la inyección de toxina tífica se produce primero una leucopenia y luego una leucocitosis constituida al principio por polimorfonucleares y más tarde por grandes mononucleares.

El notable aumento absoluto y relativo de grandes mononucleares en la sangre periférica es la única modificación leucocitaria común tanto á la fiebre tifoidea como á la vacunación antitífica. Lo que demuestra que estos leucocitos toman gran parte en la formación de anticuerpos y en la producción de la inmunidad antitífica.

MORENO

MATERIA MÉDICA

El dibromodihidrocinamato de borneol, (*Ap. Ztg.* 1911, p. 1057).

—Este compuesto de fórmula $C_{10}H_{15}CHBrCHBrCOOC_{10}H_{17}$, obtenido por bromación del cinamato de borneol, es un polvo cristalino, blanco, casi insípido é inodoro, neutro, insoluble en el agua, muy soluble en el alcohol hirviendo, éter y cloroformo y que contiene 35 por 100 de bromo y 35 por 100 de borneol en forma fácilmente escindible.

Único compuesto etéreo de borneol que encerrando bromo se presenta sólido, es, á pesar de su insolubilidad, fácilmente absorbible administrado al interior y perfectamente tolerado por los animales sobre los que se le ha experimentado (gato, conejo y perro). En experiencias sobre el hombre se obtiene la misma tolerancia: Tanto en las orinas de aquellos como en las de éste se puede comprobar la presencia del borneol y del bromo.

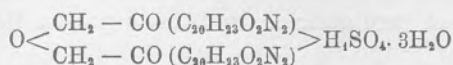
Desde el punto de vista terapéutico este compuesto puede ser empleado, por un lado, en lugar de las preparaciones bromadas y por otro en vez de los derivados de borneol (preparaciones valerianicas) en los estados nerviosos de todas clases (agrypnia nerviosa, neurastenia, trastornos cardíacos nerviosos) y además en los trastornos menstruales y del embarazo. La dosis por vez es de 0,5 gramos á 1,2 gramos, y por día hasta 3,6 gramos.

Orthonal. (*Jour. de Pharm. et de Chim.* 1912, núm. 3, p. 118).— Nuevo anestésico obtenido por el Dr. Bruno Moses, mezclando una solución de cocaína á 0,5 por 100 con una solución de alipina á 0,75 por 100 y 6 por 100 de una solución de adrenalina al 1 por

10 000: todos estos productos son disueltos en suero fisiológico y esterilizados á la autoclave. En ampollas de 1 á 2 c.³ se emplea en el arte dentario, pero puede igualmente utilizarse en pequeña cirugía, especialmente en la anestesia por infiltración. Su empleo no provoca ninguna complicación.

El mentocapsol «Skala». Nombre dado en el comercio á un producto de consistencia análoga á la de un jabón blando y que tiene por base un jabón adicionado de amoniaco, alcanfor, mentol, eugenol, esencia de gaulteria, extracto de capsicum y de pimienta. Se emplea con buenos resultados en el tratamiento del reumatismo, dolores nerviosos, ciática, etc.

Insipina. (*Apt. Ztg.* 1911, p. 100).—Nuevo derivado de la quinina, insípido, que preparado por la casa Böhringer responde en su composición á la fórmula:



es por consiguiente el sulfato del éter diglicólico de la quinina, de la que encierra el 72 por 100.

Es un polvo cristalino, blanco, insoluble en el agua y alcohol fríos, poco soluble en ambos vehículos hirvientes.

La solución acuosa, obtenida por adición de un poco de ácido sulfúrico es fluorescente.

Dotada de acción parasitaria muy marcada se la recomienda en la práctica infantil contra la malaria á la dosis de 0,2 gramos seis á nueve veces por día, ó bien 0,4 tres á seis veces.

Embasina. (*Apt. Ztg.* 1911, p. 1010).—Según la casa Heyden es una solución al 6,75 per 100 de mercuriosalicilosulfonato sódico conteniendo 0,50 gramos por 100 de acoina.

En 1 c.³ de embasina hay 0,03 gramos de mercurio.

Este preparado no contiene el mercurio combinado al estado de sal y por ello sus soluciones no presentan las reacciones generales del mercurio, que además, gracias á su combinación disimulada, ejerce, según las experiencias realizadas en el Instituto fisiológico de la Universidad de Inspruck por von Hayek, una acción tóxica mucho más débil que la de las demás combinaciones mercuriales.

Según el autor, M. H. Læb, es medicamento muy útil combinado al salvarsán.

La solución límpida existe en el mercado en ampollas de 1 á 2 c.³ Se comienzan las inyecciones por una media dosis á fin de

establecer la tolerancia individual. En la primera semana se inyecta todos los días ó cada dos días, de preferencia en el tejido subcutáneo: en general bastan quince inyecciones.

Iodostarina. (*Apt. Ztg.* 1911, p. 869).—Nueva preparación iodada que según su autor el Dr. Bachem ofrece las ventajas siguientes; propiedades tóxicas muy débiles, difusión suficiente en los diferentes órganos, reabsorción rápida, ausencia de sabor y precio relativamente bajo.

La iodostarina, que tiene por fórmula $C_{18}H_{32}I_2O_2$ es un diioduro del ácido estearóico, isómero del taririco, ácido este último no saturado, obtenido por Amault de la grasa de un fruto de Guatemala pertenecientes al género.

Picramnia.—La iodostarina funde á 49° , contiene 47,5 por 100 de iodo, se presenta en cristales blancos inodoros é insípidos, insolubles en el agua, pero solubles en los otros disolventes. No atacable por el jugo gástrico, es disuelto por los líquidos intestinales.

Este medicamento de acción muy poco tóxica administrase bajo la forma de tabletas conteniendo 0,25 gramos de producto activo.

Digitilo. (*Apt. Zgt.* 1911, p. 347, Dr. Kantorovicz).—Producto obtenido á partir del principio separado por infusión acuosa de la hoja de digital, que ofrece, juntamente á una composición uniforme, una acción siempre igual y una perfecta conservación.

Las indicaciones dadas por el autor sobre el método de obtención son muy vagas: somete la droga á la acción del vapor de agua á alta tensión, en condiciones que asegura una extracción racional de diferentes principios que lo hacen alcanzar una proporción próximamente diez veces más concentrada que la infusión á 1 por 100 de la hoja. La dosis habitual es de 20 gotas cada dos horas: en general la acción es bien definida al cabo de 48 horas, pero es prudente administrar una dosis menor al día siguiente.

El mesotorio sucedáneo del radio, por A. Weil. (*Paris Médical*, 30 marzo 1912). El precio muy elevado del radio es un gran obstáculo para la difusión de la radiumterapia, pero es probable que en tiempo no muy lejano pueda ser reemplazado el radio por una sustancia del grupo del torio, el mesotorio, aislado en la preparación de sales de torio gracias á los trabajos de Rutherford, Dáourian y Hahn. Según Deane Butcher y de Nobeles el mesotorio es absolutamente comparable al radio. Sus rayos β tienen la misma penetración, y sus rayos γ parecen ser aún más penetrantes

que los del radio: la emanación es más activa y se presta mejor al tratamiento de las afecciones del aparato respiratorio, por más que esto necesita aún más detenidas investigaciones.

Todos los años se extraen 700 toneladas de torio comercial de la monacita, llegándose á obtener el mesotorio de los residuos de la preparación de torio que sirve para fabricar los manguitos para el alumbrado de gas por incandescencia. Pero esta preparación exige manipular con una cantidad mucho más considerable que la que se necesita para la preparación de proporciones equivalentes de radio. Más como los residuos de mineral de torio son mucho más abundantes que los del urano, el precio de coste del mesotorio viene á ser una tercera parte más barato que el del radio.

F. DOMENECH

QUIMICA MÉDICA

La solución fisiológica de cloruro de sodio según la farmacopea alemana y la reacción de Wassermann. (*Apt. Ztg.* 1911, p. 1009).—La solución fisiológica de la nueva farmacopea alemana se compone de:

Cloruro de sodio 8 gramos; carbonato sódico 0,15 gramos, agua 991,85 gramos.

La pequeña cantidad de carbonato sódico que encierra basta para poder originar una hemolisis no específica; por consiguiente, en la experiencia de la reacción de Wassermann se empleara suero fisiológico no conteniendo más que agua y cloruro de sodio, pues así preparado no se provoca el expresado error.

F. DOMENECH

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Un síntoma precoz de embarazo extra-uterino, por A. Solowij, (*Zentralb. f. gynæk.*, núm. 5, 1912).

La primeras manifestaciones de un embarazo extra-uterino en evolución son por regla general tan insignificantes que pueden escapar á la atención del ginecólogo más experto. En los casos más favorables se siente una resistencia al lado del útero, apenas indicada, que da la impresión de una pequeña anexitis. Si las

reglas se retrasan, si enseguida se produce una eliminación de elementos deciduales, ó en los casos de contracciones tubarias características, el diagnóstico de embarazo ectópico se impone. En el caso contrario éste no será reconocido sino en el momento de la rotura ó del aborto tubario. El autor relata dos casos en los que pudo hacer el diagnóstico basándose en modificaciones encontradas al tacto en el fondo de saco de Douglas con unos días de intervalo. Dichas modificaciones fueron las siguientes: en el primer tacto encontró el Douglas libre, pero á los tres días notó en el Douglas una resistencia blanda, en el primer caso; y en el segundo, á los cuatro días la pequeña zona resistente blanda del lado derecho estaba más extendida y cuatro días después se encontraba en el Douglas. En ambos casos practicó inmediatamente la laparotomía que confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico.

Este signo precoz no tiene todo su valor sino en los casos en que la presencia de una masa pseudo-anexial en un fondo de saco lateral hace ya pensar en la posibilidad de un embarazo ectópico: la aparición de una zona resistente en el Douglas, antes libre y flexible, permitirá afirmar el diagnóstico.

Vómitos graves del embarazo y suero de mujer embarazada de los primeros meses, por G. Fieux y A. Dantin, (*Annales de Gynécologie et d' Obstétrique*, marzo 1912).

El año 1910, animados los autores por el caso publicado por Mayer y Linser, de Tubinga, en el que relatan la curación rápida de una dermatosis gravídica con inyecciones de suero de mujer en cinta normal, intentaron la misma medicación en un caso de vómitos graves del embarazo. El estado de la enferma era excesivamente grave, no mejoraba con nada, y á pesar de 12 centímetros cúbicos de suero de mujer embarazada de 8 meses y medio, no curó sino con el aborto terapéutico.

En el mes de julio último, M. Le Lorier presentó á la Academia de medicina un caso de vómitos graves del embarazo curado rápidamente con suero de mujer en cinta normal casi á término.

A pesar del fracaso de su ensayo, el éxito de M. Le Lorier les animó á los autores á repetir su intento en la primera ocasión, pero utilizando de preferencia suero de mujer embarazada de dos ó tres meses, pues lógicamente, al menos, las reacciones humorales

deben ser en este momento más intensas y por consecuencia el suero-vacuna más activo.

Describen á continuación, con multitud de datos y detalles, una observación relativa á una mujer embarazada con vómitos graves y con un cortejo sintomático muy inquietante, en la cual una inyección de algunos centímetros cúbicos de suero de mujer normal, en los primeros meses de su embarazo, fué seguida inmediatamente de una mejoría evidente, tanto en el síntoma esencial, vómitos, como en el estado del pulso y volumen de las orinas.

Como dicha mejoría no se acentuase, le hicieron una segunda inyección de 12 c. c. del suero de una mujer sana embarazada de 3 meses, cuya inyección fué seguida de atenuación, primero, y desaparición total después, de los vómitos, mejoría del pulso, aumento de orinas y, en una palabra, de vuelta rápida á un excelente estado general.

No emplearon ningún otro tratamiento, y, desde que la inyectaron el suero el régimen alimenticio fué el que deseó la enferma.

Distocia por obliteración del cuello. Embarazo prolongado. Histerectomía sin abertura previa del útero, por J. A. Doleris, (*La Gynécologie*, febrero, 1912).

Sofía X... de 33 años, entra en el hospital, para dar á luz, el día 22 de octubre de 1911, por sentir algunos dolores y estar fuera de cuenta. Sin embargo el examen demuestra que nada denota el principio del trabajo.

Como antecedentes hay tres partos normales y un aborto de tres meses. Últimas reglas del 1 al 2 de diciembre 1910. Embarazo normal.

Reconocida por Doleris comprueba ausencia de ruidos cardíacos fetales que confirman muerte fetal. Se prolonga aún el embarazo durante un mes, al cabo del cual se hacen tentativas para provocar el parto introduciendo en el cuello un balón que se detiene á un centímetro, por una brida que se rompe. Introduciendo un dedo en el conducto cervical comprueba Cathala que rota esta brida choca el dedo con una superficie lisa resistente, á modo de fondo de saco de ligera concavidad. El 24 de noviembre Doleris reconoce á la enferma: el cuello es muy largo y profundamente situado, á causa de la elevación del polo inferior del útero; introducido el dedo en el cuello, estrecho y flexible, es detenido á unos cinco centímetros por un obstáculo resistente constituido

al parecer por un espeso disco membranoso, tenso, de las dimensiones de una lenteja, al principio del reconocimiento, y del de 0'20 francos después de las maniobras de reconocimiento: es convexo, su contorno se destaca del tejido uterino, sobre el cual parece fijado, formando con los rebordes del orificio interno un fondo de saco circular de seno agudo poco pronunciado: el his-
terómetro no puede penetrar por ningún sitio más allá de este obstáculo. Un nuevo examen, con ayuda de valvas anchas y con tracciones con una pinza sobre el hocico de tenca, permite comprobar la fusión íntima del tejido uterino con dicho obstáculo. De estos exámenes dedujeron que este opérculo espeso y resistente era la causa de la oclusión del orificio interno, del retardo del parto y de la imposibilidad del trabajo, y, por lo tanto, que se trataba de un embarazo que había pasado de su término, con muerte reciente del feto y ausencia relativa del líquido en el huevo. El diagnóstico de la naturaleza del obstáculo fluctuaba entre una adherencia patológica de membranas muy espesas al contorno del orificio interno, p. ej., placenta inserta cerca del cuello, idea que desecharon por ser liso al tacto, no tener la consistencia de un corion tomentoso y por no haber habido hemorragias en ningún momento del embarazo; y una oclusión patológica del cuello, bien por fibroma uterino, parietal, inserto en el segmento inferior muy cerca del orificio interno, ó bien por un tejido cicatricial de nueva formación. Desechada la punción por los peligros de una infección ulterior, ya que era de suponer alteración del líquido amniótico por la muerte del feto, decidió Doleris practicar al día siguiente la histerectomía abdominal. La noche del reconocimiento se derrama por la vulva una pequeña cantidad de líquido verdoso oseuro de olor fétido.

Al día siguiente por la mañana el cuello estaba entreabierto y permeable como la vispera.

El día 25 de noviembre practica Doleris la histerectomía supravaginal, y corta el útero por debajo del orificio interno.

El examen de la pieza demuestra que el feto estaba en actitud normal, habiendo muy poco líquido. El orificio interno del cuello estaba cerrado por un diafragma de 3 milímetros de espesor, resistente y adherente, en el que con gran trabajo se pudo descubrir la fisura que había dejado pasar un poco de líquido amniótico el día anterior.

La enferma, á quien se refiere la observación descrita, había ingresado un año antes en el Hospital de San Antonio para ser

asistida en un aborto de 3 meses, en el que había ya expulsado la mayor parte del huevo; pero presentando fiebre y hemorragia, se extrajeron por escobillonage algunos restos placentarios en putrefacción, introduciendo después una mecha empapada en glicerina creosotada.

Esta cura se renovó diariamente. A consecuencia, sin duda, de exageradas dosis de creosota y faltas de asepsia hubo supuración uterina ó para-uterina que curó con drenaje de la matriz.

A este hecho atribuye Doleris la atrexia cicatricial del cuello, causa de la distancia reseñada.

Las inyecciones hipodérmicas de suero alcoholizado, de suero rom principalmente, en las adinamias post-operatorias, por R. Engel. *La Ginecologie*, febrero 1912).

Basándose en el consejo del Dr. E. Reymond (de Fribourg) de emplear en los casos de adinamia grave inyecciones hipodérmicas de suero fisiológico ligeramente alcoholizado (una cucharada de buen coñac en 250 c. c. de suero) el autor ha utilizado este método, ligeramente modificado, en los casos de shock operatorio grave, adicionando al suero rom en vez de coñac. Las dosis empleadas han variado de una á cuatro cucharadas grandes de rom por 500 c. c. de suero, siendo la dosis media una cucharada grande, ó sean 15 c. c. de rom por 250 c.c. de suero.

De los casos en que la ha empleado deduce que la acción prolongada útil del suero-rom lucha con más éxito que todos los cardio-tónicos contra la astenia cardiaca que amenaza á los operadores los primeros días después de la operación. Su acción es larga, progresiva, fácil de dirigir, da lugar á una sensación de bienestar inmediato á la inyección, y produce casi siempre sueño. No ha observado accidente de ninguna especie aunque la anestesia se haya hecho con éter ó cloroformo.

Dice que su colega Crépin ha utilizado este método con pleno éxito en un caso de astenia cardiaca de un viejo de 82 años, que había tenido pulmonía doble.

Basándose en esos resultados propone el método á todos sus colegas, seguro de que obrando con prudencia, vigilando el estado de los riñones, y no pasando de la dosis máxima de 45 gramos de rom por 500 c. c. de suero para los casos graves y de la media de 15 gramos de rom por 250 c. c. de suero en el adulto, encontrarán

en el suero-rom un ayuda segura, cuya acción puede ser variada al infinito según las necesidades del momento, sobre todo para luchar contra la astenia cardíaca post-operatoria.

Los cultivos de bacilos lácticos en el tratamiento de la infección puerperal, por A. Brindeau. (*Arch. mens. d'Obstétrique et de gynécologie*, marzo 1912).

Hace el autor un detenido estudio de este medio de curación en las endometritis, heridas sépticas vulvo-vaginales, abscesos de la mama, fístulas post-operatorias, desunión de heridas operatorias, esfacelo sacro, esfacelo del pedículo uterino en operadas de histerectomía, despegamiento cutáneo consecutivo á inyección de suero, histerectomía vaginal, peritonitis puerperal, fiemón cervical y torácico en el recién nacido, y ulceración umbilical en el recién nacido. Cita varias observaciones de todas estas enfermedades, y deduce las siguientes conclusiones:

El tratamiento {de las heridas infectadas, por los cultivos del bacilo láctico da buenos resultados, por ser el ácido láctico un antiséptico poderoso y no tóxico. Además los cultivos obran por acción impediendo contra ciertas especies patógenas y provocan la leucocitosis. No es peligroso por no ser este microbio nunca patógeno.

Los cultivos lácticos pueden ser empleados en todos los casos de heridas sépticas ó pútridas, pero su verdadera indicación es en *heridas vulvo-perineales infectadas, secundarias al parto*.

Estas heridas se detergen muy rápidamente y este tratamiento es un excelente medio de preparación para las restauraciones secundarias del periné.

Las metrorragias después de la menopausia, por Paul Dalché. (*Gazette des Hôpitaux*, 4 enero 1912).

Las metrorragias que sobrevienen en mujeres de cierta edad deben sernos siempre sospechosas. Se observa, alguna vez, al principio, pérdidas insignificantes, después amarillentas, que aumentan un poco después del ejercicio, pero sin acompañarse de ningún trastorno en el estado general. Después de algunas semanas ó meses aparece una hemorragia abundante y fétida. Examinada

entonces la enferma no se encuentra ninguna lesión apreciable aunque exista un epiteloma ó un sarcoma del cuerpo uterino. En otros casos se trata de una metritis cervical antigua ó de un pequeño pólipo mucoso que contribuye á ocultar una neoplasia profunda. Alguna vez, por fin, el examen encuentra un fibromioma que explica suficientemente la metrorragia, pero que puede ser sospechoso de degeneración. Existen, sin embargo, casos en los que no se trata de cáncer, y M. Dalché cita algunos en que se trataba de metritis, congestiones uterinas, tendencias hemorragi-paras, y, á veces, de enfermas con pérdidas sanguíneas repetidas, que durando algunos años, desaparecieron después, sin que se hubiese podido determinar su causa.

¿Cuáles son las afecciones susceptibles de producir una metrorragia después de la menopausia? Desde luego las metritis antiguas: se trata de enfermas que han padecido otras veces metrorragias, enfermas con embarazos frecuentes y que padecen ptosis viscerales. La menopausia se efectuó, y de repente las pérdidas reaparecieron. Se descubre en ellas, un pólipo mucoso, ó una afección general, como litiasis biliar ó renal, enfermedad cardíaca, etc.

Otras veces se trata de una *metritis senil* con leucorrea intermitente fétida, que cede al raspado.

La *esclerosis uterina* determina con frecuencia hemorragias en el período de la menopausia. Es frecuente en estos casos encontrar algún síntoma de otra afección general, gota, litiasis biliar. Es preciso saber que dicha esclerosis predispone al cáncer (Richelot)

Las *degeneraciones de las arterias uterinas*, arterio-esclerosis, ateroma, degeneración hialina; el *pólipo mucoso*, el *fibroma*, y á veces pequeños fibromas intersticiales, la *sífilis*, en fin, en la cual no se piensa nunca lo bastante en ginecología, son con frecuencia la causa de estas metrorragias.

Pueden éstas depender, después de la menopausia, de causas extragenitales: las afecciones cardíacas (mitrales, miocarditis), las afecciones hepáticas ó renales, la gota, la neuralgia lumbo-abdominal y la obesidad son las más frecuentes. El tratamiento será apropiado á la causa: es preciso usar los preparados de cornezuelo de centeno con prudencia; á los hipertensos les sienta bien el cornezuelo (Huchard). El opio, el cloruro de calcio, la gelatina, los hipotensores, como la trinitrina y el nitrato de amilo; en fin, los taponamientos vaginales gelatinizados, las irrigaciones tibias y, algunas veces, la radioterapia y la radiumterapia.

Dos casos de inversión uterina, por O. Thiébaud. (*Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'Obstétrique*, 1912, pág. 79).

Primípara, de 29 años, parto normal: verificado el alumbramiento, la placenta se apoya en el periné; la parida empuja inevitablemente, y el útero, echando fuera la placenta, sale á la vulva.

Estado sincopal. El médico empuja el útero sin poder reducir la inversión, por un anillo de constricción que existía al nivel del cuello, en vista de lo cual hace un taponamiento vaginal para cohibir la hemorragia.

Bajo anestesia, practica el autor la taxis periférica y con un tapón colocado en una pinza rechaza el fondo de la matriz; gracias á esta maniobra vuelve el útero á su lugar. Hace un taponamiento intrauterino, que deja hasta el día siguiente. Puerperio normal.

En el segundo caso se trataba de una primípara de 23 años. Todo marchó bien aunque lentamente. Se emplean los medios usuales para el alumbramiento. De repente, y al hacer un tacto vaginal, la parturiente lanza fuera su útero invertido, en tercer grado, produciéndose al mismo tiempo metrorragia. La placenta estaba aún adherida. Se rechaza el tumor á la vagina. La hemorragia se detiene cuando el tumor está en el canal vaginal. Se desprende la placenta, lo que fué fácil por tracción sobre el cordón, mientras se sostenía el útero con la otra mano. Confirma por palpación el globo uterino. Hace una irrigación intrauterina caliente, y pone una inyección de ergotina Yvon. Puerperio normal.

P. ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

Lesiones oculares de los recién nacidos, por Paul Legueux, (*Archives mens. d'Obstétrique et de Gynecologie*, febrero, 1912).

Empieza el autor su interesante trabajo por una serie de consideraciones que le conducen á la pregunta siguiente: ¿podríase, investigando los trastornos oculares del recién nacido, encontrar en ellas las causas de las alteraciones visuales que parecen aparecer en la adolescencia, especialmente trastornos de la refracción? ¿Cómo explicaría el autor otras anomalías de desarrollo que acompañan casi siempre á los trastornos de la refracción en sitios más ó menos lejanos?

Pasa luego á revistar los trabajos publicados sobre este asunto. por Yacger 1861, Ely 1879, Horhuan, etc.

Su estudio ha sido hecho en 151 recién nacidos, detallado en un cuadro que aparece al fin del artículo.

En los 151 niños ha encontrado 37 veces lesiones de diversos órdenes, ó sea un 24,5 por 100 repartidos en

Parálisis.

Lesiones de la córnea.

Lesiones de la retina.

Parálisis.—Todas las observadas han sido del 7° par, menos en un caso en el cual fué sólo el 6° el afectado. En todos ellos hubo aplicación de forceps alta, tomando la cabeza por las regiones mastoidea y frontal.

Lesiones corneanas.—Consistentes en un enturbiamiento de la córnea de intensidad y duración variable, desde algunas horas hasta meses.

El autor ha encontrado esta lesión en un 9 por 100. Analizadas las opiniones de tocólogos y oculistas sobre la causa de esta opacidad se hace partidario de la emitida por Fuchs, que las atribuye á un plegamiento de la membrana de Descemet, muy frágil en los recién nacidos, más en los prematuros, producida por una acción traumática directa ó á distancia.

La curación se hace espontáneamente.

Nosotros hemos presenciado opacidades iguales á las descritas por el autor en algunos casos en los cuales después de un ligero traumatismo de la córnea, (herida operatoria, etc.), ha sido ésta alcanzada por el sublimado, ó el cianuro de mercurio aun en soluciones muy diluídas.

Lesiones retinianas.—Estas han aparecido en una proporción de un 10 por 100. Para el autor las hemorragias retinianas, que caracterizan estas lesiones, no son producidas por contusión directa, sino más bien por éxtasis intra-craneano, que da lugar al éxtasis papilar; recayendo en sujetos de vasos no bien constituidos (niños prematuros y heredo-sifilíticos).

Termina el autor su artículo tratando de establecer una relación de causa á efecto, entre las hemorragias retinianas de los recién nacidos y la retinitis pigmentaria; pero la lesión inicial de esta retinitis ha sido ya perfectamente establecida por el eminente oftalmólogo Dr. Landolt en numerables trabajos histológicos publicados en Francia hace muchos años.

Estudios experimentales sobre la facilidad de infección del ojo en la diabetes y sobre la acción bactericida del suero sanguíneo diabético en la piógenesis, por Hagashi (*auf Eitererreger*) (*Arch. fur Ophthalm.*, 1911).

Hagashi, haciendo diabéticos algunos animales por medio de la adrenalina y del nitrito de amilo, ha demostrado, que la presencia de 0,3—0,5 por 100 de azúcar, como se encuentra en la diabetes, facilita la pululación de los microbios piógenos y aumenta su virulencia.

En la diabetes espontánea hay que tener en cuenta también la presencia en la sangre de otros productos anormales, tales como la acetona, ácido butírico, láctico, aceta-acético, etc.

Las experiencias han probado también la susceptibilidad del cuerpo vítreo del diabético.

Estudio de la asimetría ocular observada en los salvajes de la isla Formosa, por Oliver. (*Ophthalmology*, octubre, 1911).

El autor estudia la asimetría ocular observada en los salvajes de la isla Formosa, en una serie de documentos presentados en la exposición etnológica de San Luis en 1904.

Los cráneos son dolicocefalos. Los arcos superciliares están muy marcados, con tendencia, en el lado derecho, á elevarse arriba y afuera. El globo ocular izquierdo se presenta más hundido. La córnea oval, con los ojos más largos alejados 50 grados abajo y adentro del meridiano vertical. Las papilas ovales. El espacio interpupilar de 61 á 63 milímetros. La abertura palpebral derecha de 2 á 3 milímetros más corta que la izquierda, midiendo 27 á 28 milímetros. Los ángulos de la comisura inclinados 5 á 10 grados abajo y adentro del meridiano horizontal. Cejas poco marcadas y los cabellos ásperos y ralos. Las pestañas abundantes y bien formadas.

PABLO ALVARADO

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

A propósito de la estomatitis gonocócica, por Charles Jourdin (de Dijon). (*Archives internationales de laringologie, otologie et de rhinologie*, febrero 1912).

¿Existe una estomatitis blenorragica en la cual el gonococo es el agente específico? Los alemanes no lo ponen en duda, mientras que los franceses están más reservados.

El autor relata dos observaciones incompletas que le sirven para entrar en materia.

Observación 1.^a Un joven de 20 años, M. G., viene á mi consulta el mes de octubre de 1904 con una úlcera serpigínea superficial del paladar, poco dolorosa y sin adenitis. Como esta úlcera no tiene los caracteres de las que se encuentran habitualmente en este sitio, interroga al enfermo, quien manifiesta que pocos días antes se entregó con una profesional á pequeños ejercicios linguales de naturaleza un poco especial. El autor piensa entonces en la posibilidad de una infección gonocócica; le aconseja lavados con permanganato de potasa, y á los ocho días, está completamente curado.

Observación 2.^a En el mes de octubre último, tiene la visita de la joven M., que había consultado con muchos compañeros una afección bucal que databa de algunas semanas, y que ella atribuía á un coito hecho con su amigo atacado de blenorragia. Tenía entonces una inflamación violenta de la boca, con secreción espesa y abundante, en la cual se había encontrado en el examen microscópico el gonococo.

Muchos compañeros que fueron consultados sucesivamente, se habían mostrado reservados sobre la naturaleza de esta inflamación. La enferma pensaba sin cesar en su afección, que se trataba ella misma, con ácidos y cáusticos diversos. Cuando la ví, tenía una estomatitis ligera sostenida por el roce de un aparato protéico y por toques de nitrato de plata. El autor, comprendiendo que la paciente estaba más enferma del cerebro que de la boca, procura tranquilizarla, y la dispone una solución de permanganato de potasa con la cual obtiene la curación de la enfermedad de la boca, quedándole la obsesión de que tiene una gastritis de la misma naturaleza.

A continuación, el autor relata las observaciones bibliográficas que ha podido recoger.

En el diccionario de *Dechambre, Rollet* discute la existencia de la estomatitis gonocócica. Cita una observación de *Bamnés*.

Un obrero, presenta en la mitad izquierda del labio inferior una úlcera roja, brillante, dolorosa, recubierta de granulaciones blancas, y un ligero líquido de aspecto virulento. El enfermo atribuye su afección á un coito con una blenorragia. Cita enseguida á *Rodel*, que relata ocho casos de blenorragia bucal.

En todos ellos, la lesión está situada principalmente en los labios y velo del paladar. La mucosa, más roja y brillante que en el estado normal, está inyectada, arborizada y granulosa. No hay más secreción que un ligero moco-pus. Los enfermos acusaban un dolor constante y fueron curados con el nitrato de plata.

Chompret, en su tesis sobre gingivitis infecciosa (París, 1895), relata una observación *Menard*, en la cual la estomatitis es una complicación de una blenorragia de hace tres meses en un hombre de 45 años. Las encías están rojas, tumefactas, sangrantes; la inflamación se acompaña de calor en la boca, con sensación de sed; la masticación y la palabra son muy difíciles. Un exudado pseudo-membranoso recubre las úlceras violáceas talladas en pico. Lesiones análogas se encuentran en los carrillos; hay infarto ganglionar. La afección desaparece con cauterizaciones y lavados antisépticos. El autor no dice si el examen microscópico fué practicado.

Clutter, relata la observación siguiente: Una mujer de 21 años á consecuencia de un coito con un blenorragico, es atacada de una estomatitis pseudo-membranosa, en las cuales se encuentra el gonococo.

Observación de Dohrn.—Un niño de 8 años, es atacado de conjuntivitis y de estomatitis con ulceración del paladar y de la lengua, recubiertas de un exudado, en el cual se encuentra el gonococo.

Rafuski, cita dos casos:

1.º Un recién nacido (la madre tenía un flujo uretral), es atacado de una conjuntivitis grave; tres días después, aparecen en las encías, el paladar y la lengua, placas superficiales infiltradas de pus que contiene gonococos.

2.º Un niño de 13 años, hijo de madre blenorragica, presenta una estomatitis análoga á la precedente, con gonococos.

Observación de Leyden.—Niña, cuya madre tenía un flujo del cuello que fué tratada antes del parto. A pesar de haber observado

las precauciones más minuciosas, la niña tuvo á los ocho días una conjuntivitis del ojo derecho, y en la cara interna del labio, una pústula con una zona inflamatoria que contiene una secreción parecida á la de la conjuntiva, que encierra gonococos típicos. La curación se obtiene á los 9 días con lavados de sublimado débil.

Yuergens ha publicado la observación siguiente:

Hombre atacado de estomatitis intensa. El proceso morbooso es muy acentuado en el reborde gingival donde se percibe una elevación de un rojo sombra, que mide dos milímetros de largo. Las encías están recubiertas de un depósito grisáceo, verdoso y fétido, que se eleva fácilmente, sangrando al menor contacto. Al nivel de los dos últimos molares y sobre la mucosa gingival de venciudad, las lesiones habían llegado á destruir la capa superficial del epitelium, formando úlceras de bordes irregulares, excesivamente dolorosas. La tumefacción de la mucosa apenas le permite abrir la boca, y se acompaña de una secreción tan abundante, que durante la noche llega al oído y no permite dormir al enfermo.

Ensaya curarle por los medios normales, clorato de potasa, acetato de alumbre, permanganato de potasa, sin resultado, y sólo lo consigue con una solución de bicloruro de mercurio débil.

Como el enfermo, poco tiempo antes de empezar la estomatis, contrajo una uretritis blenorragica, se podían considerar las lesiones bucales de naturaleza gonocócica, pero en el examen bacteriológico del depósito gingival, sólo se encontró gran cantidad de espirilos, y de bacilos fusiformes, que hacen creer existe una angina de Vincent, sólo después de preparaciones repetidas hechas con el producto de secreción bucal por el método de Wertheim, se obtiene un resultado positivo, que confirma el diagnóstico de estomatitis gonocócica.

Lemaire, cita una observación de *Georges Petit*:

Hombre de 30 años, que seis días después de un coito tiene una estomatitis eritematosa descamativa. La lengua está tumefacta y presenta, así como el resto de la boca, úlceras superficiales recubiertas de una capa epiteliar. El enfermo tiene vivos dolores, la masticación es imposible, el aliento es fétido, temperatura 38 grados. Tumefacción y sensibilidad de los ganglios sub-maxilares. En el raspado de la lengua, se encuentra el gonococo en las células dentadas de las capas profundas del epitelium bucal, y sin embargo, no se encontró este mismo gonococo en el examen de la mujer sospechosa.

Por último, en el Congreso internacional de Medicina de Budapest 1904, el Dr. *Cruet*, al hablar sobre la patogenia y la terapéutica de las afecciones de la mucosa bucal en las enfermedades generales; en el capítulo que trata de las manifestaciones bucales de las enfermedades venéreas, el autor dice que existe una estomatitis blenorragica incontestable, y en la cual se encuentra el gonococo característico.

Estando traduciendo el anterior artículo, leemos en el número correspondiente á marzo de 1912 de la *Revue Clinique de Urologie* un caso de blenorragia bucal del Dr. *Malherle* (*Gacette Médicale de Nantes*, 14 oct. 1911), que dice así:

El enfermo presenta irritación de las encías, picor del borde de la lengua, con pequeñas erosiones superficiales. Cinco días después, se desenvuelve una estomatitis intensa con dolores tan fuertes, que no le permiten deglutir, ni hablar. Su aliento es fétido, y tose constantemente; á los 15 días, toda la mucosa de la boca está roja, vinosa, lisa y como barnizada; en los labios, múltiples ulceraciones superficiales, pequeñas é irregulares, recubiertas de un pus cremoso de color amarillo. Encías edematosas, separadas de los dientes. En la cara interna de los colmillos pequeñas ulceraciones; en las amígdalas y epiglotis las úlceras afectan la forma de las de la angina de Vincent. Lengua roja, seca, presentando una úlcera á la punta.

Las lesiones no son debidas á la angina de Vincent, por ser muy difusas y muy superficiales. No es una estomatitis aftosa, porque empieza por una vesícula que de trasparente, se vuelve opaca, de un ligero rojo vinoso; con la desaparición de la epidermis, la ulceración remplaza á la vesícula, se recubre de un exudado muy adherente, que no se puede separar sin dar lugar á hemorragia; en fin, las lesiones son discretas.

El autor que conocía la vida desordenada del enfermo, recuerda haber observado un caso semejante, piensa en una infección debida á un contacto extraordinario y reconoce en efecto en el pus el gonococo. Se trata de una blenorragia bucal, en un enfermo atacado de gota militar, con recrudescencias, y que ha infectado á su mujer, á su querida y á él mismo.

Lo que más ha llamado la atención al autor, es el *color rojo vinoso, con aspecto barnizado y seco* de su mucosa.

El tratamiento ha consistido en irrigaciones de permanganato potasa al 1 por 4.000, tres veces al día; y toques de las úlceras con una solución de ácido crómico, que curaron al enfermo á los cinco días.

Aunque son poco numerosas, algunas conclusiones pueden hacerse de las observaciones expuestas.

Desde luego hay un hecho incontestable y es que el gonococo puede vivir en la boca, y no sólo puede vivir, sino proliferar, puesto que en ciertas observaciones se ha notado que se encuentran á gran profundidad, ¿pero el gonococo es el agente de la infección, ó bien debemos considerar su presencia, como una coincidencia de una estomatitis de otra naturaleza?

Si examinamos las observaciones apreciaremos desde luego, que en el niño se presenta al mismo tiempo una oftalmia blenorragica, y que en el adulto, todos los enfermos estaban atacados al mismo tiempo de blenorragia, ó habían tenido relación bucal con blenorragicas, y que todos refieren su estomatitis á esta causa.

En la primera categoría: en los niños, la estomatitis es una complicación rápida de la conjuntivitis, por haber penetrado el gonococo en las fosas nasales, y de aquí á la boca; en este caso, no puede negarse la especificidad del gonococo.

En las observaciones de adultos, se habían eliminado las afecciones locales ó generales, susceptibles de provocar gingivitis ó estomatitis. En cambio, se debe dar cierta importancia al hecho ya señalado, que los enfermos son blenorragicos, ó habían tenido aproximación oro-genital.

Estas estomatitis curan perfectamente con ayuda de los anti-sépticos habitualmente, empleados contra el gonococo, nitrato de plata, permanganato potasa.

El autor concluye manifestando, que de este pequeño estudio saca la convicción de que existe una estomatitis gonocócica, mucho menos rara de lo que se cree, pues si la etiología es algunas veces oscura es debido á que el interrogatorio de los enfermos es un tanto delicado.

RODRIGUEZ VARGAS

BIBLIOGRAFIA

Nosogenia, Anatomía Patológica y Diagnóstico de la Equinococcosis Hepática. Tesis del Doctorado, por el Dr. D. Rafael J. Santos y Temiño. Tipografía y Casa Editorial Cuesta, Valladolid, 1912.

La calificación de sobresaliente otorgada á esta memoria es una prueba del valor científico de la misma; su lectura demuestra que sólo estricta justicia ha sido el fallo del tribunal.

Dividida en dos capítulos, dedica el primero al estudio de todo lo referente á la historia natural del parásito, naturaleza del líquido hidatídico, caminos por los cuales la enfermedad llega al hombre y se localiza en el hígado y lesiones que en este órgano ocasiona.

En la segunda parte, sin duda la más importante para el médico, analiza el valor de todos los medios que hoy la ciencia dispone para llegar al diagnóstico de esta enfermedad.

Sirven de corolario á la obra 23 observaciones clínicas demostrativas de la mayoría de los hechos estudiados.

Cualquiera de los diversos puntos que comprende esta tesis, es materia suficiente para escribir una memoria; por esto su autor ha tenido que hacer una enorme labor de investigación bibliográfica y un gran esfuerzo intelectual para ordenar y sintetizar tantos datos. Quizá esta misma necesidad de condensar, para no excederse de los límites propios de esta clase de trabajos, sea la causa de que se noten algunas diferencias en la manera de tratar unas cosas con respecto á otras y de propia rectificación de alguna teoría. Pero esto en nada mengua el valor de esta tesis por la que me complace en felicitar efusivamente á su autor.

E. D.

La cuestión sexual, por el Prof. Dr. Augusto Forel. Versión castellana por un ex-alumno de psiquiatría de la Universidad de Lausana, licenciado en Derecho. Casa editorial, Bailly-Baillière. Madrid, 1912.

En un tomo de más de 600 páginas el eminente Dr. Forel cumple el árduo propósito, como decía en el prólogo de la primera edición de su obra, de poner en armonía las aspiraciones del corazón humano y los datos de la sociología de las diversas razas humanas y de las diferentes épocas de la historia con los resultados de las ciencias naturales y las leyes de la evolución mental que estas últimas han revelado.

Libro muy bien pensado, fruto de grande observación sociológica y psicopática, está admirablemente escrito, con una amabilidad y pudibunda discreción que hace su lectura agradabilísima sin que, en general, despierte una sola vez reflejos de ruborosa protesta contra las perversiones y perversidades del instinto genésico, en cuanto se refiere á la exposición de hechos, y muy de acuerdo se acepten las medidas y recursos de profilaxis y tratamiento que el autor expone en cuanto se comprende la relación de los hechos con sus causas.

La obra está dividida en quince capítulos. Los siete primeros tratan de la historia natural y de la psicología de la vida sexual; el octavo de la patología sexual, y los restantes de las relaciones de la vida sexual con las diferentes esferas de la vida social de los hombres.

Plagio al autor al disculpar mi insuficiencia para hacer una crítica detallada y extensa de tal obra; no me hago ninguna ilusión de la desproporción que existiría entre las imperfecciones de mi trabajo y la grandeza del empeño.

La traducción es muy correcta y la edición lujosa.

VALDIVIESO

Diccionario de los términos técnicos usados en Medicina, por Garnier y Delamare, adaptado al castellano por P. Pi y Arsuaga. 2.^a edición española. Bailly-Baillière, Madrid, 1912.

Nunca con más motivo que en la presente ocasión puede echarse mano de la resobada muletilla de que «este libro viene á llenar

un vacío». Porque efectivamente le llena y grande, tanto que, en mi opinión, sin este librito á mano, no hay médico ni estudiante que pueda entender de literatura médica contemporánea.

Yo no creo posible que nadie, por muy privilegiada memoria que posea, sea capaz de recordar la significación de términos como *acapnia*, *acérvulo*, *aeropiesia*, *amelia*, *anaudia*, *asquemasia*, *aprosopia*, *baripoestesia*, *baticardia*, *batriacosoplastia*, *belenofobia*, *blefarocalasis*, ó lo que sean la operación de Albert, la de Alexander ó de Bottini, ni lo que es preciso entender por signos de Aviragnet, de Barany ó de Brisson, ni por enfermedad de Beigel, de Bloq, de Bernhardt, de Bostock ó de Brill, (y esto sin salirme de las dos primeras letras).

La ciencia con su vertiginoso progreso se ve en la necesidad de crear nombres nuevos para hechos y descubrimientos nuevos; pero como también la vanidad y el exhibicionismo aspiran á dejar su huella en el adelanto científico, resulta de aquí una abundancia tan extraordinaria de tecnicismos y de apellidos que hacen ininteligible el lenguaje médico de la actualidad.

Cierto es que, como dice el profesor Roger en el prólogo, «tantos términos malos, inexactos ó erróneos, como abundan en medicina, reclaman la revisión completa de nuestras expresiones técnicas»; pero mientras esta aspiración no se realice, hay que tomar las cosas como son y en este sentido, y para no verse atascados en cualquier lectura, hay que convenir en que el traductor y editores de este libro han prestado un verdadero y señalado servicio á los médicos que hablan la lengua española.

Seguramente, será libro del que se harán muchas y numerosas ediciones.

G. CAMALEÑO

CASOS Y CONSULTAS

Confirmación de un diagnóstico y proposición de un tratamiento de quiste hidatídico del pulmón.

Sr. D. M. M. E. Distinguido amigo: Con natural impaciencia esperaba las noticias que sobre su interesante enferma, yo le rogué al final de la carta consulta que apareció en el número de la CLÍNICA CASTELLANA del mes de febrero. Razoné entonces la proposición de un diagnóstico de quiste del pulmón y me satisface ante todo la buena marcha que su enferma lleva después del grave episodio ocurrido el 20 de marzo último.

Me dice V. que la enferma continuó con los mismos síntomas y que por exacerbarse su tos bronquial y aparecer con ella estrías de sangre no se decidió V. á hacer ninguna clase de punción exploradora prefiriendo esperar los acontecimientos. Es de alabar la prudencia clínica de V. porque en esa situación es cierto que la punción provoca mayores trastornos. «Al fin—me dice V.—la naturaleza sabia ha puesto en juego el último recurso. En la madrugada del día 20 fué la enferma presa de un violentísimo acceso de tos quintosa seguida de angustia inmensa, hasta que volviendo á toser, engurgitado el rostro, sudando y cianótica expulsa violentamente y con la intermitencia de las sacudidas de la tos un líquido claro, á grandes bocanadas. En situación casi asfíctica provócase un mayor esfuerzo y arrastrado con el líquido, sale un gran trozo de membrana blanquecina seguida de vexículas enteras de diferentes tamaños y aspectos en unión de otras vexículas desgarradas. Después de esta lucha que duró un cuarto de hora, quedó la enferma abatidísima con pulso filiforme que reclamó una inyección de cafeína. Siguió durante aquel día tosiendo y expulsando cantidades mucho menores; y en la actualidad (3 de abril) hállase notablemente mejorada, sometida á un tratamiento

tónico (alimentación y arsenicales). Ha desaparecido la macidez de la base derecha y la auscultación descubre un soplo anfórico.

No puede descubrirse con más claridad la gran vómica bronquica que su enferma ha sufrido; es un incidente feliz la expulsión por vía naturalmente abierta que evacua inmediata y más completamente que la abertura pleural gravísima por el súbito hidrotorax que determina.

Evidenciado así el diagnóstico es de esperar un favorable pronóstico dada la franca mejoría inicial de la enferma y sus condiciones de edad y robustez.

El tratamiento en este caso concreto es principalmente higiénico; análogo al de la tuberculosis, pues importa prevenir la posibilidad de que en tan averiado pulmón se asiente. Aire puro, ventilación permanente, soleamiento del tórax; suculenta alimentación.

Como fármacos de elección, los balsámicos y antisépticos pulmonares que su buen criterio sabrá elegir y aplicar según las circunstancias, combinándole como V. ya lo hace con la medicación tónica que podrá, por ser arsenical, interrumpirse usando entonces los ferruginosos ó los glicero-fosfatos.

De V. sincero amigo y obligado compañero, q. b. s. m.,

ANTONIO M. ROMÓN

CONTROVERSIA ACERCA DEL VALOR
DE LA VIEJA Y NUEVAS SALES DE PLATA EN LA PROFILAXIA
Y TRATAMIENTO DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS

POR

EMILIO ALVARADO

Nuevamente vuelvo á ocuparme de las sales de plata para rebatir los argumentos que hacen en contra del nitrato los Doctores H. Carter Mactier, (de Wolverhamp, Inglaterra) y D. José de Jesus González (de León, México), los que en sus artículos me aluden, é impugnar lo que yo he dicho en favor de la antigua sal (*).

El Dr. Carter Martier (1) dice:

«Hace muchos años que se considera al nitrato como el específico clásico de la oftalmía purulenta de los recién nacidos, y fácilmente se entiende que los que están acostumbrados á practicar la rutina casi anticuada de este método

(*) Hace mucho tiempo que empecé este trabajo para una Revista de oftalmología y le tuve que suspender por motivos de salud. Cuando le concluí me pareció que se había pasado la oportunidad de contestar á mis colegas de Inglaterra y México, y desistí de hacerlo; pero un buen amigo, redactor de LA CLÍNICA CASTELLANA, me pide las ya antiguas cuartillas, y no pudiendo negarme á sus instancias se las entrego para que él haga lo que mejor le parezca.

terapéutico, experimentarán alguna dificultad en dedicarse á un nuevo aprendizaje con el único objeto de conseguir un poco menos de dolor..... y un poco menos de peligro.....»

«Es muy fácil (agrega más adelante), atribuir las complicaciones de la conjuntiva (escaras y pseudo-membranas), y de la córnea (infiltraciones y ulceraciones), á la malignidad de la enfermedad, cuando en realidad se deben muy á menudo á la excesiva cauterización por las soluciones demasiado fuertes del nitrato de plata».

Los párrafos anteriores reproducidos exactamente de un artículo del Dr. Darier (2) en el que este autor me aludía repetidas veces, están contestados en la forma siguiente, en un trabajo que publiqué en abril el 1906 (3).

«Diariamente se está modificando el tratamiento médico ó quirúrgico de muchas enfermedades y todos acogemos con entusiasmo las conquistas de la ciencia, y sin el menor reparo abandonamos la rutina para seguir los nuevos métodos de curación de los que muchos ofrecen verdaderas dificultades y un cambio más radical en nuestras costumbres. Al empezar nuestros ensayos con las nuevas sales de plata para tratar las oftalmías purulentas de los recién nacidos no tuvimos que vencer ningún obstáculo para formularlas ni emplearlas en vez del nitrato, y hubiéramos continuado su uso, contentísimos de haber encontrado un remedio más eficaz, si su bondad estuviera en relación con los exagerados elogios que se hacían de ellas. ¿Qué inconveniente tenemos en emplear estas nuevas sales en otras enfermedades de los ojos? ¿qué dificultades hemos tenido que vencer?» (*).

(*) Más nueva y complicada es la práctica de las inyecciones del «606» y sin embargo se ha extendido por todo el mundo, y creo

«Creo que pueden haber exagerado algunos de los que empleando el nitrato de plata han dicho que cuando los niños les han sido presentados á tiempo, es decir cuando aun las córneas estaban sanas, no han tenido que lamentar ningún accidente; pero creo con la más completa convicción que han exagerado mucho más los que para ensalzar las nuevas sales de plata hablan de los *cruelles* sufrimientos y *catástrofes* que produce el nitrato de plata. ¿Acaso no se han observado también complicaciones de la córnea en los recién nacidos afectados de oftalmía purulenta tratados con cualquiera de ellas?»

«El mismo Dr. Darier las da á entender cuando dice que ha curado muchas oftalmías con menos complicaciones de las que había observado antes con el nitrato; y que cuando sobreviene una recaída grave ó el ojo se habitua al argirol y la mejoría no continúa en constante progresión, recurre á un agente más caústico, más enérgico, el ischtangan al 3 : 100».

El Dr. de Jesús González, entusiasta propagandista de la profilaxia de la oftalmía purulenta de los recién nacidos, dice en su trabajo (4):

«El empleo de las nuevas sales de plata tiene como terrible adversario al Sr. Alvarado, de Valladolid, pero en cambio otros oculistas notables lo aconsejan con ardor. Yo lo seguiré aconsejando; los hechos son los más elocuentes y seguros consejeros».

que si sus éxitos continúan como hasta aquí muy pronto se emplearán hasta en la última aldea, sin que nadie encuentre dificultad en su aprendizaje ni en abandonar la rutina de las fricciones mercuriales, aun cuando las inyecciones del salvarsán produzcan un poco más de dolor..... y un poco más peligro.....

No; no soy adversario de las nuevas sales de plata ni aun para el tratamiento de la misma oftalmia purulenta, siempre que como base de él se practiquen una ó dos cauterizaciones al día, según los casos, con el nitrato de plata al 2 : 100, y á menores concentraciones á medida que la supuración vaya disminuyendo.

En el mismo *Recueil d'ophtalmologie* (5), del que mi distinguido colega cita una de las estadísticas que publiqué en él, ha podido leer lo que digo sobre este particular. «Je redis encore une fois que dans ces notes je m'adresse seulement á la action des sels d'argent pour l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés. Dans autres maladies d'yeux j'emploie le collargol, surtout pour les conjonctivites chroniques».

Dos años más tarde decía en los *Archivos de oftalmología hispano-americanos*: «En las conjuntivitis purulentas empleo siempre, como tantas veces he repetido, el nitrato de plata, pero aconsejo muy á menudo que en casa del enfermo le instilen el argirol al 20 ó 25 : 100». Además en algunos párrafos antes del mismo artículo hago constar que «las nuevas sales de plata pueden sernos muy útiles en muchos casos y que sin exageraciones ocuparán con justicia un sitio preferente en la terapéutica ocular».

Soy adversario sí, cada día más, de que por ahora y mientras no dispongamos de un medio más eficaz que la vieja sal, abandonemos ésta olvidándonos de los grandes triunfos que la debemos y de la que el mismo Dr. de Jesús González dice, que en los nueve años que su maestro, don José Ramos dió la clínica oftalmológica en la Escuela Nacional de Medicina, *no se perdió un solo caso de los que asistieron á tiempo á la consulta*, y que él mismo la empleó exclusivamente en sus primeros años de ejercicio, *sin haber*

perdido un solo ojo en los niños que le fueron confiados oportunamente.

Lo mismo se expresan los Doctores Hirschberg, Horner y Schweiger, citados por el Dr. Roland (6). Los 531 niños presentados á sus consultas, sin lesión de la córnea, se curaron todos.

Según el Dr. García del Mazo (7), de los 41 enfermitos presentados en el Instituto oftálmico de Madrid, desde el 1.º de enero de 1907 al 1.º de julio de 1908, sólo uno que ingresó en la consulta con las dos córneas invadidas perdió la visión.

El Dr. Fukala, de Viena (8), decía en la Sociedad francesa de oftalmología el año 1907 que no encontrando suficiente el nitrato de plata al 2 : 100 le empleaba al 4 habiendo curado todos los casos de blenorrea sin haber observado jamás ulceraciones de la córnea á consecuencia del tratamiento.

El Dr. Morax (9) ha visto rara vez producirse la ulceración de la córnea después de haber empezado el tratamiento por el nitrato de plata.

Al Dr. Cassimatis (10) no le parece justificado el descrédito que se quiere lanzar contra las cauterizaciones conjuntivales con fuertes soluciones de esta sal.

Ya sé, por la investigación minuciosa é imparcial de la multitud de trabajos que he revisado, que no en todas las clínicas pueden decir lo mismo que acabo de exponer en los párrafos anteriores. He visto en mi consulta, y en otras que he visitado con frecuencia dentro y fuera de España, infiltrarse, ulcerarse y destruirse la córnea, sin que los recursos de la ciencia empleados oportunamente y con método, lo hayan podido evitar. ¿Pero estas complicaciones

pueden atribuirse tan á menudo como dan á entender los impugnadores del nitrato de plata, á esta sal? No; estas complicaciones las vemos incomparablemente con más frecuencia en niños que presentados tarde á las consultas no han estado sometidos á ningún tratamiento, y en algunos en los que se han empleado diferentes procedimientos curativos, incluso todas las nuevas sales de plata ensayadas hasta ahora.

El único caso que yo conozco de accidente de la córnea debido indudablemente al nitrato de plata es el publicado por el Dr. Schalcha, de Berlín (11), en el que se empleó, por equivocación del dependiente de una farmacia, una solución al 20 : 100 en vez del 2 que se había prescrito. Quince minutos después de haber instilado en ambos ojos dos ó tres gotas del colirio sobrevino una inflamación intensísima de las conjuntivas, y las córneas adquirieron un color lechoso, como en los casos de quemadura por la cal. A las 36 horas las córneas recobraron su transparencia y brillo normal. A los tres días la conjuntiva estaba lisa sin la menor tumefacción y ya no existía más que una irritación y secreción insignificante. *He aquí, decía el Dr. Schalcha, como se ha obtenido una curación absolutamente ideal de la blenorrea. La administración, por error de una solución de nitrato de plata al 20 : 100 representa un tratamiento abortivo como no es posible desear ni obtener mejor.*

Este accidente, recordado en sus escritos por muchos detractores de la vieja sal como argumento en contra, ¿no habla más bien en su favor puesto que apesar de haberse empleado una solución tan cáustica los ojos se curaron?

De las complicaciones de la córnea cúlpese principalmente á la negligencia é ignorancia del público en general

que tanto influye para que los niños no sean sometidos desde el principio á un tratamiento racional.

El Dr. Widmark, decía el año 1895 (12) que en Stokolmo habían disminuído estas complicaciones de un 30 : 100, á un 6 : 100 porque los padres prevenidos de la gravedad de la afección llevaban más pronto los niños á la consulta. En aquella época se empleaba casi exclusivamente el nitrato de plata.

A medida que ha ido aumentando el número de los enfermos tratados con las nuevas sales, se va viendo que éstas no ofrecen las ventajas que al principio las atribuían, continuando observándose, á pesar de ellas, las complicaciones corneanas con la misma gravedad.

El mismo Dr. de Jesús González que en 1901 afirmaba en la *Crónica Médica Mexicana* que con el protargol no queda secretante la conjuntiva mientras que el nitrato deja por unos días secreción mucosa, dice hablando ya del protargol en su último artículo: «Muchas veces queda una obstinada secreción mucosa, sobre todo después del tratamiento con el nitrato argéntico y entonces *es conveniente sustituir el protargol por el argirol al 20 : 100 ó por el colargol al 5 : 100*. Son las alternancias medicamentosas que tanto recomienda Darier, y por cuyo medio *he conseguido* últimamente un *completo éxito en una niña que á los seis meses aun tenía secretantes las conjuntivas*».

En otro párrafo añade el mismo autor: «La complicación más terrible es la úlcera de la córnea. La mejor manera de prevenirla es el tratamiento oportuno; pero una vez que aparece, es preciso esforzarse en impedir que ahonde y termine en la perforación de la córnea con todas sus fatales consecuencias (hernias del iris, leucoma adherente, etc.). Cuando aparece la úlcera corneal, redoblo el cuidado, y sin

suspender el argirol ó el protargol *que no están contraindicados como lo está en tales casos el nitrato de plata*, hago instilaciones de un colirio de azul de metileno al 1 : 1.000 asociado á la atropina».

Ya vemos en las anteriores líneas como las complicaciones de la córnea se presentan también en los casos tratados por las sales orgánicas. Respecto á la contraindicación en estos casos del nitrato de plata, lo que yo con otros muchos no creo, si se aplica como es debido, no está de acuerdo ni aun con el mismo Dr. Darier, cuyas alabanzas tanto influyeron en el ánimo del Dr. de Jesús González para abandonar la antigua práctica que tantos éxitos le proporcionó en sus primeros años de ejercicio profesional. El Dr. Darier cree por el contrario, que: «Si el enfermo no se nos presenta hasta el 6.º ú 8.º día, *con los párpados duros como los cartígalos y las córneas ya interesadas; será quizá imprudente conformarse con los medios suaves, y será preciso recurrir prontamente al nitrato de plata sosteniendo su acción con las instilaciones abundantes de argirol al 15 : 100 repetidas cada media hora*» (13).

Los Doctores Schweinitz, Hansel, Thorington, Zentmayer, Ziegler, Pyle, Sweet y Dewey (14) después de haber empleado el argirol han vuelto al uso del nitrato.

Considerando, dice el Dr. Schweinitz, en conjunto mi experiencia, que es considerable, debo hacer constar que ni el protargol ni el argirol pueden remplazar en ningún caso al nitrato de plata. Los Doctores Haussel y Zentmayer confirman lo sostenido por el anterior en la Sociedad médica de Filadelfia, Sección de Oftalmología.

El Dr. Torington comunica á la misma Sociedad una observación del empleo del argirol en la gonococia de un

recién nacido en la que se perdieron los dos ojos. Empleando después el nitrato en la enfermería donde había muchos niños afectados del mismo mal el resultado fué bueno en absoluto.

El Dr. Charles Olivier en carta particular del 18 de Junio de 1906, me decía que había abandonado el uso del argirol por haberle encontrado inferior al nitrato y que así se lo había manifestado á sus alumnos en la cátedra de Oftalmología de la Universidad de Filadelfia.

El Dr. Cassimatis, de Alejandría (15), declara que no tiene intención de hacer en su artículo la apología del nitrato de plata ni discutir su valor comparativo con sus numerosos sucedáneos tan ponderados estos últimos años, pero que aleccionado como el Dr. Grænow (Graefe Scemisch, 1906) que el tópicó por excelencia en el tratamiento de las conjuntivitis secretante en general, y más especialmente de las purulentas es siempre el clásico nitrato de plata. Las sales orgánicas de plata, añade, y principalmente el argirol y el protargol, empleadas solas, son á menudo suficientes para la curación de ciertos casos de conjuntivitis catarrales simples, pero no bastan en la mayoría de los casos de conjuntivitis purulentas.

El Dr. Van Lint (16) en un artículo encomiástico de las nuevas sales de plata, dice que á su juicio no se puede sustituir en la oftalmía purulenta de los recién nacidos al nitrato de plata que asegura siempre su curación. Sin embargo le parece que la acción simultánea de los dos productos atenúa más pronto los síntomas inflamatorios.

El el último Congreso celebrado en Budapest el Doctor Bela (17) preconiza contra la blenorrea ocular los grandes lavados con agua hervida y el nitrato de plata.

Mi distinguido colega de México cita un caso del Doctor Villard (18) en que el argirol al 20 : 100 en instilaciones repetidas hizo abortar una conjuntivitis gonocócica del adulto; pero no dice que este enfermo pudo ser tratado á las 3 horas de contaminado cuando aun no existían fenómenos inflamatorios; ni que en otro caso del mismo autor, en el que el tratamiento no se empezó hasta 24 horas después de la aparición de los primeros síntomas de la oftalmía el mismo procedimiento no dió resultado.

Si fuese posible tratar á estos enfermos desde los primeros momentos de verificarse el contagio, como en el primer caso del Dr. Villard, ¿no se obtendrían muchas veces los mismos resultados que en aquél aún solamente con grandes irrigaciones de agua hervida, ó con el nitrato de plata como se hace para la profilaxia de la oftalmía de los recién nacidos?

Desde que el Dr. Jaeger, de Viena, (19) propuso el año 1812 la inoculación blenorragica en los ojos afectados de pannus corneal en las conjuntivitis granulosas, hombres de tanta nombradía y seriedad científica como los Doctores Mackenzie (20), Warlomont (21), Panas (22), Abadie (23) y Albitos (24), entre otros muchos, citan en sus obras repetidos casos en que detuvieron los progresos de la oftalmía blenorragica, provocada artificialmente como medio curativo, empleando el nitrato de plata. A este propósito decía el Doctor Warlomont (25). «Lo que nos ha dado siempre buenos resultados, y no creemos recomendarlo bastante, es el nitrato de plata en barra ó en solución concentrada. Esta aplicación hecha á tiempo contiene los accidentes; y el trabajo destructor que se ejerce sobre la córnea se detiene al instante no quedando más que ulceraciones superficiales reparables».

Así como soy entusiasta partidario del jequiritis para provocar una oftalmía aguda en algunos casos, jamás se me pasó por la imaginación hacer la inoculación blenorragica que conceptué siempre peligrosa. Si hago las anteriores citas es sólo para recordar que en la historia del nitrato de plata existen también observaciones de que esta sal ha detenido algunas veces los progresos de la blenorrea ocular en los adultos.

En apoyo de las nuevas sales para la profilaxia de la oftalmía purulenta de los recién nacidos el Dr. de Jesús González cita la estadística del Dr. Laurent (25) hecha en la Maternidad de Toulouse, en la que en 280 recién nacidos, en que se empleó el argirol hubo 2 oftalmías primitivas (7 : 1000) y 9 secundarias.

En prueba de imparcialidad, yo añadiré á ésta otras estadísticas aun más favorables obtenidas con el mismo producto.

Según el Dr. Darier (26) en 500 recién nacidos á los que se instilaron 5 ó 6 gotas de una disolución de argirol del 10 al 15 : 100, no hubo ninguna oftalmía.

El Dr. Zweifel (27) en 5.000 niños tratados por la misma sal sólo registró infecciones en un 2,3 : 1.000.

El Dr. William Alexander (28), en la Maternidad del Asilo de Liverpool, con argirol al 4 : 100, 5,2 : 1.000.

El Dr. Samuel S. Whillis (29), en la Maternidad de Newscall-on-Tyne, con argirol al 20 : 100 en 366 niños 5,4 : 1.000 infecciones.

Con el protargol, acetato de plata y con el sofól, última de las sales descubierta, también se han obtenido numerosos éxitos. Sin embargo, los doctores Chrobak (30) y J. Clifton (31) dicen que han abandonado el protargol por creerle inferior al nitrato de plata á cuyo empleo han vuelto.

Muy brillantes son los resultados que acabo de exponer, pero aun les han superado los obtenidos por la vieja sal, según las estadísticas que he dado á conocer en mis anteriores trabajos y las que expongo á continuación publicadas después de aquellas.

El Dr. Sidney Stephenson (32) que ha podido reunir en su meritísima obra datos referentes á la considerable cifra de 112.584 niños tratados, en distintas clínicas, con el nitrato de plata desde el 0,25 al 2 : 100, ha comprobado que el número de oftalmías fué por término medio de 3,28 : 1.000, correspondiendo el menor, en algunas de las que se emplearon soluciones menos concentradas.

Según el Dr. Park-Lewis (33) en Sloam Maternity, Hospital de New-York, desde el año 1901 al 1907 no se vió ningún caso de infección en los 4.000 recién nacidos tratados por el procedimiento de Credé.

El Dr. Pinard comunica á la Academia de Medicina de París (34), que en la clínica de Baudeloque desde el año 1889 al 1903 en 28.804 recién nacidos en los que se emplearon distintos procedimientos profilácticos hubo 304 oftalmías, ó sea un 10,5 : 1.000. En la misma clínica desde el año 1904 al 1907, ambos inclusivos, en 10.907 niños tratados preventivamente por el procedimiento de Credé sólo se infectaron 23 (2 : 1.000). El comunicante no vió ningún accidente producido por la instilación del nitrato de plata al 2 : 100 y aseguró: *«que no conoce ningún otro procedimiento tan poderoso y menos peligroso»*.

En vista de esta comunicación la Academia de Medicina de París acordó, en la sesión del 22 de Diciembre de 1908 (35) autorizar á los farmacéuticos para despachar las recetas de las comadronas en las que prescriban el nitrato

de plata al 1,50 : 100 sólo con un fin profiláctico, no curativo.

De los 27 hospitales y maternidades del Estado de New-York que informaron, al «Comité de Prevención de la ceguera», sobre el procedimiento que emplean contra la oftalmia purulenta de los recién nacidos, 16 dijeron que el nitrato de plata al 1 ó 2 : 100, = 6, el argirol, = 3, unas veces el nitrato y otras el argirol, = y 2 el ácido bórico (36).

Con el nitrato de plata observaron en algunas clínicas irritación de la conjuntiva que desaparece en 2 ó 3 días en la mayoría de los niños. En otras no se vió que produjera ninguna reacción. En un niño en que no se empleó se infectaron los dos ojos.

En una de las clínicas donde emplean en unos casos el argirol y en otros el nitrato dijeron que con este último al 2 : 100 no hubo ninguna oftalmia; que al 1 : 100 fué poco frecuente, y que con el argirol la observaron rara vez.

Con lavatorios de ácido bórico ninguna oftalmía en las 2 clínicas que lo emplean.

Con fecha 18 de Diciembre de 1909, el Dr. Park Lewis, de Buffalo me decía en extensa carta que el «Comité de Prevención de la ceguera» había recibido del Estado de New-York un donativo de 5.000 dollars los que esta Sociedad destinaba para distribuir gratuitamente entre los médicos que asisten á partos y las comadronas, soluciones de nitrato de plata al 2 : 100, en tubitos de cristal cerrados á la lámpara.

El Dr. Zuloaga, de Valladolid, me ha comunicado verbalmente que entre los niños en que por circunstancias especiales no ha empleado el nitrato de plata ha visto algunos

casos de oftalmía, mientras que no ha observado ninguno en los que se instiló una gota de esta sal.

Acerca del mayor ó menor poder bactericida de algunas sales de plata sus investigadores no están de acuerdo. Mientras el Dr. Credé asegura que el nitrato al 2 : 100 mata al gonococo en un segundo, el Dr. Darier cree que si esta sal es más bactericida á débiles dosis, á dosis fácilmente toleradas por el ojo, el argirol será seguramente superior, como lo es también el protargol por contener mayor cantidad de plata que éste. Sin embargo los ensayos hechos en el laboratorio del Dr. Neisser (37) tienden á probar que el poder bactericida del argirol *vis á vis* del gonococo es menor que el del protargol.

En el análisis de un artículo del Dr. Darier, en el que éste cita un caso de oftalmía blenorragica detenido en 4 días por el argirol, el Dr. V. (38) dice que esta sal se ha desechado en Alemania donde se considera nulo su poder bactericida.

Lo mismo que el Dr. de Jesús González algunos autores acusan al procedimiento de Credé de producir irritaciones de la conjuntiva más ó menos intensas y hasta alteraciones de la córnea.

Ya hemos visto más arriba que el Dr. Pinard, en los 10.907 niños tratados por él, no vió ningún accidente, y lo mismo resulta de los informes de los hospitales del Estado de New-York. Así se expresan también los Doctores Leopold y Kostlint, citados en mis anteriores trabajos; y en la Sociedad de Londres (39), en la que tanto se habló en pró y en contra del nitrato de plata, nadie citó un solo caso en que produjera daño.

Con respecto á las alteraciones de la córnea la unanimidad sobre la inocencia del nitrato es todavía mayor, aun

tratándose de muchos cientos de miles de niños sometidos á él.

Creo haber demostrado suficientemente que no soy adversario de las nuevas sales. En cuanto á que otros oculistas notables las aconsejan y que los hechos son los más elocuentes consejeros, como dice el Dr. de Jesús González, es muy cierto y por creerlo así, yo también me atengo á los hechos, pues probado queda que entre los partidarios del viejo nitrato hay muchísimos oculistas y tocólogos encargados de las más renombradas clínicas de Europa y América, y no menos notables que aquéllos. A los prestigiosos nombres que figuran en estas páginas podría agregar muchos más, citados por mí en otras ocasiones. Además en casi todas las obras de oftalmología, publicadas con posterioridad á la aparición de las nuevas sales en la terapéutica, sus autores siguen aconsejando el nitrato en la blenorrea ocular.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

(1) «Ophthalmia neonatorum». *The ophthalmoscope*. London, january, 1908.

(2) «Nouveaux sels d'argent, et». *La llinique Ophtalmologique* 25 janvier, 1905.

(3) «Algunos datos clínicos sobre el nitrato de plata, etc.» Refutación al Dr. Darier. *Archivos de oftalmología hispano-americanos*, abril de 1906.

(4) *Anales de oftalmología*. México, octubre de 1909.

(5) *Recueil d'ophtalmologie*. París, aout, 1904.

(6) *Annales de Medecine et Chirurgie infantiles*. París. 1.^{ere} mai, 1907.

(7) *Anales de la Academia de obstetricia, ginecología y pediatria*. Madrid, 1908.

- (8) *Bulletins et memoires de la Société française d'ophtalmologie.* Paris, 1907.
- (9) *Encyclopedie française d'ophtalmologie.* Tome V, 1906, p. 664. Paris.
- (10) *La Clinique ophtalmologique.* Paris, 10 septembre, 1910.
- (11) *Wochenschrift für Therapia und Hygiene des Auges.* 14 januar, 1904. Dresden.
- (12) *Centralblatt für praktische Augenheilkunde,* 1895. Leipzig,
- (13) *La Clinique ophtalmologique,* 10 janvier, 1906, Paris.
- (14) *The Ophthalmie Record.* Chicago, february, 1906.
- (15) *La Clinique ophtalmologique.* Paris, 10 septembre, 1910.
- (16) *La Clinique ophtalmologique.* Paris, 10 septembre, 1910.
- (17) *Congrés International de Medecine.* Budapest, 28 septembre, an 4 octobre, 1909.
- (18) *Annales d'oculistique.* Paris, mars, 1909.
- (19) Citado en los trabajos de Markenzie y Warlomot (20) y (21).
- (20) *Traite pratique des maladies de laoit.* Paris, 1856, p. 169.
- (21) *Annales d'oculistique,* 1855. Bruxelles.
- (22) *Traite des maladies des yeux.* Paris, 1895.
- (23) *Leçons de clinique ophtalmologique.* Paris, 1881.
- (24) *Revista especial de oftalmologia, sifliografia, dermatologia y afecciones urinarias.* Madrid, 1876.
- (25) *Prophulaxie dee conjonctivites cher les nouveau-nés en particulier par l'argirol.* Toulouse, 1905.
- (26) *La Clinique ophtalmologique.* Paris, 10 septembre, 1910.
- (27, 28, 29, 30 y 31). Citados por el Dr. Sidney Stephenson.
- (32) Sydney Stephenson. *Oftalmia neonatorum.* London, 1907.
- (33) *American Journal of Obstetrics.* New-York, 1907.
- (34) *Bulletin de l'Academie de Medecine.* Paris, 1908.
- (35) > > > > >
- (36) *Raport of the Committe on Ophthalmie Neonatorum Sistielh,* annual session, held ad Atlantic City. june 7-11 1909. Chicago.
- (37) *La Clinique oftalmologique.* Paris, mars, 1906.
- (38) *Annales d'oculistique.* Paris, mars, 1906.
- (39) «Obstetrical Society of London». *British Medical Journal.* London, 1903.

IDEA GENERAL

DE LA

FISIOTERAPIA, TERMOTERAPIA, ELECTROTHERAPIA, FOTOTERAPIA, ROENTGENTERAPIA Y RADIOTERAPIA (1)

POR EL

DR. CAMILO CALLEJA

El calor y el frío, la electricidad estática y dinámica, la luz y los rayos ultraluminosos, incluyendo los rayos X, que son los remedios físicos ó fisiacos, componen la parte de la terapéutica llamada Fisioterapia. Los medios físicos merecen nuestra preferente atención; siempre que podamos con ellos satisfacer cumplidamente las indicaciones terapéuticas, debemos preferirles á los procedimientos operatorios y á las drogas. Esto ocurre principalmente cuando con los agentes físicos podemos alcanzar la destrucción de tejidos lesionados y cuando logremos con ellos estimular la reacción vital en los procesos subinvolutivos, particularmente en los crónicos de carácter asténico.

Para aplicar racionalmente dichos agentes terapéuticos es preciso tener algún conocimiento de los efectos que pueden producir en el organismo, lo cual requiere á su vez una

(1) Excluimos de la fisioterapia la electrolisis ó mejor dicho la diaquimia (forma de cataforesis), porque es un modo de administrar drogas y por tanto pertenece á la farmacoterapia.

previa noción del modo de verificarse los cambios ó fenómenos físicos.

La interpretación de los hechos que nos ofrece la naturaleza, no ha de ser contradictoria y ha de estar en armonía con el principio de correlación de las fuerzas, con sus dos corolarios—conservación de la energía é inercia de la materia. No habría ciencia de la naturaleza, puesto que serían incalculables los fenómenos físicos, si dicho principio no fuera verdad; siendo axiomático que nada se crea ni se aniquila de nuevo en el mundo físico ó existencia material. Así la intensidad de la fuerza ó sea la energía, que tienen por fórmula para poderla medir $\frac{M V^2}{2}$, esto es, mitad del producto de la masa por el cuadrado de la velocidad, se conserva eternamente en igual cantidad, aunque varía constantemente su redistribución en el mundo. Los dos factores de la energía, masa y velocidad, siendo mutuamente irreducibles, se conserva cada uno de ellos también sin aumentar ni disminuir; es decir, siempre subsiste la misma masa ó extensión de materia penetrable en el mundo é igualmente sucede con la velocidad del movimiento, considerada en conjunto. Además, la actividad material, ó sea el movimiento, se tiene que realizar necesariamente en alguna dirección, la cual varía solamente en correlación con las fuerzas que concurren á la producción del movimiento, siendo éste determinable matemáticamente, y siendo los objetos impulsados siempre hacia donde la presión sea menor. De lo dicho se infiere que es inadmisibile la existencia de propiedades inherentes y de fuerzas abstractas capaces de hacer variar en lo más mínimo los movimientos.

Por consiguiente, no hay atracciones ni repulsiones entre los cuerpos en el sentido vulgar de estas palabras.

«Atracción», en el lenguaje científico quiere decir que los objetos se aproximan sin que haya tracción alguna (*a* tracción), esto es sin que actuen fuerzas tirando de los unos hacia los otros y por tanto, han de ser impulsados por algún medio imperceptible. De igual manera la repulsión presupone la existencia de una sustancia intermedia que empuje á la vez á los objetos que se separan uno de otro sin que nuestros sentidos perciban las fuerzas que les mueven. Por estas razones la gravedad, la cohesión, la afinidad y la dilatación calorífica, le obligan ineludiblemente á reconocer la existencia de la materia constitutiva de todos los cuerpos, incluyendo los cuerpos simples de la química, bajo dos formas: una discontinua ó corpuscular, que es característica ó peculiar para cada cuerpo; y otra, continua ó incorpórea, que es común á todos los cuerpos, llenando los poros físicos ó poróculas. Esta diferencia, como todas las que ofrece la naturaleza, es relativa, pues no hay nada en lo creado que sea absoluto; pero prácticamente, dichos corpúsculos mínimos son intransformables en la sustancia incorpórea ó éter imponderable, que es indefinidamente divisible con facilidad; indudablemente la disgregación de los corpúsculos en éter sólo puede realizarse en condiciones extraordinarias y no pueden convertirse los corpúsculos de un cuerpo simple, llamados átomos, en los de otro cuerpo, si bien esto no se ha de considerar como un imposible, sin que por ello se resientan los verdaderos fundamentos de la ciencia.

Recientes descubrimientos inducen á suponer que en el éter intraporocular se hallan como suspendidos en más ó menos proporción, según su estado eléctrico, corpúsculos diminutos denominados electrones, que son probablemente iones del helio (heliones); y según esto, la masa

intraporocular es un ultrafluido que, hallándose reducido al menor volumen posible en el grado que tenga de temperatura, es en cierto modo comparable al estado líquido, y no á un gas enrarecido. Su liquidez perfecta y por tanto absolutamente incomprensible, cualquiera que fuese la presión á que se le sometiera, sino se rebaja la temperatura. Mientras más electropositivo sea el cuerpo mayor será la proporción que tenga de éter interatómico en relación con el número de electrones; y viceversa, los electrones ó heliones serán tanto más abundantes en las poróculas de los cuerpos mientras más electronegativos sean. Pero la llamada «carga eléctrica» es al revés de lo que aparentemente designan los términos positivo y negativo en la calificación de los cuerpos, al considerarles como electropositivos ó como electronegativos. Así se dice que un cuerpo se halla cargado de electricidad positiva cuando le falta más ó menos cantidad del éter que le corresponde (conteniendo, por supuesto, en su lugar electrones) y se considera un cuerpo cargado de electricidad negativa si le faltan electrones (teniendo por supuesto en su lugar éter).

Del concurso de la masa porocular (que, para abreviar, la denominaremos el *ultrafluido*) con los átomos, resultan primeramente los cambios ó fenómenos físicos, esto es el calor, la electricidad y las radiaciones: los fenómenos caloríficos son producidos por el choque del ultrafluido que llena las poróculas contra los átomos, determinándose torbellinos comparables á los movimientos diastólicos ó de separación. Por esto el calor ejerce una acción contraria á la gravitante, la cual resulta del choque del ultrafluido exterior al cuerpo contra los átomos del mismo y por esto también el calor tiene una acción disgregante opuesta á la cohesiva que dá la gravedad.

Cuando la presión del ultrafluido es menor en un cuerpo que en los que le rodean, se establece un movimiento de fluxión hacia aquél, constituyendo la corriente eléctrica; y si, por lo contrario, la presión intraporoocular de un cuerpo es mayor que la que ejerce el ultrafluido en su periferia, se ocasiona un movimiento centrífugo que constituye las radiaciones las cuales, según la amplitud de sus impulsos, son ó no son luminosas. Tanto las corrientes eléctricas como las radiaciones se vienen á convertir, en último término, en calorificación y en gravitación, y de esta manera vienen á desempeñar su papel como factores indirectos de las metamorfosis químicas. Todo lo expuesto ha de tenerse muy presente cuando tratemos ahora de explicar los efectos de los agentes físicos en el organismo.

Las propiedades terapéuticas de dichos agentes son debidas á dos órdenes de efectos: inmediatos y mediatos. Los primeros consisten en acciones dinámicas, esto es producidas por fuerzas exactamente comensurables; y los segundos ó indirectos son reacciones vitales incitadas por los efectos inmediatos dinámicos, sin que se predigan los resultados más que con probabilidades.

Los efectos dinámicos ó inmediatos de los fisiacos pueden consistir: primero, en ataques á las causas morbosas, ya sean exógenas, como los microbios infectantes extraños, ya sean autógenas como los productos morbosos formados por el organismo; y segundo, en modificaciones de las noxas ó lesiones morbosas, principalmente de las neoplásicas ya sean benignas ó malignas.

Los efectos bióticos ó reaccionales pueden ser estimulantes ó sedantes. La excitación que provocan puede alcanzar diferentes grados y de aquí la diferencia entre los efectos

neuróticos, tróficos y plásticos de los agentes físicos. Los efectos sedantes de los fisiacos pueden serlo de la sensibilidad (anestesia y analgesia), y de la inteligencia.

Para recordar más fácilmente la diversidad de efectos terapéuticos que los fisiacos pueden producir, les expondremos á continuación en forma tabular:

Efectos dinámicos ó inmediatos ..	{ Contra las causas morbosas (bacterias, etc.)... Contra las lesiones, principalmente las neoplásicas.....	{ Exógenas (microbios infecciosos). Autógenos (productos como el ácido úrico). Benignas..... Malignas.....	} Acción destructora.
Efectos bióticos ó reaccionales...	{ Estimulantes... Sedantes.....	{ Neuróticos (Excitación de la contractilidad). Tróficos (principalmente catabólicos). Plásticos (acelerar la cicatrización). De la inteligencia (cerebral) De la Sensibilidad..	{ Eufórico. Hipnótico. Anestésico. Analgésico.

Nada se sabe á ciencia cierta de los efectos antisépticos de los fisiacos; si bien es indudable que ejercen dicha acción en más ó menos grado principalmente los rayos X, la luz y el calor. Muchos especialistas admiten también la influencia antimicrobiana de las corrientes de alta tensión y algunos suponen que, tanto este último como los otros recursos físicos, pueden ser beneficiosos para el tratamiento de las infecciones, no solamente porque ataquen á los gérmenes, sinó también porque las toxinas procedentes de los microbios destruidos incitan en el organismo la reacción de la inmunidad. Si esto fuese cierto, resultarían ser los fisiacos remedios de oportuna aplicación para los casos en que no se hubiese

diagnosticado la especie infecciosa, viniendo entonces á desempeñar el papel de específicos ciegos, contando con la particularidad de no ocasionar gran detrimento en el organismo.

Los fisiacos también atacan á las causas autógenas, como el ácido úrico y otros productos que elabora con exceso el organismo en muchas enfermedades, sin que determinen gran menoscabo en nuestras células constitutivas. Se aconsejan por esta razón para el tratamiento de las afecciones con retardo del catabolismo ó desasimilación; si bien, en estos casos, la mayor influencia terapéutica de los fisiacos, es debida á la reacción estimulante que provocan en el organismo, según diremos después.

Entre los fisiacos los poderes radiantes son los que ejercen mayor influencia anticausal como antimicrobianos y como eliminadores de productos morbosos retenidos. Desenvuelven indudablemente tales acciones los rayos solares, los rayos X, el radio y demás cuerpos radioactivos, la lámpara de Finsen, la de vapor de mercurio, la de Missin (con su luz azul), las de arco eléctrico y las incandescentes. También, quizás, las corrientes de alta tensión y frecuencia.

Los fisiacos tienen la propiedad de destruir los tejidos lesionados y los de nueva formación ó neoplasias, sin que ataquen considerablemente á las células normales. De aquí su gran especialización terapéutica, reemplazando en muchos casos ventajosamente á la cirugía cruenta. Efectivamente, hacen desaparecer lesiones morbosas de índole degenerativo, que pocas veces, ó nunca, llegan á ser corregidas sin la intervención del arte y lo realizan más radicalmente que las operaciones. Esta acción, que podemos llamar metalesiva, puesto que consiste en sustituir una lesión morbosa, por medio de una terapéutica, es eficacísima, no solamente para

combatir formaciones benignas como las verrugas, sinó también para destruir los tumores que se desarrollan rapidísimamente, como las neoplasias malignas, siempre que éstas se hallen circunscritas á la piel, como los cancroides, ó se hallen situadas en órganos en los cuales los fisiacos determinan mayor acción destructora por decirlo así, electiva, como sucede con los ganglios linfáticos y demás tejidos linfoides. Este efecto terapéutico lesional puede llevarse á cabo con todos los agentes físicos los cuales, por razón de su intensidad, les colocaremos en el orden siguiente: rayos X, incluyendo la radio-actividad: luz, incluyendo los rayos no luminosos, sobre todos los ultra-violeta; fuego, sea éste producido directamente por sustancias comburentes, ó sea producido por chispas eléctricas (fulguración) y, en fin, el frío en grado suficiente para congelar las partes lesionadas antes que las normales, valiéndose sobre todo de sustancias muy frigoríficas como la nieve de ácido carbónico y el aire líquido. Los fisiacos, como destructores de tejidos degenerados y de tumores, proporcionan muchas veces resultados más satisfactorios que el bisturí, cuando la lesión está totalmente á su alcance; es de advertir sin embargo, que todavía no llegan en los cánceres á verificar la cura radical ó definitiva con seguridad, siendo frecuente la reproducción en los casos en que la cirugía corriente abdica en la actinoterapia ó poderes radiantes.

Los efectos estimulantes de los fisiacos superan en muchas ocasiones á los estímulos de los farmacos; siendo especialmente aplicables la electricidad, el calor y la luz, con el objeto de mejorar los procesos subinvolutivos, ora acelerando la reacción vital ó curativa, ora retardando la degeneración de partes paralizadas. Esta última indicación la satisface de un modo insustituible la electricidad en los que padecen

hemiplejias y demás parálisis de análogas consecuencias. Los baños de luz, los baños termales, las corrientes de alta frecuencia y las emanaciones del radio, (realizando una especie de cataforesis por medio del helio), aceleran la nutrición, especialmente en sus cambios catabólicos, auxiliando la oxidación y eliminación de las purinas y demás escoria, cuando se halla acumulada excesivamente, y de aquí sus resultados beneficiosos en el artrismo, viéndose sus efectos más palpablemente cuando existe ya bien manifiesta la arteriosclerosis, y llenando una indicación vitalísima en los casos amenazados por la angina de pecho. Los baños de sol llenan además una indicación causal en los sujetos que han vivido muy privados de la influencia de dicho astro.

Por último, los fisiacos aventajan á los farmacos como sedantes en muchas circunstancias, particularmente empleandoles como «*placebos*» es decir, cuando haya que calmar un estado de sobreexcitación nerviosa, sea cerebral ó sea de la sensibilidad periférica, sin pretender con esto auxiliar la curación, ni mejorar el curso de la enfermedad. La electricidad, sobre todo con su multitud de procedimientos y aparatos, puede ser un gran recurso psíquico para aquellos que pasan la vida mortificados con sus fobias, pero téngase mucho cuidado en no extralimitarse, puesto que su acción es privativa. La luz azul parece convidar á la euforia, sin tener el inconveniente de la electricidad antes apuntado, y puede por esto servir para complacer á los sobresaltados. Pero además de estos efectos, que pudieran considerarse mayormente sugestivos, pueden usarse los fisiacos con ventaja, en ciertos casos, como anestésicos y analgésicos locales. Entre los anestésicos tenemos principalmense los medios frigoríficos (el cloretilo, por ejemplo), y como analgésicos los

•

rayos X, siendo estos muy estimables, sobre todo en los cánceres dolorosas ya inoperables.

Ahora bien, al tratar síntomas por medio de los fisiacos, es menos expuesto hacer daño que con los farmacos, aún en los casos que se dice impropriamente que se llenan indicaciones antiflogísticas y antipiréticas, y en los cuales resulta estimulada, en definitiva la reacción, predominando sobre la acción privativa que sirvió de estímulo. Este resultado se obtiene marcadamente con la hidroterapia frigorífica, cuando se aplica de un modo mesurado en los febricitantes; tampoco es en realidad antiflogístico el efecto de los rayos X, al mejorar un proceso inflamatorio subinvolutivo, sino que actúan estimulando la reacción y disipando elementos lesionados. Pero no hay que excederse para no faltar á las leyes de las contraindicaciones que ya hemos establecido en otros escritos: *nunca hay que combatir definitivamente la reacción aunque se haya desarrollado en su grado máximo ó flogístico.*

Podrá impedirse ó aminorarse la reacción vital para ejercer un estímulo privativo que ha de provocar, en el momento de cesar dicha acción, un aumento de la hiperemia y de la temperatura, lo cual favorecerá la resolución de las lesiones y aumentará la resistencia orgánica contra los agentes morbosos, como sucede por ejemplo en el lupus al aplicarse la luz de Finsen, los rayos X, ó cualquier otra forma de radiación. Convenzámonos de que la antitermia y la isquemia son efectos antivitales por excelencia, y que cuando la fisioterapia, lo mismo que otra terapia, beneficia un proceso febril ó inflamatorio, no es porque se obtengan resultados antitérmicos ni antiflogísticos, sinó por las acciones causales y lesionales y por los efectos reaccionales (eupiréticos y euflogísticos) que determinen.

FISIOPATOLOGIA DE LOS TUMORES DEL ENCÉFALO

CONSTITUCION DEL SÍNDROME

POR EL

DR. P. DEL RIO HORTEGA

(Conclusión).

TRASTORNOS PSÍQUICOS.—Son frecuentes en los tumores encefálicos, si bien no tanto como la cefalalgia. Unas veces ligerísimos, pasan desapercibidos al interrogatorio y observación superficial (Devic y Courmont); otras, alcanzan tal intensidad que llegan á la completa demencia; y entre ambos límites existe una serie de transiciones y formas variables.

Las alteraciones de la inteligencia han sido descritas por Brissaud y Raymond, Peitavy y Grasset y según este último se manifiestan por debilidad progresiva de las facultades mentales, que conduce á la demencia. Para su aparición invoca Thomas d'Illeau la herencia nerviosa haciendo constar que jamás faltan si aquélla existe.

Kolbe agrupa los trastornos intelectuales en tres categorías: confusión mental, psicosis verdaderas y trastornos psíquicos especiales. Toda lesión en un punto cualquiera del sistema nervioso y principalmente si es dolorosa, resuena sobre el carácter del individuo y su nervosismo, como ha sido comprobado por Charcot en la esclerosis en placas, por Marie en

la esclerosis lateral amiotrófica, por Joffroy en las miopatías y por Korsakoff en la polineuritis. A las modificaciones del carácter y de las costumbres, insignificantes á veces, sucede la apatía; los enfermos se hacen apáticos inconscientemente, es decir, sin sufrimiento y esto los diferencia de los melancólicos (Pascal). El apático es un indiferente poco accesible á las emociones, no obra, sus acciones no se encadenan, su cerebro piensa poco ó nada. Poco á poco su indiferencia á las excitaciones, su impasibilidad, los coloca en un estado estuporoso de inhibición mental, de depresión psíquica, en la que permanece sin expresión en el rostro alegre ni triste.

¿Es una estupidez—dice Mlle Pascal—por supresión de todo pensamiento, de todo acto cerebral, como quería Georget? ¿Es un delirio intenso que llena toda la esfera mental y llega á las facultades intelectuales como quiere Baillarger?

Con la cefalalgia coincide la torpeza ó debilidad de las facultades del cerebro; al principio la cefalea absorbe la atención del enfermo, pero después cae en un estado de pesadez, de indiferencia con disminución de sensibilidad y movimiento, que llega al abobamiento; parece un «estado de inanición del alma» dice Littré. Esta torpeza, atontamiento ó estupor (Bruns), es el principal síntoma psíquico de los tumores y un precioso elemento en la semeiología general; nota psicopática dominante, que aparece muy pronto según Jacobson, en los tumores de la base y que según Bruns, es más acusado en los del lóbulo frontal.

Por dos períodos pasan los trastornos intelectuales: confusión y demencia. La confusión ó debilidad demencial progresiva, recae primeramente sobre la memoria y luego se extiende á la intelectualidad espontánea y la volición; esta decadencia mental se afirma lentamente en medio del estado

general de depresión simple. Es un embotamiento psíquico ú obnubilación intelectual que objetivamente se traduce por inmovilidad relativa, con persistencia de los movimientos habituales; cara indiferente sin expresión, á veces como en meditación ó en éxtasis. Si se saca al enfermo de este estado vuelve á él rápidamente. A la obtusión intelectual afectiva se añade en mayor ó menor grado la disminución psíquica que se aproxima á la demencia ó llega á ella.

De las psicosis verdaderas la demencia es una de las formas más frecuentes, conociéndose muchas observaciones y entre ellas una de Raymond muy importante.

Su frecuencia es mayor de lo que se supone y en los asilos de alienados un cierto número de dementes son portadores de tumor. Dice Nelson Teeter que la locura con cefalalgias violentas, persistentes, debe hacer pensar en un tumor.

Entre los trastornos psíquicos particulares está el puerilismo estudiado por Brissaud y Devaux y descripto como simple retorno á la infancia, sin la vivacidad y la curiosidad del niño (Brissaud). Según Devaux se manifiesta en hechos corrientes, por reacciones de impaciencia y enfado, fútiles en el motivo, inocentes en la expresión y desproporcionadas en su intensidad; por el empleo de locuciones infantiles en el lenguaje, por el género sencillo y monótono como impersonal; la expresión, la mímica, la actitud; sugestibilidad extrema en la conversación, deseos y ocupaciones pueriles. Contrastando con la edad del enfermo, parece una simulación.

A veces, después de un período de melancolía, se presenta otro de violencia con alucinaciones y delirio furioso; el enfermo de Pótel y Mayet presentaba accesos inmotivados de cólera. Jastrowitz, Oppenheim y Bruns han

señalado el carácter de jovialidad, que el primero llama *moria* ó asociación de estados de entorpecimiento y alegría alternantes.

Brault y Loeper han estudiado tumores con trastornos psíco-paralíticos.

¿De que manera se originan los trastornos intelectuales? En el cerebro existen centros y comisuras que los enlazan; una lesión de aquéllos ó de éstas, originará una disociación del sistema cerebral que constituyen. Si la alteración recae sobre los centros aislados, dará lugar á una psicosis (Welt), si recae sobre la función general de asociación de todos los centros, producirá la demencia.

En general se admite que el centro superior de la inteligencia se encuentra en el lóbulo frontal y Flechsig ha descrito dos centros de asociación anterior y posterior.

El método anatomo-clínico aplicado á la psiquiatría, ha permitido descubrir una relación de causalidad entre los trastornos psíquicos y las lesiones de la corteza cerebral, y de los trabajos más recientes se saca la conclusión de que el trastorno funcional depende de la localización y extensión de las lesiones, más que de su naturaleza é intensidad.

Hay trastornos mentales infecciosos, heterotóxicos y autotóxicos por insuficiencias orgánicas y otros de patogenia más obscura. Se tiene la certeza de que algunos son debidos á lesiones de las células corticales localizadas principalmente en las zonas de asociación. Según Mlle Pascal recaen sobre las grandes piramidales, los corpúsculos polimorfos y las células fusiformes, presentando su máximum de intensidad en la capa profunda de corpúsculos polimorfos, caracterizándose por desagregación gránulo-pigmentaria en la que el pigmento es el carácter esencial.

La coincidencia de lesiones corticales con trastornos mentales en los tumores y en los procesos toxi-infecciosos del cerebro observada por M. Faure y G. Ballet, hace pensar en el origen tóxico de muchas perturbaciones psíquicas.

Las pequeñas comisuras (fibras tangenciales) de gran importancia en la mentalidad, se hallan lesionadas en los casos de demencia. Grandguillot, Raymond, Tuzek y Zacker han visto en cerebros de dementes atrofia, degeneración y desaparición de estas fibras tangenciales.

A toda lesión del cuerpo caloso, corresponde según Klippel cierto estado demencial, lo que se nota en neoplasias subcorticales y del centro oval, que destruyen las fibras en toda su longitud, deteniendo la coordinación entre muchos centros, para conducir á la pérdida progresiva de la mentalidad.

SUEÑO.—Es frecuente en los enfermos de tumor cerebral pero aún los son más otros estados próximos á él: somnolencia, pesadez y coma, desde hace tiempo conocidos en las afecciones que determinan compresión ó alteraciones profundas de las células nerviosas y que importa distinguir del hipersomnio verdadero ya que en la literatura se suele precisar tan mal estas formas, que es muy difícil hacerse idea de la frecuencia de cada una. Soca en efecto, después de analizar 900 observaciones, no pudo hacer ninguna conclusión definitiva en aquel sentido, porque en la mayoría de ellas no podía decirse si se trataba de sueño, de somnolencia, ó de coma.

La *somnolencia* ó tendencia continua á dormir, la «incontinencia del sueño» que dice Salmon, es una forma bastante frecuente. Según Brissaud y Souques el aminoramiento de las funciones psíquicas que puede llegar hasta

su desaparición total, se acompaña siempre de marcada tendencia al sueño. En la estadística de Soca se encuentra la somnolencia en el 9 por 100 de los casos y en la de Schuster constan varias observaciones de Oppenheim, Eulemburg, Terrier, Herkeurath, Mickel, etc.

Descripta por Albutt y Terrier entre los signos más característicos de los tumores de los lóbulos frontales, marca á veces el principio de la enfermedad para huír enseguida y reaparecer más tarde precediendo al coma terminal.

El *hipersomnio* ó sueño verdadero es raro según Soca, puesto que se observa 28 veces entre 336 casos de tumor y Schuster sólo raramente lo ha encontrado. Para Hercouët y Voulofovitch se manifiesta de preferencia en los sarcomas, y sin llegar á ser un signo de localización es más frecuente en los tumores de la base, hipófisis y suelo del ventrículo medio. Las más veces síntoma inicial, se presenta otras en el período de enfermedad confirmada.

El sueño de los tumores cerebrales—decía Raymond—no tiene caracteres propios ni adquiere siempre idéntico aspecto; unas veces constituye accesos espaciados por períodos de tiempo más ó menos largos y así ocurrió en los casos de Janet, Raymond y Mensinga; pero otras los accesos se convierten en somnolencia continua que acaba con el enfermo, cual en las observaciones de Soca Stanneus, Righetti y Lugaro.

Una vez constituido, el estado de sueño ofrece poca uniformidad; ora tiene el aspecto de sueño natural sin trastornos de la respiración ni del pulso y los enfermos despiertan fácilmente estirándose y frotándose los ojos, para recobrar rápidamente todo su conocimiento; ora se hallan sumergidos en un verdadero estado de amodorramiento, de soñolencia

continua de la que salen por un momento si se los sacude violentamente, pero conservando cierto grado de obnubilación intelectual; ora finalmente, sólo pueden ser despertados momentáneamente de un hipersomnio muy próximo al coma verdadero. Tal enfermo, que al principio presentara accesos de sueño, caerá más tarde en somnolencia continua que le arrastrará progresivamente el *coma*. El *coma* terminal es frecuentísimo.

Oppenheim piensa que el fenómeno dominante en los tumores, es un sueño profundo, del que es posible despertar por medio de excitaciones; en el caso de Soca este sueño duró siete meses.

¿Cómo se origina el sueño en los tumores encefálicos? No hallándose aún determinado fijamente el mecanismo del sueño fisiológico, es difícil saber la manera como se produce el hipersomnio patológico. ¿Alguna de las teorías del sueño fisiológico, sirve para explicar el que se presenta en los tumores? Ciertos hechos hablan en favor de la irritación de un centro hipotético del sueño, cuya existencia está lejos de hallarse demostrada; otros, indican cierta acción tóxica; no faltan algunos que apoyen la teoría biológica. La diversidad de localización de los tumores acompañados de sueño; la presencia simultánea de otros trastornos y la escasez de observaciones clínicas y anatomo-patológicas, hacen por hoy la cuestión imposible de resolver.

Durham, C. Bernard y Mosso atribuyeron el sueño á la *anemia* del cerebro y esta teoría ya anticuada podría invocarse para explicar el de los tumores, ya que la hipertensión conduce á la anemia por compresión.

Las experiencias de Ranke y Rosental probando que en el cerebro hay gran consumo de oxígeno y producción de

ácido carbónico, indujeron á Preyer á suponer que el sueño se debe á la falta de oxígeno; los principios de desamiliación de las células nerviosas (sustancias fatigantes ó ponógenas) según él serían muy oxidables y absorberían todo el oxígeno.

Dubois al contrario que Preyer, cree que cuando á consecuencia del trabajo y de la fatiga se acumula en la sangre el ácido carbónico el centro del sueño se encuentra paresiado. Estas hipótesis no bastan para explicar el hipersomnio á pesar de que en muchos tumores se observe hiperemia venosa.

Según la *teoría histológica*, el sueño resulta del aislamiento de las neuronas por pérdida de sus contactos. Esta doctrina ligada íntimamente á las concepciones de Cajal de la neurona y la polarización dinámica, ha sido sostenida primeramente por Lepine y Duval y más tarde por Rabl y Rütchardt, Stefanowska y Manonélian. Apoyados en el descubrimiento de movimientos amiboides hecho por Wiedersheim en las células nerviosas del crustáceo leptodora hialina, Duval y Lepine creen en la existencia de movimientos amiboides en las prolongaciones celulares, y que gracias á esta propiedad se retraerían en el reposo (sueño) desapareciendo los contactos interneuronales; estos se verifican según Renaut al nivel de los apéndices de las dendritas y Mlle. Stefanowska atribuye á la reabsorción de estos apéndices «piriformes» la pérdida de los contactos.

Manonélian cree en la existencia de verdaderos nervi nervorum, es decir, neuronas ó cadenas de neuronas que regirían la actividad amiboide de los elementos nerviosos.

Para llegar al estado de sueño—dice Querton—es preciso que se agote la neurona entera por un largo trabajo, que anatómicamente tiene por expresión, el agotamiento de la

sustancia cromófila y la retracción permanente de las prolongaciones. En los tumores cerebrales es frecuente observar atrofia y desaparición de las prolongaciones de las células, así como otras lesiones descritas por Van Durme, Pagnat y Guerrini en las células nerviosas de animales fatigados (pobreza de cromófilos, desplazamiento é hinchazón del núcleo, coloración viva del nucleolo, estado vacuolar). Lo que no se sabe, es si siempre que se presenta el síntoma sueño existen tales lesiones. En algún caso de tumor con hipersomnio observado por nosotros, existían alteraciones celulares, análogas á las de otros casos en que tal síntoma no existió.

Otra teoría ideada para explicar el sueño, es la de Claparède, Cabanis y Lacassagne, según la cual el sueño no es un acto pasivo, sino *función activa*, un acto de orden reflejo. No dormimos por estar agotados sino por no agotarnos. Considerado el sueño como función, hay que suponer la existencia de centros, los cuales para Mauthner se hallan en la sustancia gris del tercer ventrículo y acueducto de Sylvio.

Las observaciones de tumor con hipersomnio de Wernicke, Oppenheim, Benjamín, Mauthner y Soca, apoyan la teoría del centro del sueño, pero hay muchísimas más observaciones contrarias á ella.

Nos queda en último término la *teoría tóxica*. Según Gautier, el sueño resulta de una intoxicación de las células por productos de desasimilación del organismo, sustancias que al acumularse producirían el sueño (Bouchard). Errera contesta á su pregunta ¿por qué dormimos?: porque se forman en nosotros sustancias dormitivas.

Según Marinesco, el trabajo exagerado de la célula nerviosa, acaso conduzca á una especie de intoxicación que obraría sobre su estructura fina.

Recientemente Albert Salmon, ha lanzado una teoría curiosa, relacionando el sueño con el proceso de formación de cromófilos, considerado como secreción interna reparadora. El sueño sería el período de reintegración de estos cromófilos. Durante la vigilia se originan productos tóxicos, que de ordinario no obran sinó en pequeño grado sobre las células, por ser rápidamente neutralizados por glándulas de secreción interna, cuyos hormones específicos se combinarían con ellos. En casos patológicos se exagera la formación de venenos, los cuales no pueden ser totalmente neutralizados, obrando entonces sobre las células y originando al principio tumefacción y cromatogenia (sueño) y más tarde cromatolisis (insomnio). Por tanto la condición del sueño es una intoxicación atenuada del sistema nervioso.

La neutralización de toxinas correría á cargo de la hipófisis, por cuya causa es tan frecuente el sueño en los hipofisarios con insuficiencia de la glándula.

Maillard y Milhit se inclinan á creer, que el hipersomnio de los tumores se relaciona con una intoxicación por venenos de la neoplasia y tal vez por esto el sueño es más frecuente en los sarcomas y epitelomas según observaciones de Voulfovitch y Hercouét. Dupré y Devaux hacen jugar también al factor tóxico, por haber hallado en células corticales muy lejanas al tumor, lesiones propias de las toxinfeciones.

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN 1.^a

Clínica del Dr. Simonena.

M. R., de 34 años, casado, zapatero.

Sin antecedentes nerviosos en los ascendientes; aficionado á las bebidas alcohólicas.

A consecuencia de un ataque gripal, quedan como reliquias cansancio y *cefalalgia*, pero continúa dedicado á sus ocupaciones habituales aunque en ocasiones un ataque de cefalalgia acompañado de zumbido de oídos y trastornos visuales, le obliga á suspenderlas. Con frecuencia á la cefalalgia se añaden *vómitos*.

Los accesos de cefalea, al principio separados, se hacen cada vez más frecuentes y cuando el Dr. Simonena le observa, repítense hasta seis veces por día, durando cada uno un cuarto de hora. La crisis empieza con zumbido de oídos que dura todo el acceso; aparece después dolor; se borra la vista por dos ó tres minutos y ve después fosfenas ampulares coloreadas. En ocasiones la crisis termina por vómitos y siempre con abatimiento y laxitud que luego desaparecen sin dejar vestigios de pesadez ni dolor. Cuatro meses más tarde sufre *vértigos* frecuentes y vómitos casi diarios al comenzar el ataque de cefalea; ha disminuído mucho la visión y ya no aprecia fosfenas. En todos los ataques hay emisión involuntaria de orina.

Por esta época se localiza la cefalalgia en la región frontal derecha, exacerbándose á la percusión.

Oye bien con ambos oídos, pero algo menos con el izquierdo. No hay Romberg en la bi, ni unipedestación, pero existe vacilación al girar sobre un pie y más si lo verifica sobre el izquierdo. Dinamómetro: presión en la mano derecha 41, en la izquierda 38; pulso, derecha 38, izquierda 32. Se cansa pronto; desciende por la escalera balanceándose y apoyado por miedo á caer. Pulsaciones sentado 76, en pie 104. Respiración sentado 16, en pie 18.

A los seis meses del comienzo de la enfermedad, ingresa en el hospital en un estado de *somnolencia* del que apenas puede sustraérsele, facies estuporosa y *alteraciones psíquicas*; por la noche tendencia al *coma*. La respiración algo estertorosa, recuerda

el fenómeno de Biot de la meningitis. Pulso frecuente é irregular. La motilidad y psiquismo sufren varios cambios durante el día difiriendo mucho en cada observación. Se nota retardo en la manifestación del reflejo verbal; hipoacusia en el lado izquierdo; agudeza visual disminuída en el ojo derecho (ambliopia) y casi abolida en el izquierdo (amaurosis). Campo visual muy reducido en el lado derecho y nulo en el izquierdo.

Por el oftalmoscopio se aprecia *edema de la papila* en ambos ojos. El sentido cromático pervertido con acromatopsia parcial y aneritropsia. Ni midriasis ni miosis. Reflejo pupilar izquierdo abolido.

Sensibilidad general: hipoestesia más acentuada en los miembros inferiores sobre todo el izquierdo; retardo de la percepción, tal vez aparente por la alteración del reflejo verbal; aloquiria.

Motilidad: bipedestación difícil y tendencia á caer al cerrar los ojos. Equilibrio imposible, siendo acometido de *convulsiones* y *vértigos* con desfallecimiento. Abasia parética en las extremidades inferiores y coreiforme en las superiores. Ausencia de reflejos.

Paramnesias de certidumbre; cree el enfermo que ha practicado ciertas cosas inverosímiles y á veces sufre alucinaciones verdaderas.

Estreñimiento; vómitos matutinos sin olor; zumbido de oídos, pulso blando y frecuente, dolor cefálico continuo que no varía de localización; incontinencia fecal y de la orina; la somnolencia se transforma en *coma* lentamente y muere á los nueve meses del comienzo de la enfermedad.

Autopsia.—Adherencias durales á la calota. Ligera hiperemia encefálica. En el lóbulo orbitario izquierdo comprimiendo las circunvoluciones orbitarias, sin tocar á las olfatorias, un tumor blando adherido á la dura-madre, de superficie desigual granujenta, forma de lente plano-convexa irregular y color gris rosado. Abombamiento del cerebro y blandura anormal con color pálido, en el que resaltan bastantes puntos rojos. Foco hemorrágico del tamaño de un garbanzo en la protuberancia. En la bóveda orbitaria desgastes ósecos que en algunos puntos se rompen fácilmente.

Estudio histológico del tumor: **angio-sarcoma** de origen meníngeo.

Resumen.—Cefalalgia, vómitos, vértigos y edema papilar; convulsiones; alteraciones psíquicas, somnolencia y

coma. Síndrome casi completo producido por un tumor de pequeño volumen.

Compresión general: escasa. Hay edema cerebral que histológicamente se revela por un espacio claro pericelular.

Irritación: reacción meníngea local y en la convexidad de los hemisferios (adherencias).

Intoxicación: tumor embrionario maligno.

Destrucción: circunvoluciones orbitarias, cuyas células están en cromatolisis y neuronofagia.

OBSERVACIÓN 2.^a

Clínica del Dr. Simonena.

R. de la F., de 27 años, soltero, zapatero. Constitución débil y enfermiza; ningún antecedente neuropático. El padre murió de tuberculosis pulmonar.

R. de la F., padece tuberculosis pulmonar bien comprobada un año antes de ingresar en la clínica. En esta fecha se une á los signos pulmonares *paresia* del brazo izquierdo, principalmente de los dedos, se conserva normal la sensibilidad y no existen dolores espontáneos. Un mes más tarde se inicia paresia de la pierna izquierda que dificulta la bipedestación y se acompaña de cierta hiperestesia térmica y dolorífica. Reflejo rotuliano exagerado. Ligera desviación de las facciones hacia el lado derecho.

Algo después aparece *pesadez de cabeza* que se convierte poco á poco en *cefalalgia* intensa con exacerbaciones y remisiones, que calma algo mediante aplicaciones frías. Aparecen *calambres* en las piernas. Un día sufre tres *vómitos* alimenticios algo sanguinolentos precedidos de náuseas; se inicia dificultad en la pronunciación y deglución, que aumenta en días sucesivos.

Comienza á disminuir la memoria de hechos recientes y gradualmente se establece marcada *obnubilación intelectual* con estupor, *somnolencia* y *estado comatoso* más tarde, en el cual muere el enfermo, presentando notable desviación de facciones hacia la izquierda, pulso filiforme, 30 respiraciones y 38°9' de temperatura.

Autopsia: Grandes adherencias entre las meninges y el borde superior de los hemisferios, sobre todo al nivel del lóbulo paracentral

derecho. Meninges intensamente congestionadas. En el lóbulo paracentral una lesión desigual, áspera, de superficie granugienta y color amarillo rojizo, que se extiende al lóbulo cuadrilátero, extremidad superior de las circunvoluciones ascendentes y parte de la parietal superior.

Cortes seriados de un centímetro de espesor ponen de manifiesto en el hemisferio derecho, correspondiendo con las lesiones del lóbulo paracentral, focos caseosos de color amarillo verdoso con puntos rojizos, perfectamente limitados por líneas irregulares hemorrágicas, que resaltan sobre el fondo blanquecino del centro oval; parten de la sustancia gris á la que han destruido y penetran oblicuamente en la sustancia blanca. Diseminados por el hemisferio 7 tubérculos subcorticales del tamaño de un guisante. En el hemisferio izquierdo 20 tubérculos del mismo tamaño, irregularmente diseminados, unos en plena sustancia blanca cercanos al cortex, otros en plena sustancia gris y algunos entre ambas formaciones. Su mayor número se cuenta en las circunvoluciones frontales y 3.^o temporal; hay uno en la cisura calcarina y otro pequeño en el cuerpo estriado.

En el hemisferio izquierdo del cerebelo un tubérculo y otro en el lado derecho de la protuberancia.

Resumen.—Síntomas focales. Pesadez de cabeza, cefalalgia, calambres, obnubilación intelectual, somnolencia y coma.

Compresión general: escasa.

Irritación: gran reacción meningo-encefálica.

Intoxicación: tumores toxi-infectivos.

Destrucción: lóbulo paracentral y parte alta de las circunvoluciones ascendentes y parietal superior. Pequeños focos diseminados en la sustancia blanca y gris. Lesiones celulares (atrofia) en los sitios más próximos á los tubérculos.

OBSERVACIÓN 3.^a

Clínica del Dr. Suñer.

R. R., de 5 años. El padre padece tuberculosis pulmonar y un hermano coxalgia. No existen antecedentes nerviosos.

LÁMINA 1^a

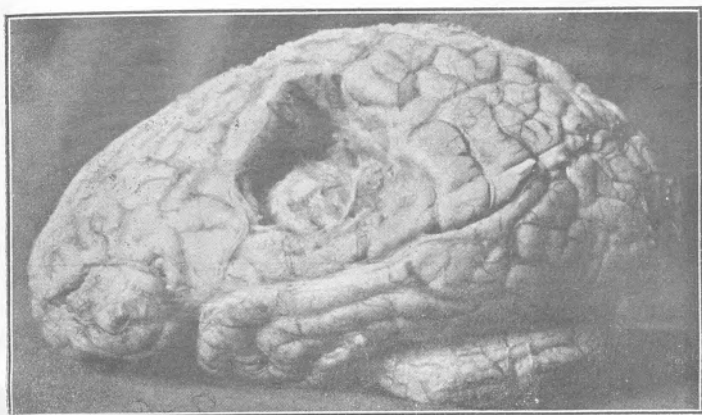


FIGURA 10.—Compresión producida por un endotelioma meníngeo.
(Cliché del Dr. López García).

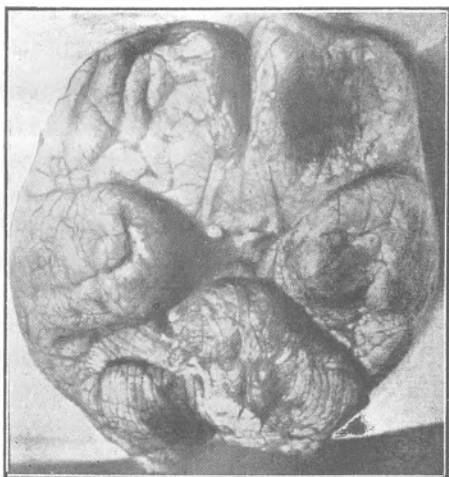


FIGURA 11.—Compresión del lóbulo orbitario por un angio-sarcoma.

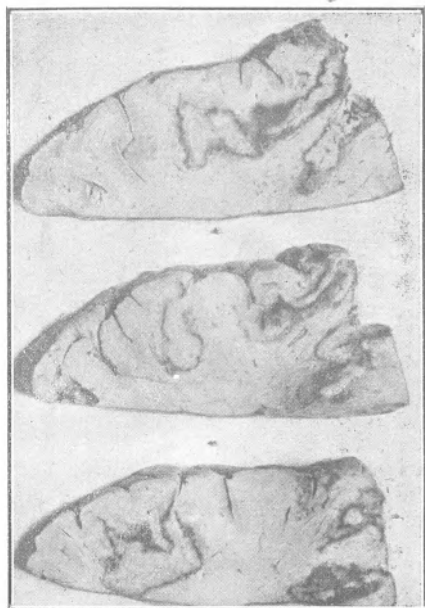


FIGURA 12.—Tuberculosis cerebral.

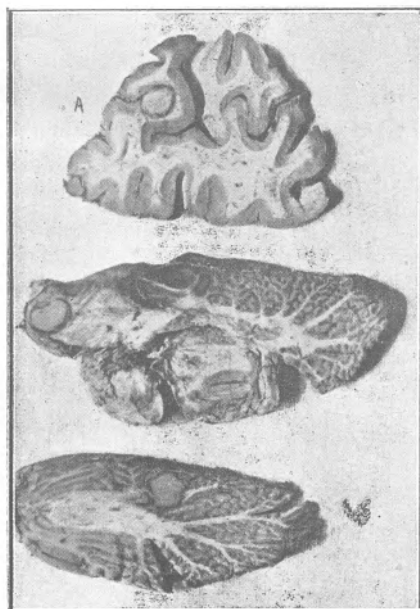


FIGURA 13.—Tubérculos del cerebro, protuberancia y cerebello.



FIGURA 14.—Tubérculo del cerebelo.



FIGURA 15.—Dilatación ventricular en el caso de tubérculo cerebeloso de la fig. 14.

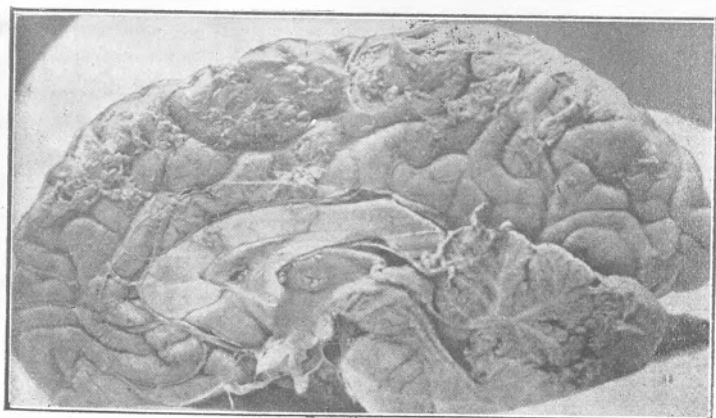


FIGURA 16.—Sifiloma del lóbulo paracentral.

LÁMINA 4^a

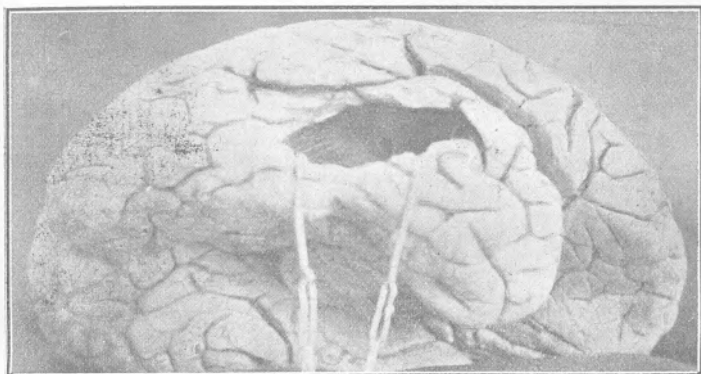


FIGURA 17.—Quiste hidatídico del lóbulo temporal.

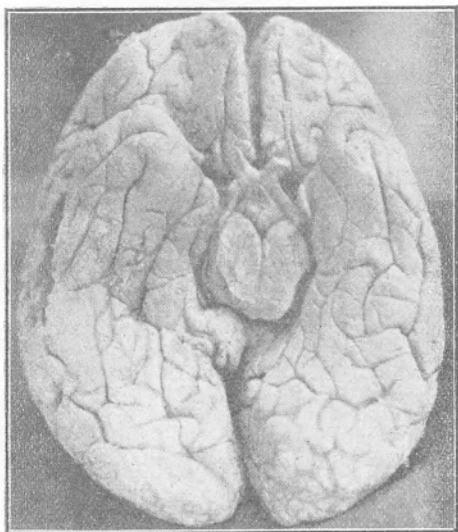


FIGURA 18.—Base del cerebro en el caso de quiste hidatídico de la fig. 17.

Comienza la enfermedad con síntomas pulmonares (tos, expectoración, punto de costado, etc.), y seis días después sufre un repentino *ataque* con pérdida de conocimiento y rigidez, que se prolonga dos horas y se repite al día siguiente iniciado por intensa *cefalalgia* y gritos.

A su ingreso en la clínica del Dr. Suñer, en 18 de enero (cinco meses después del comienzo de la enfermedad) se observa: exaltación de los reflejos tendinosos y falta del reflejo plantar; temblor estático é intencional, este último más acusado; atrofia muscular en los miembros acentuada notablemente en las eminencias palmares.

Trastornos paretiformes en la marcha y en el equilibrio.

En 2 de febrero por punción lumbar se obtienen 7 c³ de líquido claro, que fluye con escasa presión, en el cual según análisis del Dr. López-García, existe alguna célula endotelial, polinucleares escasos y escasos linfocitos.

Un día sufre tres ataques desde las siete á las diez de la mañana; otro aparece incontinencia de orina y heces y más tarde se presenta cierto estado de *confusión mental* que se convierte en obnubilación y llega al *estupor*.

En Mayo repítense los ataques con frecuencia y se inician trastornos visuales, dilatación pupilar y disminución de la agudeza visual coincidiendo con marcada exoftalmia y desviación de los ejes ópticos hácia abajo. Más tarde presenta con frecuencia pequeños ataques sincopales, y en el último mes de enfermedad se establece la *somnolencia* y estado semicomatoso que conducen poco á poco al *coma* verdadero y á la muerte, ocurrida en Agosto en un estado de caquexia extrema.

Autopsia: Encéfalo enorme, abombado, fluctuante. Voluminosa tumoración en el hemisferio izquierdo del cerebelo. Los cortes y el examen histológico, demuestran que se trata de un tubérculo fibrocaseificado del tamaño de una mandarina, que ha invadido el hemisferio izquierdo, vermis y parte del hemisferio derecho del cerebelo.

Todos los ventrículos encefálicos presentan enorme dilatación y están llenos de líquido. La sustancia nerviosa sufre enérgica compresión y en algunos puntos su espesor se ha reducido á una tercera parte del normal. Hidrocefalia ventricular.

Resumen.—Ataques convulsivos, cefalalgia, confusión mental, estupor, somnolencia y coma. Grandes trastornos en la estación y la marcha.

Compresión general: muy intensa.

Irritación: poco marcada en la corteza cerebral; intensa en el cerebelo.

Intoxicación: tumor toxi-infectivo.

Destrucción: casi todo el cerebelo cuyas células están en vías de atrofia y cuyas fibras se hallan degeneradas. Atrofia de las pirámides del cerebro. Edema cerebral.

OBSERVACIÓN 4.^a

Clínica del Dr. Simonena.

Mujer de 28 á 30 años, que ingresó en la clínica una tarde en estado convulsivo generalizado con pérdida del conocimiento, muriendo algunas horas después, sin salir del ataque.

Autopsia: En la cara y miembros hay algunas pápulas y ligeras cicatrices rosadas. Meninges adheridas á la bóveda craneal y al cerebro, sobre todo en ciertos puntos, que de mayor á menor intensidad son la cara interna del hemisferio derecho, el borde superior y la cara externa de ambos hemisferios. Meninges engrosadas; en algunos sitios con gran hiperemia, y con anquilosis total en un punto de la región motriz del lado derecho. En ellas se ve algún tractu grisáceo. Meningo-encefalitis.

En el lado derecho, en el pie de la 2.^a frontal, un engrosamiento del tamaño de una moneda de diez céntimos que comprende todo el tercio posterior de la 2.^a F. y parte de la 1.^a F. En la cara interna del hemisferio otra tumoración mayor que corresponde al lóbulo paracentral. En algunos puntos de la cara externa del hemisferio izquierdo, y en la interna del derecho hay algunas placas irregulares grisáceo-amarillentas en conexión con la pia-madre.

En los cortes, los tumores muestran figura redondeada; tamaño de nueces pequeñas; color amarillo, rosado hacia el centro; bastante consistencia y escaso jugo. En su centro más blando, se forma á poco de haber sido seccionado una depresión. Sus límites se pierden insensiblemente en el centro oval.

Examen histológico: sífilomas.

Resumen.—Ataque convulsivo generalizado.

Compresión general: moderada.

Irritación intensa. Meningo-encefalitis esclero-gomosa.

Intoxicación: tumor infectivo.

Destrucción: en la 1.^a y 2.^a frontales y lóbulo paracentral.

Profundas lesiones celulares en la vecindad de los tumores; lejos de ellos muy escasas.

OBSERVACIÓN 5.^a

Clinica del Dr. Simonena.

N. G., de 48 años, casada, múltipara. Sin antecedentes dignos de mención.

Ha padecido frecuentes jaquecas de forma hemicraneal izquierda generalmente. Algunos estigmas histéricos. Dos meses antes de ingresar en la clínica, la intensidad de la *cefalalgia* la obliga á guardar cama.

A principios de febrero sufre un *ataque* con pérdida del conocimiento que dura algunos minutos y no puede hablar hasta pasadas tres horas, en que vuelve á la normalidad. El 20 del mismo mes, después de un disgusto violento, sufre nuevo ataque con caída que se prolonga media hora, y deja durante cuatro horas dificultades para la emisión de la palabra que es incoherente, torpe y casi inteligible.

Pocos días más tarde se inicia la paresia del brazo izquierdo, que poco á poco se convierte en parálisis.

A su ingreso en la clínica (mes de marzo) se halla *indiferente* á cuanto la rodea, lo cual se traduce en su fisonomía por un gesto vago, indescriptible que parece resultar de una tonicidad igual de todos los músculos de la cara semicontraídos, y por un mirar apagado y sin fijeza.

En el interrogatorio hállase gran dificultad para las respuestas. Ha olvidado el nombre de todos los objetos y personas, recordando algunos si se le dicen; la palabra es embarazosa, á veces incomprendible sobre todo en la pronunciación de palabras polisilábicas. Amnesia y afasia de articulación. Sordera y ceguera verbales incompletas. Con las preguntas de Charcot se obtiene el siguiente resultado: entiende (aunque no siempre) lo que se le dice; puede hablar espontáneamente (pero hay disartria); no sabe leer, no copia, no repite lo que se le dice.

Sensibilidad: difícil de apreciar por el estado psíquico de la enferma.

Reflejos: rotuliano normal, pupilar retardado, conjuntival normal; midriasis.

Cefalalgia intensa en las regiones frontal y occipital.

En el curso de la enfermedad la paresia se extiende á la pierna izquierda y establece al aumentar de intensidad una hemiplegia izquierda.

Un día cae la enferma de la cama y queda en estado de intensa torpeza cerebral.

El 4 de mayo la cara está congestionada y hay exacerbación de la cefalalgia. La afasia se completa, el estado psíquico empeora, pasa por obnubilación y *somnolencia* y muere en *coma* el 15 del mismo mes.

Autopsia: No existe adherencia entre las meninges y el cráneo, ni entre aquéllas y el encéfalo; solamente ligeras sinequias en una tumoración fluctuante del hemisferio derecho. Al extraer el encéfalo se rompe una vexícula quística situada en el lóbulo temporal y sale gran cantidad de líquido. Con pinzas se separa una membrana de aspecto aponeurótico, ligeramente sujeta al fondo de la cavidad.

En el lóbulo temporal derecho una hendidura fusiforme que da acceso á ancha fosa de forma ovoidea, tapizada por la pia-madre que se repliega en algunos puntos. La presión ejercida por el tumor ha adelgazado notablemente la 1.^a temporal (que tiene un quinto de su espesor normal), la 2.^a que ha sido destruida en sus dos tercios posteriores y la 3.^a, que es rechazada hacia abajo. Insula aplastada.

Base del cerebro: asimetría de los hemisferios; la circunvolución del hipocampo ha sido proyectada hacia abajo como nueva circunvolución bastante voluminosa y forma con la calloso-marginal una prolongación en parte laminar y en parte tuberosa sobre la cara superior del cuerpo calloso. El quiasma óptico está torcido y tiene un pequeño mamelón en la cintilla derecha. Tubérculo mamilar izquierdo mayor que el derecho y de forma alargada.

Cortes de Pittres: ponen de manifiesto los efectos de la compresión; el tumor ha empujado hacia arriba el lóbulo de la insula y ha rechazado comprimiendo y atrofiando al cuerpo estriado, adelgazado notablemente la cápsula interna y extendido su acción al tálamo óptico.

Todas estas partes se reconocen difícilmente. La cavidad comprende por entero los cortes frontal y pedículo-parietal, y tiene su fondo en el corte occipital. En longitud comprende el tercio medio del cerebro.

Caracteres del tumor: quiste hidatídico del tamaño de un huevo de gallina, que contenía unos 100 gramos de líquido con equinococos.

Resumen.—Hemiplegia izquierda y afasia; cefalalgia, ataques epileptiformes, trastornos intelectuales, somnolencia y coma. Tumor de gran volumen con síndrome muy incompleto.

Irritación: débil.

Intoxicación: tumor parasitario.

Destrucción: circunvoluciones temporales, cuerpo estriado, talamo óptico y cápsula interna. Histológicamente tumefacción y atrofia celular muy intensas en los puntos próximos al tumor y más débil en el resto de la sustancia gris. Pequeños focos de reblandecimiento diseminados en la sustancia blanca. Edema cerebral.

OBSERVACIÓN 6.^a

Clinica del Dr. Suñer.

F. R., de 11 años, sin antecedentes dignos de mención.

Consecutivamente á una caída sufre accesos de *cefalalgia*, *vómitos* y *vértigos* con *obnubilación intelectual*, que con variable intensidad se repiten cada quince días aproximadamente, durante tres meses; desaparecen cuatro meses y reaparecen, coincidiendo con disminución progresiva de la agudeza visual. Amaurosis en ambos ojos. Bipedestación difícil por determinar estado vertiginoso y caída. Marcha francamente cerebelosa.

Reflejos plantar y de Babinski no existen; reflejo rotuliano inconstante, exaltado á veces. Reflejo pupilar retardado al principio, luego desaparece. Midriasis.

Edema papilar en ambos ojos y más marcado en el derecho.

En el curso de la enfermedad la cefalalgia se acentúa, los vómitos son frecuentes y se producen en los cambios de posición acompañándose de convulsiones tónicas. Aparece estreñimiento, el pulso se hace lento. *Somnolencia* y estado semicomatoso.

Paresia facial.

El enfermo mejora por cierto tiempo, pero los accesos no desaparecen totalmente; hay disminución de la memoria, sueño tranquilo y largo, y ligero dolor craneal á la percusión, pero sin foco. Reaparecen las crisis y muere en una de ellas.

Autopsia: En la cara inferior del cerebelo, adherido á la aracnoides existe un tumor no muy grande blanco gelatinoso, que comprime y se infiltra en los hemisferios cerebelosos. Los cortes en éstos, demuestran la existencia de un extenso foco neoplásico difundido en la sustancia blanca, en los núcleos grises, sobre todo el dentado y en el vermis, que se halla en gran parte destruido. En los límites de la neoformación apréciase algún pequeño foco hemorrágico.

Histológicamente, **mixo-glioma.**

Resumen.—Síntomas cerebelosos; cefalalgia, vómitos vértigos, edema papilar; obnubilación intelectual, somnolencia. Tumor pequeño con síndrome muy completo.

Compresión general: poco intensa.

Irritación: ligera flogosis peri-neoplásica.

Intoxicación: dudosa.

Destrucción: gran parte del centro medular y de la sustancia gris de los núcleos.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- Adamkiewicz, «De la papille étranglée», *Rev. de neurol.*, 1894.
«La presión cerebral, el movimiento céfalo-raquídeo en el cráneo y la presión encefálica». *Arch. de Neurol.*, 2.^a serie, t. IV, 1898.
«Compresión del cerebro y de la médula». *Wiener Med. Woch.*, 1888.
Bertin, «Dictionaire Dechambre». *Art. Sommeil.*
Bruns, «Die Geschwülste des Nervensystems». Berlín, 1897.—
Neurologisches Centralblatt, septiembre, 1893.
Bonservizi, «Sul Somno». *Mantua*, 1903.
Brissaud, *Traité de Médecine*, t. VI, Art. «Tumores cerebrales».
Bounier, «Vertiges». *Biblioteca Charcot-Debove.*

Brault y Loeper, «Trois cas de tumeurs cérébrales à forme psycho paralytique». *Arch. Méd.*, 1900.

Cajal, «Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados».

Claparède, *Archives de psychologie*, 1905.

Duret, «Les tumeurs de l'encéphale». Paris, 1905.

«Etudefs experimentales et cliniques sur les traumatismes cerebraux». *Thèse*, Paris, 1878.

Devic y Courmont, «Gliome cerebral œdème de la papille, accès de sommeil, etc.». *Rev. de Méd.*, 1897.

Debove y Boudet, «Recherches sur la pathogenie des tremblements». *Arch. de neurol.*, 1880.

Dufour, «Semeiologie des maladies du systeme Nerveux». Paris, 1907.

D'Orsay, «Morbid somnolence». *Americ. Journ, Medic. sciences*, 1908.

Dubal, L'ameboisme du systeme nerveuse». «La Theorie histologique du sommeil». *Rev. de Sciences*, 1898.

Dejerine, «Semeiol. des malad. des centres nerv.» *Pat. gen. de Bouchard*, t. V.

Dupré, *Rev. neurolog.*, 30 agosto, 1904. *Presse médicale*, 1902.

Dubois, «Etude sur le mecanisme de la thermogenèse et du sommeil». *Ann de l' Univ. de Lyon*, 1896.

«Le centre du sommeil». *Com. Rend. Societe de Biolog.*, 1901.

Deutschmann, «Uber neuritis optica». Jena, 1887.

Errera, «Pourquoi dormons-nous». *Rev. scientifique*.

Franceschi, «Il somno patologico nei tumori cerebrali».

Faure (M.), «Sur les lesions cellulaires corticales observées dans les cas. de troubles mentaux toxi-infectieuses». *Rev. de neurol*, 1899.

García del Mazo, «La neuritis óptica en las enfermedades del sistema nervioso». *Memoria del doctorado*, 1898.

Grasset, «Maladies de l' orientation et de l' equilibration». Paris, 1901.

Grandguillot, «Demence dans les tumeurs encephaliques». *These*, Paris, 1895.

Gianelli, «Efectos de las neoplasias encefálicas sobre las funciones cerebrales». *Policlinica*, julio 1897.

Harvey Cushing, *Cirugia Keen*, art. «Tumores del cerebro». t. 3.º, 1912.

Hercouët (F.), «Le sommeil dans les tumeurs cérébrales». *Tesis*, Paris, 1905.

Jastrowitz y Leyden, «Beitz. zur Lehre von der Localisation im Gehirn». Berlin 1888.

Jacqueau, «Des troubles visuels dans leurs rapports avec les tumeurs interessant le chiasma». Lyon, 1896.

Juquelier, «Contribution á l'etude des delires par auto-intoxication». *Tesis*, Paris, 1903.

J. Charpentier, «Pathogenie des troubles mentaux lies aux lésions circonscrites». *Tesis*, Paris, 1904.

Klippel, *Trat. de Med. y de Terap. de Brouardel*. Art. «Tumores cerebrales».

«Des lesions histologiques dans la paralysie generale». *Arch. de neurol.*, 1890.

«Histologie de la paralysie generale». *Congreso Bruselas*, 1903.

Kocher, «Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnerkrankungen». *Enciclopedia Nothnagel*, 1901.

Lepine, «Sur un cas d'hysterie á forme particuliere». *Rev. de Med.*, 1894.

Lugaro (E.), «Sindrome uremica simulante un tumore de lobo frontale sinistro» *Riv. di pat. nerv. e mentale*, 1900.

Lugaro, «Sur les modifications des cellules nerveuses dans les differents états fonctionels». *Arch. de Biol.*, 1895.

Legrain, «Pathogenie des attaques epileptiformes». *Soc. de Neurol.*, abril, 1900.

Lwoff, «Etudes sur les troubles intellectuels liés aux lesions circonscrites». *Tesis*, Paris, 1906.

Lavillette «Angiomes intracranien». *Tesis*, Paris, 1906.

Manz, «Hydrops vaginæ optici». *Klinik. Monats. für Augen*, 1865.

Mauthner, «Pathologie und physiologie des Schlafes». *Wien. med. Woch.*, 1890.

Oppenheim, «Contribución á la patologia de los tumores cerebrales». *Arch. für Psych*, XXI y XXII.

«Die Geschwule des Gehirns Wienn». 1896.

Olmer, «Note sur l'état des cellules nerv. dans un cas de convulsions de cause infectieuse chez un enfant». *Rev. de Med.*, 1898.

Pugnat, «Sur les modifications histologiques des cellules nerv. dans l'état de fatigue». *Journ de physiol. et de pathol.*, 1901.

Pascal (C.), «La demence precoce». *Rev. de Med.*, 1911.

«Formes atipiques de la paralysie generale». *Tesis*, Paris, 1905.

Parinaud, *Annales d'oculistique*, 1879.

Prunier, «Contribution á l'etude de l'auto-intoxication dans la confusion mentale». *Tesis*, Paris, 1908.

Robin, «Les troubles oculaires dans les maladies de l'encephale». Paris, 1880.

Rochon Duvigneaud, «Contrib. à l'étude de la neurite œdémateuse». *Arch. d'Opht.*, 1890.

Raymond, «Le sommeil dans les tumeurs cérébrales». *Arch. gen. de Med.*, 1903.

«Démence dans les tumeurs cérébraux». *Soc. med. des Hôp.*, Paris, 1892.

«Sur un cas de démence consécutive à une tumeur du lobe frontal droit». *Bull. Soc. Med. des Hôp.*, Paris, 1892.

«Contribution à l'étude des tumeurs du cerveau». *Arch. de neurol.*, 1893.

Roncali, «Tratado de la compresibilidad del encéfalo». Roma, 1988.

Royo Villanova, «Un encéfalo con dos tumores». *La Clínica Moderna*, 1902.

Schmidt, «Zur Entstehung des Staungspapille». *Arch. für Ophthalm.*, 1869.

Stefanowska, «Etude histologique du cerveau dans le sommeil provoquée par la fatigue». *Journ. de Neurol.*, 1900.

«Les appendices terminaux des dendrites cérébraux, etc.» *Trab. du lab. de l'Institut. Solvay*, 1897.

Salmon Albert, «La fonction du Sommeil». Paris, 1910.

«Le Sommeil pathologique. L' hypersomnie». *Rev. de Med.*, 1910.

Séglas, «Des auto-intoxications dans les maladies mentales». *Congreso de la Rochelle*, 1893.

Schuster, «Psychische storungen bei Hirntumoren». Stuttgart, 1902.

Soca, «Sur un cas de sommeil prolongée pendant sept mois, etc.» *Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, 1900.

Von Stockum, «Sur la théorie de la compression cérébrale». *Congr. franc. de Cir.*, 1893.

Von Bergmann, «Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankeiten». Berlin, 1898.

Trat. de Cir. clin. y Operat., t. 1.^o

Vouloffowitch, «Pathogenie du Sommeil, en particuliere dans les tumeurs cérébrales». *Tesis*, Paris, 1905.

Vigouroux, «Etat mental des tumeurs cérébrales». *Rev. de psychiatrie*, 1903.

REVISTA DE REVISTAS

VII CONGRESO INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS

CELEBRADO EN ROMA DEL 14 AL 20 DE ABRIL DE 1912 (1)

El carácter más saliente de este último Congreso ha sido la importancia excepcional y dominante que en él se ha dado á la terapéutica y sobre todo á la profilaxia ó preservación, tanto individual como social, de la tuberculosis. La bacteriología, la anatomía patológica y aun la clínica de la enfermedad, han tenido un lugar mínimo y secundario en los trabajos de este Congreso. No se ha registrado ninguna nota sensacional, de esas que marcan una revolución ó un progreso considerable en la ciencia; pero en cambio se ha visto que el trabajo actual es considerable é intenso, y que los avances, no por lentos ó evolutivos, dejan de tener una importancia real que satisfará á los espíritus más exigentes. Podría decirse que la labor del Congreso ha sido de selección y consolidación de lo bueno, informándose en un criterio eminentemente práctico.

En la sección primera (Defensa social) el primer tema propuesto era «El papel de la mujer en la profilaxia antituberculosa en la familia». Mlle Chaptal y Miss Ellen La Motte leyeron trabajos notables, sobre todo la segunda que demostró los servicios que puede prestar una institución, como el dispensario antituberculoso de Baltimore, al que pertenece.

El segundo tema «Tuberculosis y escuela» fué traído por el Dr. H. Folks de New-York, que expuso principalmente las medidas preventivas que actualmente se toman en los Estados Unidos; siguiéndole los Dres. D' Espine (de Ginebra), Badaloni (de Roma)

(1) Extractado de la prensa médica italiana y francesa.

y Méry (de París). El profesor D' Espine, después de recordar que toda medida preventiva debe descansar sobre un diagnóstico precoz, propone esta serie de medidas profilácticas. *a)* Exclusión de la escuela, de los maestros ó institutrices atacados de tuberculosis pulmonar, con esputos bacilíferos. *b)* Prohibición de asistencia á las clases de los escolares atacados de tuberculosis abierta (tisis pulmonar, lupus ulcerado, fístulas tuberculosas, etc.) *c)* Señalamiento, por el médico escolar, á los padres ó parientes, de los casos de tuberculosis latente, para que sean tratados á domicilio, continuando la asistencia á clase. *d)* Establecimiento de policlínicas escolares, donde serían tratadas todas las enfermedades especiales que puedan predisponer á la tuberculosis (caries dentaria, vegetaciones adenóideas, etc.)

Las medidas indirectas son: *a)* Las de higiene general que deben aplicarse á las escuelas (limpieza húmeda, ventilación, prohibición de reuniones en los locales escolares, etc.); á los escolares (baños y duchas, gimnasia respiratoria, cantinas y cocinas escolares, etc. *b)* La enseñanza antituberculosa que debe ser reservada á los seminarios para institutores y á las clases superiores de jóvenes de ambos sexos. En las escuelas primarias, la enseñanza antituberculosa será sustituida por la educación higiénica antituberculosa. *c)* Instituciones especiales que permitan prevenir ó curar la tuberculosis de los escolares, tales como las colonias de vacaciones, las escuelas campestres, hospicios marítimos, sanatorios escolares, etc.

El profesor agregado Méry se dedica más especialmente á los signos precoces que permiten descubrir la tuberculosis latente (adenopatía tráqueo-brónquica, primera etapa de la tuberculosis pulmonar). Define sus diversos síntomas reveladores y, después de discutir el valor respectivo de cada uno de ellos, los resume en cuadros muy demostrativos. Su conclusión es que la selección clínica de las tuberculosis latentes no puede basarse sobre un solo signo clínico, sino sobre un conjunto de signos que permitan afirmar el diagnóstico. En lo concerniente á las tuberculosis latentes, el tratamiento de algunas de ellas puede ser hecho en la escuela, por la gimnástica respiratoria y por la sobrealimentación. Para un número bastante importante de niños (4,25 por 100) la escuela al aire libre será indispensable.

El profesor Badaloni atiende con preferencia á la higiene escolar. Demuestra cómo la escuela favorece la difusión de la tuberculosis, no sólo por el contagio directo debido á los maestros ó

alumnos que padecen lesiones abiertas, sino además por las malas condiciones higiénicas de los locales (aireación insuficiente, excesivo número de alumnos, etc.) Insiste particularmente en lo que respecta á sus personales investigaciones acerca de la influencia de las actitudes viciosas sobre la capacidad respiratoria de uno ó de los dos pulmones. Su informe está ilustrado con gráficas tomadas por medio del pneumógrafo ligado á un tambor registrador de Marey, demostrando estas figuras cuánto dificulta la respiración el apoyo del pecho contra la mesa; viéndose casi inmovilizadas las costillas superiores, de lo que resulta una insuficiencia respiratoria, que por sí sola predispone al desarrollo de la tuberculosis.

Numerosos han sido los trabajos que en esta misma sección se han presentado respecto á las obras benéficas de preservación social en diversos países, mereciendo señalarse particularmente los de los Dres. Henry (de París), Jacob (de Berlín), Soley y Gely (de Barcelona), Putzeys (de Lieja) y Otis (de Boston).

La declaración ó denuncia de la tuberculosis (su objeto y sus limitaciones); *la política sanitaria de habitaciones*; *el papel del alcoholismo en la tuberculosis*, han sido luminosamente estudiados por varios congresistas, principalmente Kuss (d'Angicour) y Friboulet (de París). También se han presentado estudios muy curiosos acerca de la Cruz Roja, de la emigración y de las ciudades manufactureras en sus relaciones con la proflaxia y la discriminación de la tuberculosis.

En la segunda sección del Congreso las cuestiones estudiadas se refieren á la Patología y Terapéutica médicas, habiéndose presentado unos 120 trabajos, entre ponencias y comunicaciones. Una parte muy importante de estos trabajos está consagrada á las reacciones biológicas de la tuberculosis. Los métodos terapéuticos derivados de las reacciones inmunizantes, activas ó pasivas, son consecuencia natural de la primera categoría de investigaciones.

El profesor Courmont (de Lyon), ha expuesto con gran claridad su informe sobre el aumento de resistencia del organismo humano contra la tuberculosis. Estudia las diferentes formas de inmunidad; enfoca con gran espíritu crítico los problemas, tan á menudo estudiados en el curso de estos últimos años, de la anafilaxia activa ó pasiva, obtenida con bacilos, con tuberculinas ó con sueros. De la exposición que hace, puede deducirse que la anafilaxia

es producida en el hombre con gran facilidad, y que habrá que preocuparse de este hecho, siempre que se emprenda una terapéutica específica vacunal ó inmunizante. En la segunda parte de su trabajo, demuestra el autor las relaciones que existen entre el estado anafiláctico persistente en la tuberculosis y el esfuerzo continuo de la afección hacia la inmunidad; del equilibrio entre estas dos opuestas tendencias resulta la evolución de la enfermedad en sentido curativo ó de agravación. ¿De qué manera influyen este equilibrio los nuevos métodos curativos? La tuberculina no obra como antígeno anafilactizante, sino como sustancia tóxica, por lo que en vez de dar lugar á la producción de anticuerpos, determina simplemente una especie de *antianafilaxia*, que, como se sabe, no se acompaña de modificaciones trasmisibles pasivamente. El objeto del tratamiento debe ser, pues, desanafilactizar al enfermo. Los sueros antituberculosos son principalmente antitóxicos; no confieren, al parecer, inmunidad activa. Lo que importa determinar es si, á la vez que el papel antitóxico, no desempeñan en algún caso el de agentes de anafilaxia.

El Dr. Neumann (de Viena) después de demostrar cómo las tuberculinas pueden ayudar al diagnóstico exacto de la tuberculosis, expone distintas hipótesis clínicas, por las cuales, el empleo de tal ó cual tuberculina estará más especialmente indicada. Una gran variedad de acción puede ser obtenida con los productos designados ATK, PT, TR, TP, BE, ó por la combinación de varios de ellos; es un estudio clínico y experimental, cuya complejidad no se presta á deducciones prácticas precisas

El profesor Calmette (de Lila) sin extenderse en largos detalles acerca de las tuberculinas múltiples que en terapéutica pueden utilizarse, indica, sin embargo, la razón que deberá guiar nuestra elección y los fundamentos sobre que ha de asentarse el tratamiento específico. La multiplicidad de productos que existen y el distinto modo de prepararlos, atestiguan nuestra ignorancia acerca de la verdadera naturaleza de la sustancia terapéutica activa. Forzoso es, por consiguiente, practicar en cada caso una verdadera sumaria experimental. Se admitirá que *la mejor tuberculina es aquella cuya función tóxica para el enfermo es más reducida, y cuya función antigénica es más intensa*. Esta conclusión resulta más *Perogrullesca* que práctica, porque el mismo autor confiesa que carecemos de métodos precisos que permitan medir la actividad tóxica de las tuberculinas, ó determinar su poder antigénico.

Respecto al tratamiento por los sueros, presentaron trabajos, entre otros, Lucatello (de Padua) y Tessier y Arloing (de Lyon). En el de los últimos, antes de entrar en las indicaciones generales y contraindicaciones de la sueroterapia, así como en los modos de administración del suero y exposición de los diversos accidentes que éste puede ocasionar, estudian largamente las propiedades biológicas de los diferentes sueros; hacen distinciones entre la acción *antituberculosa* y la acción *antituberculinosa* (Landouzy) y afirman que el suero debe obrar á la vez contra el bacilo y sus toxinas; demuestran la dificultad que hay de conocer el valor de la acción anti-infecciosa, y estudian finalmente las diferentes reacciones humorales desenvueltas por el suero.

No se ha descuidado lo referente á otros métodos de tratamiento siendo el pneumotorax terapéutico y la cura solar los que más han entretenido la atención de los congresistas. Respecto al pneumotorax artificial Forlanini (de Pavia) admitió que ejercía dos acciones separadas: por la primera detiene la reabsorción de las toxinas locales; por la segunda, que es la más importante, todo el proceso tisiógeno puede ser definitiva y anatómicamente curado. Sus contraindicaciones directas son raras y de orden mecánico, pero las indirectas, por obstáculos de aplicación, muy numerosas.

Dumarest (d' Hauteville) después de exponer la técnica y accidentes del pneumotorax total y parcial (este último cuando hay adherencias pleuríticas) termina exponiendo los resultados inmediatos y lejanos y dice: «El pneumotorax obra eficazmente: (a) De una manera inmediata sobre la ulceración, por adosamiento de sus paredes y desinfección mecánica: (b) Secundariamente sobre las lesiones tuberculosas, por la inmovilización y por la lentitud de la circulación sanguínea y linfática, que favorece el proceso esclerógeno». Los resultados anatómicos se manifiestan por la detención del proceso de neoformación tuberculosa y de necrobiosis, á causa de la formación de tejido conjuntivo que aprisiona y esteriliza los focos. La resultante de estos procesos es la curación clínica definitiva en muchos casos. Como se ve no dejan de ofrecer interés estos trabajos, aunque nos parecen demasiado optimistas.

De la acción de la luz, especialmente de la radiación solar, se han ocupado Zuntz (de Berlín) y Morin (de Leysin) atribuyendo su acción á la dilatación de los vasos superficiales que descongestionan secundariamente los órganos profundos, y al aumento

de los cambios nutritivos por estímulo nervioso y mayor actividad hematopoyética.

De otros medios curativos de menor interés y más conocidos se han ocupado otros muchos congresistas, que no se citan por no hacer interminable esta reseña.

Entre los muchos trabajos que se han presentado tratando de las reacciones biológicas aplicables al diagnóstico y al pronóstico, merecen ser citados los de Courmont (de Lyon) acerca de la reacción aglutinante; de Elnitz (de Niza) respecto á la leucocitosis en las formas tuberculosas infantiles; de Neufeld (de Berlín) sobre anafilaxia y anticuerpos; y de M.^{me} Fuchs-Wolfring (de Davos) que trata de la precipitación de la sangre hemolizada.

En la sección de Cirugía se presentaron bastantes trabajos referentes al tema, *importancia de los hospicios marinos en la cura de la tuberculosis quirúrgica*, Calvé, Lalesque (d' Arcachon) y Welliaminoff (de San Petesburgo) defendieron con calor las numerosas ventajas que se consiguen en estas instituciones, acerca de cuyos beneficios no hay discusión en la actualidad. En cambio las opiniones han sido muy diferentes en lo que respecta á las indicaciones operatorias en las tuberculosis quirúrgicas, habiéndose defendido con calor por sus partidarios, ya la abstención, ya la intervención prematura, con todos los matices intermedios entre estos opuestos pareceres. Merecen señalarse *los trabajos de Corner, Mauclair, Lapeyre, von Posner y Legueu y Chevassu*.

En la sección de *Etiología y Epidemiología* ocupó un gran lugar el tema *tuberculosis humana y tuberculosis bovina*, del que trataron brillantemente y con numerosas pruebas experimentales Vallé (d' Alfort), Panisset (de Lyon), Heymans y S. y F. Arloig (de Lyon). El acuerdo entre estos diferentes autores ha sido unánime y sus conclusiones pueden resumirse diciendo, que el estudio bacteriológico proseguido en estos últimos años, establece que la tuberculosis humana y la bovina proceden de una especie bacilar única, susceptible, lo mismo que otros tipos microbianos conocidos, de adaptarse á los organismos que infecta, y adquirir para cada una de sus adaptaciones, cualidades propias que vienen á constituir razas, cuya aparente fijeza dura en tanto que no se modifican las condiciones del medio que ha presidido á su formación. La tuberculosis bovina es trasmisible al hombre, sobre todo en la edad infantil. Las dificultades de aplicación y realización

de un método general de profilaxia, obligan á insistir en las reglas de profilaxia individual. La calefacción de la leche á 60° durante veinte minutos, ó su ebullición prolongada por algunos minutos, son los procedimientos más seguros para destruir el bacilo tuberculoso y asegurar la inocuidad de la leche. La pasteurización de ésta en las condiciones en que el comercio suele practicarla, no ofrece garantías de esterilización.

«*Las vías de penetración y de difusión del bacilo tuberculoso en el organismo*» es asunto sobre el que Weleminsky (de Praga) y Calmette (de Lila) han presentado excelentes trabajos. Según el primero, la infección primitiva por los bacilos tuberculosos, tiene lugar casi siempre en la infancia, y es tan frecuente que el 90 por 100 de los niños que pasan de diez años reaccionan positivamente á la reacción de Pirquet. La forma habitual de la tuberculosis infantil es la ganglionar, sobre todo de los ganglios linfáticos cervicales, siendo lo probable que por vía hematogena se pueda transmitir á otros órganos (pulmones, peritoneo, etc.), principalmente en edades más avanzadas.

Calmette, basándose en argumentos del mismo género, afirma también que en la inmensa mayoría de los casos, la contaminación bacilar del hombre tiene lugar en las primeras edades de la vida. La frecuencia de contaminación resulta por una parte, de la necesidad de vivir en agrupaciones sociales compactas, lo que aumenta la facilidad de difusión de los bacilos evacuados por organismos enfermos, y por otra, de lo que las condiciones de la vida social, (alojamiento, cohabitación familiar, alimentación, trabajo colectivo, etc.), agravan y multiplican las ocasiones de infección. Las vías de penetración normales pueden ser, las mucosas de cavidades naturales, particularmente el tubo digestivo en aquellas de sus partes que son susceptibles de absorber partículas en suspensión, y el epitelio pulmonar. La infección bacilar se efectúa normalmente por las vías linfáticas y también, aunque no con tanta frecuencia, por la vía sanguínea. Estas infecciones pueden afectar la forma septicémica (tifobacilosis de Landouzy) sin que de ellas resulte siempre la formación de lesiones foliculares ó tubérculos; esta septicemia es frecuentemente curable. Si los bacilos no son eliminados, se acantonan en los tejidos dando lugar á los tubérculos. La tuberculosis puede subsistir indefinidamente sin dar origen á trastornos, siendo latente y no descubriéndose más que por reacción tuberculínica; pero cuando circunstancias accidentales aumentan la virulencia del bacilo

ó disminuyen las resistencias del terreno, las lesiones ostensibles hacen su aparición.

No dejan de ofrecer interés, aunque no aporten novedades trascendentales, el estudio de Bujwid respecto á «*la importancia de los factores sociales en el desenvolvimiento de la tuberculosis*», el trabajo de Klaus Hanssen acerca de «*la tuberculosis en las colectividades*» y la memoria de Lemoine sobre «*la tuberculosis y el ejército*». Son alegatos que vienen á confirmar los hechos ya conocidos respecto á la influencia favorable de las buenas condiciones higiénicas y la conveniencia del tratamiento en los principios de la enfermedad.

Además del trabajo de las secciones, se han dado conferencias por los congresistas más eminentes, habiendo tenido gran resonancia las de Landouzy (*importancia etiológica de los factores sociales en la tuberculosis, y medios de defensa social*); Maragliano (*vacunación preventiva del hombre sano contra las enfermedades tuberculosas*) y Rollier que hizo desfilas ante los ojos de los congresistas una serie de proyecciones y de películas cinematográficas, demostrando los resultados obtenidos por la cura solar en las tuberculosis articulares.

IV Congreso de Fisioterapia de los médicos de lengua francesa celebrado en París del 9 al 11 de abril de 1912 (1).

En la Facultad de Medicina de París y bajo la presidencia de honor de M. D'Arsonval y la efectiva de M. Bergonié, siendo secretario M. Laquerrière, se inauguraron las sesiones de este Congreso, en el que se ha tratado y discutido el empleo de los agentes físicos en el bocio exoftálmico, en los reumatismos crónicos y en la obesidad.

Papel de los agentes físicos en el bocio exoftálmico.—Cuatro ponentes habían sido designados: Piatot se ha ocupado de la terapéutica hidrológica; Dubois de Saujon, de la hidroterapia; Chartier de la electroterapia; y Ledoux-Lebard de la radioterapia.

Los dos últimos trabajos, han sido los más importantes. Las conclusiones de Chartier han sido las siguientes: «Nosotros admitimos, 1.º que el tratamiento local de elección del bocio exoftálmico es la galvanización ó la galvanofaradización del cuerpo

(1) *Paris Médical*, núm. 20, y *La Presse Médicale*, núms. 29, 30, 31 y 32 del año actual.

tiróides, pudiendo ser preferida la segunda cuando se quiere obtener, por acción vaso-constrictora, una importante disminución de su volumen; 2.º que la efluviación de alta frecuencia sobre el trayecto del simpático y la región precordial, está indicada, sobre todo, cuando predominan ó los fenómenos de anemia cerebral, ó manifestaciones cardio-aórticas dolorosas; 3.º que la faradización del bocio y de los pedículos vasculares del cuerpo tiróides, está indicada en los bocios muy voluminosos; 4.º que la faradización precordial y la galvanización del pneumogástrico, convienen en los casos complicados de hipertrofia cardiaca. Finalmente estimamos que conviene reservar una participación amplia á los tratamientos generales, variando los procedimientos según el estado de la presión arterial y del corazón, según los fenómenos neuropáticos y según la intensidad de las combustiones orgánicas; en este orden nuestra preferencia se dirige de una manera general á los baños sinusoidales, reservando la autoconducción ó la condensación para los casos en los que la tensión arterial es considerable.

Las conclusiones de Ledoux-Lebard, parecen ser mucho más conformes á la realidad de los hechos. La electroterapia del bocio exoftálmico es, sobre todo, una terapéutica sintomática; la radioterapia, por el contrario, es aquí la terapéutica más racionalmente etiológica, porque tiene acción inhibitoria sobre la misma glándula. «Por la radioterapia—dice M. Ledoux-Lebard,—la desaparición de los fenómenos nerviosos, la transformación del estado general y el retorno á la normalidad ó casi normalidad de la frecuencia cardiaca, se observan en los dos tercios, por lo menos, de casos convenientemente tratados; la disminución del bocio y aun de la exoftalmia, es algo menos constante; no es raro observar verdaderas resurrecciones. De una manera general, son los casos de enfermedad de Basedow verdadera los que más regularmente reaccionan de una manera favorable; los enfermos no mejorados constituyen una verdadera excepción. Se pueden obtener también buenos resultados en las otras formas de síndrome basedowiano.

El tratamiento fisioterápico de los reumatismos crónicos ha sido estudiado por MM. Laumonier (dietética), Roques (electroterapia), Ch. y L. Lavielle (hidrología), Falibois (hidroterapia), Rosenblith (kinesiterapia manual), Sandoz (mecanoterapia), Jaugeas (radioterapia), Haret (radioterapia) y Miramond de Laroquette (termoterapia).

Basta esta enumeración para demostrar las dificultades de curación de ciertos reumatismos crónicos y la multiplicidad de agentes

físicos que se les puede oponer. Inútil es insistir sobre la necesidad de asociar el régimen á las curas fisioterápicas. Laumonier dice, con razón, que los agentes físicos hacen precarias curaciones, si después que ellos han cesado de obrar, ó si en el intervalo de sus aplicaciones sucesivas, no interviene constantemente la dietética para enderezar un metabolismo viciado de larga fecha, ó sostenerle en el nuevo equilibrio que se le proporciona por procedimientos artificiales. Pero el régimen por sí sólo, no constituiría una terapéutica suficiente, siendo más activas, entre las que merecen citarse, la radioterapia, la radiumterapia y la electroterapia. La radioterapia actúa particularmente sobre el reumatismo crónico, el deformante y la talalgia blenorragica; hace desaparecer frecuentemente las rigideces y calma los dolores. «Es difícil—dice Jaugeas—interpretar estos resultados y tratar de aplicarlos á la luz de nuestros conocimientos precisos sobre la acción de los rayos X. Cuando hacen desaparecer las rigideces articulares ó reabsorberse los exudados inflamatorios, estamos en presencia de efectos conocidos, puesto que tenemos el hábito de radiar, á veces, los tejidos cicatriciales para flexibilizarlos y destruir por la radioterapia los elementos celulares resultantes de proliferaciones anormales. Pero cuando asistimos á la sedación rápida del dolor, á las modificaciones extraordinarias de las articulaciones más ó menos infiltradas por productos de desasimilación como el ácido úrico y sus sales, no podemos ya hacer intervenir la acción destructiva, bien estudiada al presente, de los rayos X».

Las diversas modalidades de la energía eléctrica utilizables contra los reumatismos crónicos, son muy numerosas. En el principio del reumatismo crónico recomienda Roques la galvanización continua simple y si no da resultado, la introducción del ión salicílico, del ión litio ó del ión yodo. Si persisten los dolores se suspende la galvanización y se practican fricciones hertzianas, que se abandonan para volver á la corriente continua, en cuanto los fenómenos dolorosos se han calmado. Se hace, además, revulsión con la chispa á lo largo de la columna vertebral. Más tarde, durante el período de las anquilosis y de las deformaciones, se emplea la corriente continua de alta intensidad y la faradización rítmica, para evitar ó detener la atrofia muscular.

Contra el reumatismo crónico infeccioso se utilizan la galvanización y la diatermia, para luchar contra el elemento inflamatorio, y la faradización rítmica para luchar contra la atrofia. Contra el reumatismo gotoso se recurre á la fricción hertziana, á

título de revulsivo general, á la galvanización como tratamiento local de las artritis y, finalmente, á la faradización generalizada de Bergonié, á título de tratamiento general y causal.

La radiumterapia se puede aplicar localmente ó en forma de *emanación*, como tratamiento general, según la práctica que tanto se ha extendido actualmente en Alemania. Las conclusiones de Haret son las siguientes: «La radiumterapia es un tratamiento que ocupa un lugar importante contra la gota y el reumatismo crónico. En la *gota*, es la emanación la que parece tener el papel preferente, cualquiera que sea el proceder empleado; ya se introduzca al enfermo en baño de agua radiactiva natural ó artificial, ya se le apliquen lodos radíferos sobre las regiones dolorosas, ó se le inyecten soluciones radíferas, ó se le haga inhalar directamente esta emanación. El radio en esta afección, no solamente cura ó mitiga notablemente el síntoma dolor, sino que también hace desaparecer el ácido úrico en la sangre.

En el *reumatismo crónico* el papel de la emanación parece menos marcado, pero la radiumterapia ejerce, sin embargo, una acción irrefutable, porque del número de observaciones publicadas relatando mejorías y aún curaciones, se está autorizado á decir que es imposible referirlas todas á una simple coincidencia. Los hechos son demasiado numerosos de una parte, y de otra, como son principalmente las formas gonocócicas las que más se benefician de la radiumterapia, formas que conocidamente son las de más larga duración, al mejorarse rápidamente hay que conceder importancia á la eficacia de este tratamiento.

Pero aquí se utilizan los efectos múltiples del radio, por lo que la técnica es muy variada. Se hacen aplicaciones con aparatos de sales pegadas, ó inyecciones de solución radífera utilizando sales insolubles, para localizar y mantener el mayor tiempo posible el efecto calmante y antiflogístico al nivel de la región tratada.

Con el empleo de un aparato plano se reduce totalmente esta acción al limitado tiempo de la aplicación; con la inyección se lleva á ciertas regiones dosis de radio, pero en cantidades irregulares. Por estas razones pensamos que en la gota y en el reumatismo crónico sería ventajoso servirse del procedimiento de ionización que hemos tenido el honor de presentar á la Academia de Ciencias el 13 de marzo de 1911. En efecto, introducidos por este método de una manera casi uniforme, en la región que ha de ser influenciada, los átomos de radio, se constituirán en focos continuos de emanación en el centro de las lesiones y su acción terapéutica será más

ciertamente eficaz, puesto que graduamos la producción; en tanto que con la inhalación sola no contamos más que con la cantidad vehiculada por el torrente circulatorio, cantidad que disminuye con rapidez en cuanto el enfermo sale del lugar cerrado.

Además nos beneficiaremos igualmente de la presencia del radio en los tejidos, donde manifestará su acción sedante, y por otra parte habremos añadido á la acción del radio la de la corriente continua, la que viene á ser un ayudante, aunque no el único, de nuestro efecto terapéutico».

La hidrología de los reumatismos crónicos ha sido estudiada por Ch. y L. Lavielle. El tratamiento termal—dicen—será dirigido contra la lesión y contra la diátesis, teniendo en cuenta que no todas las estaciones termales son equivalentes, por lo que importa señalar las indicaciones especiales de cada una. Siendo la termalidad el factor más importante de las aguas, estudian las acciones ejercidas por los baños á 34°, 37° y 40°, las de las diversas formas de duchas, las de las estufas y las de los baños de lodo, de gas y de arena. Dividen la terapéutica de los reumáticos crónicos en cuatro medicaciones: tónica, resolutive, sedante y diurética. La medicación tónica es realizada por las aguas cloruradas sódicas y las sulfurosas termales. La resolutive por los lodos termales, es aplicable, sobre todo, á los reumatismos con tendencia á la anquilosis y las posiciones viciosas. La sedante parece estar en relación con la radioactividad de las aguas; está indicada particularmente á los neurópatas y neuro-artríticos. La medicación diurética es el completamente indispensable en la cura de los reumatismos, sobre todo el gotoso.

El papel de los agentes físicos en la obesidad ha sido estudiado por MM. Haeckel (climatoterapia, higiene y deportes), M. Labbé (dietética), Spéder (electroterapia), Danjou (kinesiterapia manual), Gommaerts (mecanoterapia) y Amblard (termo y luminoterapia).

El régimen es uno de los factores esenciales de la cura de la obesidad, y M. Labbé insiste con razón sobre este punto de higiene general. La mioterapia tiene una influencia tan grande como el régimen, según ha demostrado Haeckel, el que ha insistido sobre las condiciones que debe satisfacer todo tratamiento de la obesidad, que son: 1.º hacer desaparecer las reservas acumuladas; 2.º corregir los elementos patogénicos para evitar la formación y acumulación de nuevas reservas grasosas. Al primer desideratum responden los medios de gasto de la grasa excedente (régimen restringido y empleo de ejercicios); al segundo se aplica el tratamiento

muy activo de las causas patogénicas (taquifagia, nervosismo, hetero-intoxicación, insuficiencia endocrínica, insuficiencia respiratoria y muscular, trastornos circulatorios, artrismo, colemia).

El retorno al coeficiente adipo-muscular normal, constituye la mejor garantía de no recidiva, porque cuando el aparato muscular está en pleno desenvolvimiento, consume, aun en reposo, una gran parte de energías alimenticias, que sin eso se transforman en grasa.

La reeducación muscular por los métodos de cultura física aplicados á la enfermedad, ó *mioterapia* (terapéutica por el músculo), es un método curativo aplicable á todos los trastornos funcionales de la nutrición, sin distinción de especie. En efecto, el funcionamiento del aparato neuro-muscular obra sobre todos los mecanismos orgánicos: respiratorio, circulatorio, trófico, etc.; modifica el dinamismo nervioso y constituye por lo tanto, la mejor de las reeducaciones funcionales.

La electroterapia, que hasta estos últimos años ha desempeñado un papel muy secundario en el tratamiento de la obesidad, ha adquirido actualmente una plaza importante, gracias al método de Bergonié de faradización rítmica general de todas las masas musculares. Durante la aplicación aumenta la circulación periférica, la piel se cubre de sudor, los cambios respiratorios son más intensos, la temperatura se eleva. Después de terminada, los ritmos respiratorio y cardiaco vuelven á la normal, y no solo no existe sensación de fatiga, sino que la actividad muscular es mayor. La baja de peso en los obesos es de 1,5 á 3,5 kilogramos semanales. El estado general tanto físico como psíquico, mejora considerablemente. Es el solo medio de trabajo posible de los cardíacos, los deprimidos y los asténicos, porque no exige esfuerzo ni gasto nervioso. Ayudado del régimen y de otros recursos es la electroterapia, según Spéder, uno de los más poderosos agentes en la cura de la obesidad.

Apasionadas y largas discusiones han seguido á la lectura de estos trabajos y de ellas puede deducirse que se pueden emplear numerosos medios para combatir la obesidad, pero que sería prematuro dar la preferencia ó la exclusiva á cualquiera de ellos.

Una exposición muy bien organizada por M. Haret completaba el Congreso. Allí se podían ver numerosos aparatos y una colección muy completa de radiografías y fotografías expuestas por los diversos miembros que á él asistieron.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Un caso obstétrico, por el Dr. Bonafonte (*Revista de Medicina y Cirugía práctica*, 21 de abril, 1912).

El día 20 de febrero último fué avisado el autor para ver en consulta en el pueblo de Paterna del Campo (Huelva), á una señora de 41 años, multípara, cuyos cinco partos anteriores fueron normales, y la cual se encontraba de parto desde el día 17, en que el médico de cabecera comprobó por tacto, presentación de vértice. Dicho día 17, tuvo la enferma una serie de dolores excesivamente enérgicos, á los que siguió algo de expulsión de sangre, y desde este momento el médico no pudo comprobar región fetal alguna presentada, y la enferma manifestó haber percibido que el feto había mudado de posición, colocándose en la región superior del abdomen. El autor explora á la enferma el día 20 á las 8 de la noche, apreciando lo siguiente: buen estado general, temperatura 37°, unas 95 á 100 pulsaciones; algo de palidez de labios y conjuntivas; abdomen muy prominente; partes fetales fácilmente tactables á través de la pared abdominal; gran movilidad fetal; dolores de tipo muy raro, que la enferma especificaba afirmando que diferían de los observados en otros partos, pues se irradiaban á las ingles, pero no á los lomos, etc., etc.

Exploración: penetrada la mano á través del orificio uterino dilatado, después de vencer una ligera resistencia, entra en una amplia cavidad, que toma por la uterina, saliendo alguna sangre durante la maniobra; percibe con la cara palmar de la mano una tumoración muy dura, del volumen de un útero, como de cuatro meses de gestación, y que *a priori* supone es un mioma submucoso prominente en la cavidad uterina, pero buscando orientarse, no consigue tocar partes fetales, y logra tocar una placenta suelta, libre el cordón y nada más del feto; toca unas formaciones, que tuvo que interpretar como asas intestinales, epiplón, mesenterio, etcétera., y, por fin, logra convencerse de que su mano se había paseado por el interior de la cavidad abdominal, y de que el supuesto mioma era el cuerpo uterino abarcado por la mano, por su cara posterior. Los Dres. Oliva, padre é hijo, exploran á la enferma de igual modo, no se explican lo que tocan y, por fin, convencidos de lo insólito del caso, se acuerda realizar preparativos para intervenir activamente, lo que fué ejecutado el miércoles

siguiente (día 21), en atención á que todo se hubo de improvisar, dado el medio y premura del tiempo, así como porque el estado general de la enferma era relativamente satisfactorio.

Con la excelente cooperación de los Sres. Oliva y Daza, practicó la laparatomía, dando lugar á la salida de gran cantidad de sangre mezclada con líquido amniótico, de olor fétido ya muy perceptible, y á un feto varón de 4.320 gramos de peso, unido á su cordón y placenta intacta, pero totalmente desprendida. Se limpió el abdomen, se suturó la herida abdominal y ante la consideración del olor desprendido por el líquido salido del abdomen, se colocó una especie de taponamiento Mikulicz vaginal que sirviese de desagüe, á través de la abertura uterina, que se encontraba en la cara posterior é inferior del útero, en su porción cervical y próximo al Douglas. Curso sin incidentes, y nueve días después de la intervención, está idealmente bien, hasta el extremo de haber quitado los puntos de sutura de la herida abdominal, desagüe y demás.

Como puede deducirse de esta narración, se trató de una rotura uterina, á través de la que penetró el feto con sus anejos en la cavidad abdominal libre, de donde fué extraído cuatro días después del accidente, sin que la enferma presentase antes ni después esa sintomatología alarmente de estados análogos y tan conocidos por su inminente gravedad.

P. ZULOAGA

BIBLIOGRAFIA

Las aguas minerales y las enfermedades, por el Dr. I. Bobo-Díez.
Cuesta, editor. Valladolid 1912.

La Hidrología Médica española cuenta con muy escaso número de publicaciones doctrinales ó de conjunto, y aunque entre ellas las haya muy estimables, estan tan poco divulgadas que son casi desconocidas del público médico general. Y como no es fácil encontrar los datos que se desean, resulta que cuando el médico tiene que señalar á determinado enfermo, en el cual está indicado un tratamiento hidrológico, el balneario que le conviene, tropieza ordinariamente con dificultades de tal índole, que en muchas ocasiones le hacen renunciar al empleo de una medicación que acaso fuera la más eficaz para su enfermo.

Al médico no le basta con saber que en un caso de tal ó cual afección, hace falta el empleo de las aguas sulfurosas ó cloruradas ó alcalinas; tiene que satisfacer además otras indicaciones accesorias ó secundarias, que en muchas ocasiones se convierten en primordiales. La temperatura del agua, la altura del lugar en que brota, el clima de la localidad, son particularidades que es necesario tener en cuenta, para llenar las necesidades terapéuticas de cada caso particular.

Resolver estas dificultades del momento; guiar al médico al través de sus dudas y confusiones, es el objeto que se ha propuesto el Dr. Bobo-Díez al escribir su libro, que yo considero,—sin que por esto crea, ni mucho menos, rebajar su mérito,—como un verdadero Formulario hidrológico.

Después de unas generalidades dedicadas al estudio somero de la historia de la Hidrología, del origen y formación de las aguas, de los caracteres y clasificación de los terrenos en que brotan, de la absorción y eliminación de las aguas, de sus contraindicaciones generales y de su clasificación, entra el autor en el estudio clínico

terapéutico propiamente dicho, indicando primero las especializaciones de cada venero medicinal, enumerando todos los balnearios españoles por orden alfabético. A continuación estudia las enfermedades por aparatos orgánicos, señalando las aguas y establecimientos indicados en cada grupo de las que describe. La obra termina con unos capítulos resumidos acerca de la radiactividad, gases raros, crioscopia, presión osmótica, ionización y electricidad de las aguas. Varios cuadros intercalados en los sitios oportunos, informan rápidamente de la temperatura de cada manantial, de la composición de sus aguas, de la altura del sitio en que brotan y de su radiactividad.

No se busquen en esta obra estudios fundamentales ni prolijas disquisiciones acerca de patogenia y etiología de las enfermedades ó del mecanismo íntimo de sus acciones terapéuticas. El afán dominante y preferente del autor ha sido el de ser breve y práctico, hasta tal punto, que en algunas ocasiones el estilo, es, por decirlo así, tan concentrado que la claridad se resiente un poco, resultando confusas, por deficientes, algunas explicaciones. Echase de menos un capítulo, en el que el Sr. Bobo-Díez expusiera y defendiera sus ideas patogenéticas de las enfermedades crónicas, para que á muchos no les pareciera exagerado y demasiado lato el concepto que tiene de los estados constitucionales ó diatésicos; sobre todo en estos tiempos en que tanto se cercenan y restringen los límites y número de las diátesis.

Pero estos y otros pequeños defectos (¿qué obra humana no los tiene?) que podrían señalarse al libro, están compensados con creces, por las muchas y prácticas informaciones y datos útiles que contiene, por los cuales le he calificado de Formulario hidrológico, destinado á resolver en pocos minutos las dudas é incertidumbres que antes he señalado. Seguramente que este es el objeto que se propondrán la mayoría de sus lectores, que deseo sean muy numerosos.

G. CAMALEÑO

Elementos constitutivos de la Terapéutica; objeto, principio y método, por el Dr. Camilo Calleja. (Barcelona 1912).

En muy pocas páginas, con bastante claridad y bien fundamentado, expone el Dr. Calleja los fines que comprende la Terapéutica, demostrando lo que debemos esperar de ella, que no es

precisamente el restablecimiento del organismo, sino el poner á éste en las mejores condiciones de defensa, para que por su propia actividad verifique la curación.

Es un trabajo que se lee con gusto, muy útil y en el que ve el gran sentido práctico que acompaña todos los trabajos de nuestro ilustre colaborador.

CUADRADO

Memoria descriptiva de la epidemia de viruela habida en Valladolid desde el 6 de marzo de 1910 á igual fecha de 1911, por el Dr. Román G. Durán.

Con atenta dedicatoria hemos recibido el bien escrito folleto en que nuestro buen amigo el Dr. Durán, narra la última epidemia variolosa observada en nuestra ciudad. Un atinado trabajo de investigación sobre la génesis de la epidemia y las medidas tomadas para su preservación, comentan cuantas oportunas consideraciones de orden médico estadístico y social hace el autor para ver cumplidas cuantas disposiciones de higiene pública deben implantarse en bien de la salud colectiva, y en cumplimiento de su elevado cargo de Inspector provincial de Sanidad.

Con gran sencillez y naturalidad científica aparece narrada la epidemia que su autor examina con atento cuidado en un trabajo estadístico de morbilidad y mortalidad por la viruela en el transcurso del año en que la estudia, que revela una paciencia y un orden de clasificación, dignos de encomio.

Dos grandes consideraciones se deducen en mi sentir, de la atenta lectura del folleto, extensivas á todo problema sanitario; una de vulgarización y otra de realización científica, ambas muy deficientes, por desgracia, en nuestra Patria.

La misión de vulgarizar las verdades de la ciencia para alejar el peligro de la enfermedad, debe ir dirigida, principalmente á las gentes de humilde condición cuya incultura les acarrea una pobreza mayor que la del dinero, que es la pobreza de su propia vida; refiriéndonos á la viruela, es preciso, á todo trance, vencer esa tenaz é inconsciente resistencia á la vacunación y revacunación periódicas, con la demostración persuasiva de enseñar al que no sabe, disipando las ridículas aprensiones fundadas en pueriles temores y necias preocupaciones, que tanto arraigan en la masa del pueblo.

Pero no basta esta humanitaria misión de la ciencia desinteresada, es preciso que sus preceptos se realicen en otro orden: evitar el contagio ó extinguirle si se ha presentado. Todas las medidas de preservación, desinfección y aislamiento constituyen la verdadera, la única defensa contra el mal. La manera de realizar ésta, estriba únicamente en la buena voluntad para invertir el dinero con positivo acierto; y éste lo será muy grande aunque aquél no lo sea tanto entre nosotros, cuando nos fijemos en que el mayor bien particular para los buenos ciudadanos deriva del bien colectivo de que gozan todos. Así pues, el Estado dando ejemplo en la nación, las Diputaciones en las provincias y los Ayuntamientos en ciudades y pueblos, gozarán de mayor vida y prosperidad cuando más y mejor, defiendan aquélla que es la base de ésta; de nada servirán y esto es lo sensible, estas sencillas y evidentes verdades propagadas por la palabra ó por la pluma, sino tienen la sanción de la obra realizada; las palabras son estériles cuando se las lleva el viento, pero son la semilla de las grandes empresas cuando caen en el terreno de la utilidad práctica.

Esto quisiéramos que ocurriese con los laudables esfuerzos que en bien de la higiene de Valladolid hace nuestro amigo y compañero el Dr. Durán; su constancia sabrá vencer resistencias; por ello no necesita de ageno impulso, pero si en algo le fuera útil nuestra cooperación, bien sabe que todo cuanto en Castilla se demande por el bien médico-social, tiene en las columnas de LA CLINICA CASTELLANA su legítimo asiento y entusiasta defensa.

ANTONIO M. ROMÓN

CASOS Y CONSULTAS

De la importancia de ciertos medios preparatorios antes del empleo de la digital, en las cardiopatías.

Sr. D. E. R. M... Empiezo por felicitarle por su idea de dirigir su carta-consulta á la Redacción de LA CLÍNICA CASTELLANA en vez de acudir á determinada personalidad de la misma, tanto más cuanto que me ha cabido la honra de ser designado por mis compañeros para contestarle.

La sorpresa que V. ha sufrido, todos la hemos experimentado, y más de una vez, en los albores de nuestro ejercicio profesional. ¡Es tan distinto lo que dice el libro, de lo que se vé en la clínica!

La digital es el tónico cardiaco por excelencia, y el tónico cardiaco, á su vez, recurso indispensable en nuestra lucha contra la asistolia. Pero de aquí á esperarlo todo de una droga por segura que sea, hay una distancia muy grande, distancia en que estriba esa sorpresa y desilusión que parece inclinarle á un excepticismo de que debemos los médicos huír como del fuego.

¿No ha producido la digital el efecto que V. esperaba? Eso no importa. Ni V. la ha recetado mal, ni hay que dudar de la bondad del producto que le han suministrado, ni es falsa la acción que los libros le enseñaban, y es más, ni siquiera ha estado usted inoportuno al llenar la indicación cuando la ha dispuesto. Es que la digital no basta, como no basta enfocar toda la atención en el estado de la fibra cardiaca. Para dar á ésta la energía que precisa y para que la digital, por lo tanto, pueda hacer sensibles sus efectos, hay que mirar antes y remover si es posible un conjunto de circunstancias que son las que hacen que esa fibra se haga insuficiente y que, en general, son ajenas á la fibra misma.

En toda asistolia que no explota á consecuencia de una afección aguda del corazón, lo general es que se vaya estableciendo con cierta lentitud y en virtud de un proceso de encadenadas

influencias, que anuncia lo que va á ocurrir, casi siempre con bastante anticipación, por lo que pudiéramos llamar la insuficiencia cardiaca circunstancial ó insuficiencia del esfuerzo, que al fin no son otra cosa que asistolias de momento.

Tal individuo que con un corazón enfermo ó sano en apariencia, durante el reposo y aun en su trabajo ordinario, no se sofoca, no siente disnea, tiene un miocardio suficiente para aquella situación habitual. Pero ese mismo individuo después de un exceso sexual ó de la mesa, de un trabajo desacostumbrado, de un esfuerzo ó de un disgusto, nota que se fatiga, que su respiración se alcanza, que se pone anheloso con opresión angustiosa ó dolor en el pecho, con palpitación, con tendencia al desvanecimiento y acaso al vómito, y cuyos síntomas se desvanecen después de unas horas ó unos días de reposo, ese individuo tiene la insuficiencia del esfuerzo, es decir, tiene un corazón que puede con el trabajo ordinario, pero cede ante las exigencias de lo que representa para él una sobrecarga.

Estas pequeñas crisis de insuficiencia circunstancial, no son otra cosa que asistolias momentáneas *curadas por el reposo*, pero fiel expresión en un todo, aunque en boceto ó esquema, de lo que habrá de ocurrir más adelante, cuando lo momentáneo se haga permanente y el chispazo asistólico se convierta en el incendio formal de un choque de clásica asistolia.

Pues bien: sacando partido de lo que nos enseña esta marcha, la más frecuente en las afecciones cardíacas, y llegado el período de asistolia permanente, habremos de pensar más que en el corazón insuficiente, en las circunstancias que provocan la insuficiencia, de las que muchas, quizá las más, son extra-cardíacas, ajenas al corazón mismo y sobre las cuales el tónico cardíaco no puede tener una influencia ni directa ni indirecta. Es más; mientras tales circunstancias no cedan ó se atenuen acaso constituyan un verdadero obstáculo á la acción de la droga anulando ó inutilizando sus efectos.

Así pues, al desarrollar nuestra intervención terapéutica para uno de estos casos, y sin perjuicio de pensar en la fibra muscular y procurarla elementos energéticos, investiguemos con cuidado las circunstancias extra-cardíacas y dirijamos contra ellas todo el potencial de nuestros recursos, en la seguridad de que en muchos casos, quizá sólo con esto, podamos dominar un conflicto muy serio y en todo caso daremos á la droga cardio-tónica el máximum de facilidades para que produzca sus efectos naturales.

Profesando este criterio empíeese por proporcionar al corazón el mayor descanso posible, reduciendo á un *mínimum* las exigencias que pesen sobre él, con el reposo físico, moral é intelectual tan grande como se pueda: evítese toda violencia y todo esfuerzo, hasta el de mover el vientre, el de toser, el de hablar, el de moverse innecesariamente. Procédase á una vigorosa desintoxicación del organismo, disminuyendo los ingresos tóxicos con el régimen lácteo, lácteo-vegetariano y aun con la dieta absoluta, sin miedo si la indicación fuera urgente, y favorézcase la eliminación con la diuresis, los despeños intestinales, tratando si es preciso, por su parte, al aparato depurador, para darle las facilidades que tan necesarias son en estas crisis, con la revulsión lumbar, con la cura de descloruración (1), con los diuréticos irritantes. Hecho todo esto, mejoremos la situación circulatoria por medio de recursos que no pongan á contribución el centro circulatorio. Para ello procuraremos quitar los éxtasis venosos, las ingurgitaciones viscerales, los edemas y derrames que representan, en total, un obstáculo enorme que vencer para un corazón entero y mucho más, por consiguiente, para el que está sufriendo una crisis de insuficiencia, pero quite-mos este obstáculo derivando, espoliando, eliminando en forma y modo que obtengamos el mayor efecto hidráulico con el menor gasto material posible de elementos nutritivos.

Cuando hayamos llenado estas tres grandes indicaciones; cuando disminuído el trabajo, la intoxicación y el obstáculo hidráulico, hayamos evitado que estas tres grandes losas aplasten el corazón comprometido, entonces es cuando tendremos derecho á esperar de la digital ó de cualquier otro tónico cardíaco el efecto que se le pide. Es inútil dar oxígeno á respirar al que tiene un lazo corrido en el cuello; empíeese por aflojar la cuerda y después el oxígeno que entre con libertad le quitará rápidamente la moradura de la asfixia por adelantada que esté.

Ahora comprenderá V., mi ilustrado amigo, porqué ha fallado la digital en su enfermo, y creo volverá V. en lo sucesivo por el crédito de una droga á la que ha estado V. á punto de calumniar despiadadamente.

Para acabar, y valga por lo que valiera, me voy á permitir hacer á V. otra indicación, aunque no corresponde á ninguna de

(1) En las asistolias es peligrosa la descloruración muy sostenida y no debe prolongarse más allá de 6 á 8 días, digan lo que quieran sus partidarios demasiado ardientes.

sus preguntas y es: que la digital tal y como se suele usar general y corrientemente por miedo á la tan temida acumulación *sirve para muy poco*. Para obtener de ella un efecto verdaderamente útil y duradero hay que darla varios, quizá muchos días seguidos 6, 8; quizá 12 para hacer alto sólo cuando el pulso se ponga por bajo de 60 al minuto, sin que el ritmo intermitente digitalico, si se presenta, sea ningún síntoma peligroso. Más valor de intolerancia tienen los vómitos ó las diarreas dolorosas.

Suyo affmo. con el mayor respeto,

L. MORENO

IMPRESIONES CLÍNICAS

ACERCA DE LA INFECCIÓN PUERPERAL

POR EL

DR. RAMIRO ARROYO

MÉDICO DE BÉJAR (SALAMANCA)

Para nadie que tenga una mediana práctica de obstetricia serán una novedad ni los conceptos ni las indicaciones que acerca de la infección puerperal voy á exponer.

Afección ésta de las más completamente estudiadas, perfectamente conocida en su etiología, patogenia y formas clínicas, únicamente en su tratamiento queda algo por hacer, apesar de disponer actualmente de medios bastante eficaces para prometernos en la mayor parte de los casos la curación de las enfermas.

Realmente en la inmensa mayoría de los casos de infección puerperal que hoy tenemos ocasión de observar se trata de procesos locales, ó que si se han difundido, bien por la vía sanguínea, bien por la vía linfática, no llegan sino muy raras veces á producir la piohemia, la septicemia ni la peritonitis, formas de la infección ante las cuales el desaliento nos embarga en vista del casi constante fracaso de todos los medios que acuden á la mente como indicados en estas gravísimas complicaciones.

Para el tocólogo que ha asistido á una parturiente es siempre un disgusto, á veces serio, la aparición consecutiva en ella; durante el puerperio, de fiebre que no pueda achacarse, ni por la fecha de su aparición ni por su intensidad ni por su persistencia, á la subida de la leche; por la razón de que dados los conocimientos positivos que hoy tenemos sobre la etiología y patogenia de la infección puerperal teme hallarse ante un caso de esta índole, quizás por haber cometido alguna infracción de la asepsia, habiendo sido acaso él mismo el portador de los gérmenes causantes del proceso infectivo.

Disculpas á un lado, y entonando, si es preciso, el «yo pequé», punto de partida de toda sólida regeneración, hay que convenir en que serían necesarias varias cosas para hacer posible en la práctica el ideal del perfecto cumplimiento de las reglas profilácticas de infección con motivo de los partos. Lo primero, la especialización del médico, para no exponerse á contactos peligrosos visitando enfermos de toda clase de enfermedades; y aun dentro de la especialidad sería necesario, en rigor, abstenerse de prestar asistencia á las púérperas ya infectadas.

En segundo lugar, hace falta una educación adecuada de la mujer y de las personas que suelen intervenir más ó menos directamente en la asistencia al parto, como ayudantes del médico, para aceptar y poner en práctica los oportunos consejos del tocólogo.

Por último, no es de menos importancia la facilidad con que en la localidad donde el caso ocurra pueda disponerse de los medios accesorios que den garantía de inocuidad completa.

Esto explica por qué en las Maternidades es hoy casi desconocida la fiebre puerperal, donde el personal está espe-

cializado, donde las enfermas se someten desde luego á las prescripciones ordenadas y donde se encuentra siempre á mano un material aséptico tal como pueda desearse.

Esto explica también por qué todavía se dan bastantes casos de infección puerperal en la práctica particular, sobre todo en pequeñas poblaciones, apesar de las precauciones antisépticas personales del médico, apesar de su constante predicación con oportunos consejos y reglas, y apesar de que ya hoy puede disponerse en todas partes de materiales antisépticos.

En esta esfera es en donde tal vez no será en vano insistir sobre lo que es conocido de todos y en donde podrán ser mejor justipreciadas las impresiones que siguen, nacidas de un no escaso número de observaciones de partos normales y distócicos, seguidos algunos de infección, en que he tenido ocasión de intervenir más ó menos directamente.

Fuera de duda que la fiebre puerperal es consecuencia de la infección de las heridas del conducto genital, llama la atención que, verificándose el parto muchas veces con ausencia completa de toda precaución aséptica ó antiséptica, no sean más frecuentes y más graves los casos que se presentan.

El asunto es complejo, sin duda, como todos los asuntos médicos. Por una parte, los partos sin asistencia médica son casi todos eutócicos, con raras excepciones, de las cuales expodré algún caso; en ellos casi nunca se realiza el reconocimiento por el tacto vaginal, ó bien se hace con mucha parsimonia, y esto contribuye notablemente á alejar el peligro de infección. Aun en partos distócicos el tacto vaginal es una exploración cuya importancia desde este punto de vista conviene no olvidar.

Hace ya algunos años hice en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, la historia clínica de una señora primípara, en que á consecuencia de un parto verificado sin intervención alguna del arte tocológico se habían producido mortificaciones extensas de las paredes vaginales con amplia fístula vésico-vaginal, rasgaduras del cuello uterino y rasgadura perineal de segundo grado. Apesar de tantas puertas abiertas á la infección fué ésta relativamente ligera y casi totalmente localizada, limitándose á una intensísima perimetritis que enclavó el útero; nada de septicemia, nada de peritonitis, no hubo flemón de ligamento ancho, ni siquiera flegmasia alba. A mi entender, la causa de no haberse desarrollado una infección generalizada gravísima, cuanto todo hacía esperarla, fué precisamente la falta de exploraciones por tacto vaginal, que hubieran podido introducir en el conducto genital los gérmenes productores de la infección agudísima.

No quiere esto decir de ningún modo que sea digno de aprobación en este y otros casos semejantes la abstención de realizar el tacto, sino solamente la influencia que su aplicación ó su falta puede tener para la infección.

Otras veces el arte interviene, se cree necesario repetir las exploraciones y no se tiene garantía de perfecta antisepsia al verificarlas. Las condiciones del parto ó de la intervención que haya sido preciso realizar, hacen que se produzcan rasgaduras considerables. Sobreviene fácilmente una fiebre de infección, pero es de carácter tan benigno, si puede decirse así, que sin otro tratamiento que algunos lavados vaginales con una débil disolución de lisol, la fiebre desaparece á los dos ó tres días para no volver á presentarse.

Seguramente que apesar de la ubicuidad de las bacterias no se hallan distribuídas igualmente en todos los objetos capaces de contaminar las heridas genitales, y hay que contar también con la diferente capacidad de defensa que tengan las enfermas para hacer frente á la invasión.

Aunque esto sea una ventaja afortunadamente en muchos casos, nuestro deber es tomar sistemática y escrupulosamente todas las precauciones posibles, hasta la nimiedad, para ponernos á cubierto del peligro.

Dos puntos de vista me parecen de algún interés; primero, la rareza actual del estreptococo en los loquios de las púérperas infectadas; segundo, el papel de causa productora que desempeña en bastantes casos el gonococo.

Aunque no de un modo constante, pero sí con bastante frecuencia, acostumbro á hacer el examen microscópico del flujo loquial de toda púérpara con fiebre; nunca he encontrado estreptococos, apesar de que los he encontrado siempre en casos de supuraciones de ciertos procesos inflamatorios superficiales de las extremidades, muy abundantes en el medio que me es dado observar, y apesar de que también son muy frecuentes los casos de erisipela de la cara. Esto dice algo en favor de los cuidados previos de antisepsia tratándose de asistencia á partos.

En cuanto al gonococo, hace poco tiempo tuve ocasión de asistir á una primípara, en que habiendo hecho una aplicación de forceps y después de suturar una rasgadura perineal, que se produjo apesar de emplear el de Tarnier, sobrevino á los tres días una intensa fiebre, continuando después una perimetritis de consideración y un flemón de ligamento ancho, que por fortuna, pudo resolverse en poco tiempo.

En los loquios aparecieron gonococos en gran número. También los encontré abundantísimos en el pus vesical de una cistitis concomitante, y para mayor seguridad el niño á los pocos días de nacer presentó una oftalmía purulenta de la misma naturaleza. Después de todas estas complicaciones, felizmente dominadas, se comprobó el dato de una blenorragia reciente del padre.

Las infecciones más comunes son las producidas por el coli y por los microbios de la putrefacción; las formas clínicas más frecuentes, al menos, en lo que he podido observar, son la intoxicación pútrida, como general, y la peri y parametritis y la flegmasia alba como localizadas.

Recordaré aunque sólo sea de un modo esquemático, algunas precauciones de aplicación diaria.

Hay que tener cuidado con los partos en primíparas, sobre todo cuando el periné es resistente, porque á pesar de que la presentación sea de vértice, de que el período de dilatación se verifique dentro de la normalidad y de que las membranas no se rompan prematuramente, se producirá siempre una rasgadura perineal, pequeña ó grande, tal vez considerable, bien sea que el parto termine espontáneamente, bien sea que haya habido necesidad de una aplicación de forceps, la cual, pese á todas las excelencias del Tarnier, no podremos siempre evitar, sino, todo lo más, atenuar.

Trátase también aquí de partos de bastante duración, por lo general, aunque nada anormal ocurra; y esto expone á impaciencia de todos, lo cual tienta al tocólogo á practicar el tacto repetidas veces para darse cuenta de la progresión del feto y tranquilizar á la familia. En tales casos es necesario extremar la limpieza del periné y del ano y lavarse perfectamente las manos antes de introducir el dedo. Nada

de embadurnar el dedo con aceite ni con vaselina, pues como dice con mucha razón Bumm, esto no hace falta y prescindiendo de ello se suprime una causa frecuente y positiva de infección.

Una complicación bastante desagradable y de trascendencia desde este punto de vista, es la incompleta y desigual dilatación del cuello, una vez rota la bolsa de las aguas. Generalmente ocurre en las posiciones occípito-iliacas posteriores. Cuando se presenta hay que adoptar la resolución de esperar á todo trance; toda impaciencia podría costar cara á la parturiente; al cabo el cuello se dilatará mientras persistan los dolores, y si éstos son causa de sufrimiento extraordinario para la mujer no nos faltarán recursos para calmar su excitación nerviosa y sostener sus fuerzas. Solamente cuando falte muy poco para la completa dilatación y aprovechando un momento de calma estaremos autorizados para remangar sin peligro de rasgadura la porción de cuello que, comprimida entre la cabeza fetal y la arcada pubiana está expuesta á mortificación. La auscultación de los latidos fetales ayudará á la tranquilidad de todos, pues la mayor parte de las veces el feto resiste mucho más de lo que la prolongación del parto haría suponer.

Si una distocia, cualquiera que sea su causa, ha hecho necesaria una intervención, aplicación de forceps ó versión, que son las más frecuentes, habrá que redoblar las precauciones antisépticas. No debe practicarse ninguna intervención sin rasurar el pubis, limpiar el recto, lavar vulva y periné, ciavar la vejiga é irrigar la vagina. En esto se tarda poco y no podrá alegarse razonablemente urgencia extraordinaria.

Hay que tener cuidado después de esterilizar el forceps para que antes de su introducción en la vagina no toque

por torpeza de alguien con lo que pudiera nuevamente impregnar de gérmenes las cucharas.

Después de la intervención, si se ha producido rasgadura perineal por lo menos de 2.º grado debe suturarse, cuanto más pronto mejor, y cuando sea pequeña tocarla con tintura de yodo. Fácil es que toda farmacia esté provista de tubos conteniendo hilo de seda ya enhebrado en su correspondiente aguja, lo cual da garantía de asepsia y hace cómoda la sutura.

Preocupémonos mucho de la expulsión total de los anejos fetales. A veces no es posible en la práctica corriente evitar la retención de algún cotiledón placentario. Es, por ejemplo, en casos de aborto de cuatro ó seis meses, donde la asistencia médica es solicitada después de la expulsión del feto y en que la placenta ha sido retenida. Generalmente se ha esperado bastantes horas antes de avisarnos, tal vez se han hecho por manos poco expertas y poco limpias tentativas de tracción que han producido la rotura del cordón umbilical y han podido depositar gérmenes en el conducto genital; tal vez se ha dado cierta dosis de cornezuelo con el objeto de activar la expulsión de la placenta y contener el flujo, y lo que se ha hecho, en realidad, no ha sido más sino estrechar el cuello y dificultar la salida de aquélla.

Si á esto se añade que las secundinas suelen estar en esta época bastante adheridas nada de extraño tiene que al intentar su extracción manual no lo logremos siempre de un modo completo, y que á falta de especialización y de una cucharilla para extracción de restos ovulares y hasta de irrigador para lavados intrauterinos y vaginales aparezca la infección, casi siempre á consecuencia de la putrefacción de dichos restos, que van luego poco á poco eliminándose con el

aspecto verdoso característico. Algunas veces ocurre algo parecido en abortos de menos tiempo, y no es raro ver aparecer un flemón del ligamento ancho como consecuencia de estos accidentes.

En cuanto á tratamiento, cada forma tiene el suyo adecuado, y no es mi propósito exponerlos. Sólo diré que así como hubo una época, breve ciertamente, en que se practicaban inmediatamente después del parto de un modo sistemático irrigaciones vaginales, hoy solemos abstenernos de ello, por prudencia, para no dar lugar á la penetración en el útero, bastante abierto aun, de gérmenes que sólo se hallan en la vagina. Únicamente al presentarse síntomas que nos indiquen la existencia de la infección será cuando podremos hacer no sólo irrigaciones vaginales sino intrauterinas, según la localización; en todo caso hay que tomar las medidas más rigurosas para que el agua esté perfectamente esterilizada así como el irrigador en que se contenga.

Un punto aun sujeto á discusión y á experimentación es el tratamiento por los sueros. Racional, sin duda alguna, todavía no se ha encontrado ninguno cuyos resultados sean constantemente satisfactorios. He empleado varias veces el antiestreptocócico: no he visto efectos de importancia. Confiamos, sin embargo, en el porvenir.

También he empleado algunos fermentos metálicos en inyecciones; el electrargol tampoco me da dado resultado. En cambio, el argirol, en un caso, pareció rebajar notable y definitivamente la fiebre; no basta un solo caso.

En resúmen: nuestra intervención en los partos ha de ser prudente, sin olvidar por esto el «occasio praeceps». La falta de intervención, si bien aleja el peligro de infección expone en cambio á peligros de otra índole, mayores á veces.

Cualquier manipulación debe hacerse después de haber tomado las mayores precauciones asépticas; procuraremos más bien evitar la infección que curarla una vez presentada. No nos contentaremos con lo que á nosotros personalmente se refiere sino que haremos lo posible para que todo lo demás coadyuve al mismo objeto; tal vez sea en obstetricia donde más claramente aparezca la verdad de lo afirmado por Hipócrates: *Oportet autem non modo se ipsum exhibere quae oportet facientem, sed etiam aegrum, et praesentes et externa.*

UN CASO MAS DE CEGUERA HISTERICA

POR EL

DR. PEDRO CALVO

Médico de Villarramiel (Palencia).

El hecho de constituir la amaurosis histérica una de las manifestaciones más raras y de más importancia dentro de esta gran neurosis que llamamos histerismo, los pocos casos que de esta afección han sido dados á conocer en nuestra literatura médica y el interés científico que me ha inspirado esta enferma, por ser la primera con que tropiezo dentro de mi práctica profesional, es lo que me mueve á publicar la historia clínica de la joven P. G. á la que asistí en virtud de mandamiento judicial.

A mis requerimientos refirió que al anochecer del día 7 de marzo del pasado año, y á consecuencia de una fuerte impresión originada por un susto, perdió el conocimiento y cayó al suelo de donde se levantó al poco rato, y fué recordando lentamente todo cuanto la había ocurrido; después de hacer las labores que su cargo de sirviente la imponían se acostó. Pasó la noche relativamente tranquila, pero por la mañana á la hora en que acostumbraba á levantarse, intentó hacerlo y quedó tristemente sorprendida al encontrarse rodeada de completa oscuridad, la que no consiguió hacer desaparecer apesar de encender una luz y de abrir la ventana.

De los antecedentes patológicos adquiridos sólo los familiares tienen algún interés clínico, pues la madre ha experimentado en distintas ocasiones la sensación de bola histerica y es de temperamento esencialmente nervioso; en cuanto á la enferma sólo recuerda haber sufrido un pequeño acceso convulsivo el día en que falleció su padre, única manifestación ostensible de esta neurosis.

Después de practicar el correspondiente examen con el médico de cabecera apreciamos: palidez del semblante, mirada vaga é indiferente con la falta de expresión característica en los enfermos que se ven privados de este sentido. Normalidad del aparato visual en su parte exterior, midriasis ligera, integridad funcional de las pupilas que reaccionan bien á las distintas variaciones luminosas y completa ceguera, aun para la luz más viva. El examen oftalmoscópico llevado á efecto por el Dr. Alvarado no reveló la existencia de lesión ó alteración material alguna ni en los medios refringentes ni en el fondo del ojo, con cuya observación completó la triada que Dieulafoy señala como sintomática de la amaurosis histerica. Como alteraciones sensitivas existían anestesia táctil, térmica y dolorosa en la cabeza, cuello, mitad del torax y hasta el codo en ambos brazos, en cuyas regiones la puntura con una alfiler apenas hace salir una gota de sangre, lo que demuestra la asociación á los trastornos sensitivos de los vaso-motores. No hay perturbaciones motoras ni trastorno alguno del sentido muscular, pero sí abolición del reflejo faríngeo y zona hiperestésica en la región del ovario izquierdo.

Como particularidades del estado general sólo acusaba ligero nervosismo, insomnio pertinaz, dolores vagos generalizados y quebrantamiento general.

Con tan elocuentes datos á la vista y de recorrer con la imaginación los diferentes procesos generales y locales que, como el desprendimiento, la embolia central y la hemorragia de la retina, procesos encefálicos, tóxicos ó infecciosos, etc., etc., así como las violencias traumáticas que pudieran dar lugar á la pérdida repentina y completa de la visión, tuvimos que abandonar el campo de las alteraciones orgánicas y buscar la causa de la ceguera en alguna perturbación esencialmente dinámica de los centros visuales, haciendo por exclusión el diagnóstico de amaurosis histérica bilateral monosintomática, apellidándola así por que hasta el momento presente, si exceptuamos el pequeño episodio ocurrido cuando la muerte de su padre, ningún fenómeno patológico que pusiera de manifiesto su constitución histérica había hecho su aparición.

Y no cabe duda ninguna respecto del diagnóstico, puesto que si bien es cierto que en el histerismo considerando sus síntomas ninguno tiene la representación patognomónica que fuera de desear, tanto en esta como en todas las enfermedades, sin embargo la existencia en conjunto de los estigmas histéricos bien comprobados hacen de esta enfermedad una entidad nosológica perfectamente determinada.

Tiene por lo tanto fácil explicación la génesis de esta afección, considerando que la enferma con tara hereditaria y fondo neurósico, al sufrir la impresión shock moral puso en evidencia su histerismo bajo la forma de trastornos sensitivos y vaso-motores, que quizá hubieran pasado desapercibidos si la anestesia de la retina, al privarla de la visión, no la hubiese obligado á reclamar nuestra asistencia.

Después de tranquilizar á la familia respecto al porvenir de la función visual, asegurándoles como dice Rouffinel que

el carácter distintivo de la amaurosis histérica es la curabilidad, la cual se realiza sin haberse curado el histerismo bajo cuya dependencia está, pusimos en práctica la sugestión hipnótica como tratamiento más eficaz en esta enfermedad, ayudándonos al mismo tiempo de las corrientes galvánicas y farádicas periféricas aplicadas á las regiones anestesiadas.

Doce días permaneció la enferma sumergida en tinieblas y durante los cuales, aparte del insomnio, nada hubo que llamase la atención, y veinte fueron en total necesarios para su curación completa. Establecióse ésta de un modo gradual, percibiendo primero algo de claridad, después objetos, con predilección los de color blanco, luego los amarillos, permaneciendo hasta el último día un estado discromatópsico para el verde y el azul.

La sensibilidad fué haciendo su aparición en forma de círculos concéntricos formados alrededor de un eje representado por el globo ocular y cuyo punto central fuese la retina, última parte que recobró la normalidad sensitiva.

Un año ha transcurrido desde que se completó la curación y no ha vuelto á presentarse ningún signo ni síntoma que puedan imputarse al histerismo.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE BASEDOW DE FORMA AGUDA

POR EL

DR. ANSELMO PANIAGUA

Médico de Venialbo (Zamora).

La enfermedad de Basedow ó bocio exoftálmico, denominaciones más usuales entre las muchas propuestas en la práctica médica para designar una entidad morbosa determinada, puede afectar como es sabido desde hace tiempo dos formas en su curso, una crónica que es la común y típica de la generalidad de los casos y otra aguda más rara que la anterior, pero cuya existencia fuera de duda, está comprobada por un buen número de observaciones citadas por muchos prácticos de autoridad reconocida é incontestable. Ahora bien; para los fines de una buena clínica, conviene no involucrar conceptos desemejantes, y ante todo se impone hacer una distinción rigurosa, entre las formas del bocio exoftálmico, que con propiedad pueden y deben llamarse agudas, de aquellas otras, que, con un síndrome inicial más ó menos brusco y aparatoso, en períodos posteriores de su curso, decrecen sus síntomas de su intensidad primitiva, para encauzarse en el curso ordinario y corriente de la inmensa mayoría de los casos de la enfermedad; éstas, en

contraposición á las anteriores, no pueden ni deben adjetivarse con las palabra de agudas.

Aun hay más: examinando la cuestión bajo otro punto de vista, ó sea el de poder llegar al establecimiento de un diagnóstico precoz de esta enfermedad, la literatura médica francesa sobre todo, ha tendido á perfeccionar la ya nutrida sintomatología de esta dolencia, con la adquisición de cierto número de síntomas secundarios ó complementarios, lo cual desde luego es muy loable atendidos los justos fines que se pretenden, siempre que no se incurra en exageraciones de interpretación, como por desgracia ha ocurrido, pues que con la apreciación desmedida de estos síntomas complementarios y con la exposición inoportuna en ocasiones de las denominadas formas frustradas, (cuya existencia es indiscutible pero no siempre) y de la enfermedad de Basedow secundaria, se ha dado como dice Kaus «á veces al concepto de la enfermedad una extensión demasiado grande perjudicando necesariamente este concepto», en una palabra se la ha desnaturalizado de vez en cuando.

Y al hacer mención de estos particulares, lo hago exclusivamente en atención, á las relaciones que en pro ó en contra pudieran guardar con el caso objeto de esta historia, pues desde luego no queriendo incurrir en exclusivismos no niego que en realidad en nuestra enferma, pudieran haber existido con antelación algunos trastornos basedowianos y así no empezar ciertamente su dolencia en la fecha indicada; sin embargo, aquellos no serían de entidad en tanto pasaron desapercibidos por completo para la enferma y sus deudos, y en cambio sí puedo garantizar en obsequio á la veracidad que debe servir de guía á toda clínica seria, que el comienzo de los fenómenos morbosos ostensibles y

tan graves que desarrollaron la escena mórbida, que puso fin á la vida de nuestra enferma, fué fulminante, per-agudo; que dichos trastornos páticos se presentaron á raíz de un ictus psíquico ó traumatismo moral deprimente, y que el período de tiempo mediado desde este episodio hasta el término fatal fué de 20 días.

Otra particularidad de este caso concreto, relacionada con los extremos arriba enunciados, es que en la enferma faltó, ó por lo menos no pudo comprobarse clínicamente, la existencia de uno de los tres síntomas capitales de su antigua triada, señalada por su principal descubridor, el médico de Merseburg, me refiero á la tumefacción bien congestiva, ó ya hiperplástica de la glándula tiroides ó sea el bocio; pero esta falta no es suficiente en mi sentir, para justificar que este caso pudiera incluirse entre las formas frustradas, y denominarle como tal; y me inclino de mejor grado, á que sólo debe concedérsela la significación de una contingencia, inherente á su curso tan agudo, pues es sabido por una parte, que el orden de aparición de los principales síntomas de esta enfermedad, por lo general no es simultáneo, sino más bien sucesivo, dando principio casi siempre al cuadro morbozo, los trastornos cardio-vasculares, y así, si nuestra enferma hubiera sobrevivido algún tiempo más, cabe en lo posible que al fin se hubiera desarrollado el bocio para completar aquél; y en efecto, las formas duras de bocio consecutivas á la hiperplasia de la tiroides, necesitan tiempo, como se supone desde luego para su formación; pero no es menos cierto que, aun las formas blandas del mismo, más bien congestivas y apreciables por auscultación sobre todo, tampoco se manifiestan clínicamente en todos los casos de curso tan rápido como el nuestro. A pesar de esto, es lo más

probable, que si nuestra enferma hubiera recaído en un gran centro, donde se acostumbra á necropsiar los cadáveres, por lo menos el examen histológico de la glándula, hubiera patentizado anormalidades de textura, que siendo la causa de un funcionalismo anormal de aquélla, diera buena cuenta de ciertos fenómenos morbosos, como dependientes de una autointoxicación consecutiva á tales anomalías, hechos sobre los cuales han insistido recientemente Murray y Kochev. Por otra parte existen también ciertas condiciones orgánico-individuales mal determinadas, en virtud de las cuales, en unos enfermos hacen su aparición primera determinada clase ó grupo de síntomas, y en otros diferentes otras.

El eximio Trousseau, uno de los acérrimos defensores de las formas frustradas del Graves' Disease, como lo atestigua condensando su manera de pensar en las frases, «la maladie existe, mais elle est fustre»; en sus lecciones de Clínica Médica del Hotel Dieu, nos presenta tres observaciones, para probar la irregularidad con que aparecen el bocio ó broncocele y el exorbitarismo ó exoftalmía en la enfermedad de Graves, y porque según él, explican la ausencia de uno de los síntomas principales, sin que por esto deje de existir el mal con todos sus demás caracteres. Y esto que tiene relación con las formas frustradas, absolutas ó mejor permanentes, puede asimismo tener aplicación con las que llamar pudiéramos formas frustradas temporales, ó sea con aquellas en que la ausencia de uno de los principales síntomas, no es absoluta y sí sólo relativa, es decir, debido al curso rápido de su efímera duración, por el cual no han tenido tiempo de computarse en todo el apogeo ó estadio de su cuadro sintomatológico; y así como en nuestra enferma faltó por la razón aducida el bocio, bien pudiera haber

ocurrido que éste hubiera existido y en cambio no hiciera su aparición la exoftalmía, la cual también aboga en favor de que por la corta duración de la enfermedad y debido á esto sólo su sintomatología se presentaba como abortada y no completa, la circunstancia que veremos en la parte expositiva de que la referida exoftalmía si bien evidente se presentaba en grados bastante moderados.

De todas maneras estos últimos conceptos los expongo como desposeídos de valor real, por la circunstancia de ser de apreciación propia ó personal y por el contrario lejos de mí toda idea de pedantesca confianza en mis propios juicios, no puedo menos de consignar que procuré que mi enferma fuera observada por competentes compañeros haciendo mención especial de mi ilustrado amigo y compañero el doctor Cañizo quien textualmente diagnosticó el caso en vista de sus caracteres clínicos de «Enfermedad de Basedow de forma aguda».

El caso en cuestión es pues el siguiente:

A. S. de 21 años, soltera, dedicada á las faenas domésticas, de temperamento linfático, constitución delicada y buen género de vida; entre su conmemorativo patológico resalta ante todo su gran propensión á la cloro-anemia con todas sus secuelas propias, así como el haber padecido según manifestaciones de la enferma un catarro del cuello de la vejiga por el cual fué sometida á varios tratamientos. La primera menstruación hizo sus albores á los 16 años y al igual que las consecutivas fué borrascosa con flujo catamenial poco abundante, descolorido y en general guardando correspondencia con su empobrecimiento orgánico.

Esta joven, á consecuencia de unas contrariedades amorosas, fué afectada el día 2 de marzo del ante último año,

de una intensa pasión de ánimo deprimente y víctima de esta idea fija pasional que obró en su decaído espíritu por espacio de dos meses, fué conducida por su profunda tristeza hasta las fronteras inmediatas de la melancolía, y como si esto no fuera suficiente, preparado así el terreno sufrió con posterioridad un grave disgusto consecutivo, de la misma naturaleza, que vino á ser la causa ocasional inmediata é indudable de su funesto padecimiento.

Consecutivamente á todo esto, dos ó tres días después, sintió un malestar indecible, consistente sobre todo en sensaciones penosas de angustia y opresión en la región precordial, con intensas, frecuentes y prolongadas crisis ó series de palpitaciones cardíacas, acompañadas de anhelo respiratorio y en general de un estado de nervosismo en su más alta expresión, con insomnio, sumo desasosiego y cefalalgia, si bien ésta moderada.

En esta situación ví por vez primera á la enferma, y al primer golpe de vista pude apreciar desde luego, una exoftalmía bilateral sensiblemente igual en ambos lados, que si bien evidente, no alcanzaba ni mucho menos á los grados extremos, sino por el contrario era moderada: los párpados ligeramente edematizados y el conjunto del semblante que revelaba cierta actitud de asombro y espanto, estaba en armonía con el estado de hiper-excitabilidad y angustia referidos, poseyendo así también una ligera coloración cianótica más acentuada en las proximidades de los orificios nasales, oculares y bucal ó sea en los puntos de costumbre.

La pulsé y aprecié una frecuencia inusitada y constante de los latidos de la radial, pudiendo contar hasta 160 y más pulsaciones al minuto: por lo demás el pulso en este período de la enfermedad era sorprendentemente lleno y resistente.

En reconocimientos detenidos que realicé con posterioridad, pude observar, á más de la comprobación de los mencionados síntomas, otros varios y en gran número, que asentaban en los diferentes aparatos orgánicos y de los que los principales eran los siguientes: Empezando por su supremacía corresponde el primer lugar á los del aparato circulatorio, y en efecto el examen de la región precordial demostraba á la simple inspección, un vigoroso latido localizado más visiblemente en la región del choque de la punta, con gran propulsión de la porción del espacio intercostal correspondiente; si bien el latido cardíaco difuso correspondiente al área del ventrículo izquierdo, era asimismo bastante más acentuado que lo normal; igualmente y en relación con esto, el movimiento expansivo de las carótidas era muy vivo y violento produciendo grandes sufrimientos subjetivos á la enferma; la palpación confirmaba estos datos y daba además más exacta cuenta de la frecuencia grande de los sístoles, de su amplitud y fuerza, de la mayor extensión del choque de la punta y de una sensación de trepidación en el foco aórtico; las carótidas se percibían bajo los dedos anchas y vibrantes; por percusión las zonas de matidez cardíaca tanto absolutas como las relativas resultaron con dimensiones mayores que lo normal; y por fin auscultando, se oía netamente un ruido de soplo en la punta con propagación ascendente al foco mitral y coetáneo de sístole ventricular, es decir, con todos los caracteres físicos de un ruido ó soplo de insuficiencia válvulo-mitral: siendo además continuo si bien aumentando ó disminuyendo de su intensidad según el estado de excitación nerviosa de la paciente, su actitud y demás condiciones que modifican los ruidos endocardiales. También en las carótidas se notaban ruidos de soplo sistólico.

Las demás arterias de cierto calibre y accesibles á la exploración digital ofrecían en sus pulsaciones caracteres análogos á los ya mencionados de la radial.

Como guardando relación sin duda con ciertos trastornos nerviosos de las paredes vasculares, la enferma presentaba un dermatografismo muy pronunciado.

La exploración en cambio de las glándulas tiroideas cuyas funciones guardan estrechos vínculos, sobre todo en la producción de ciertos síntomas de la enfermedad que tratamos, proporcionó datos completamente negativos, pues no pudo apreciarse hipertrofia alguna ni general ni localizada, ni pulsaciones de sus vasos, ni soplos á su nivel, en una palabra que la glándula por la observación clínica no presentaba anomalía ninguna, ni por decirlo así daba señales de existencia.

El aparato respiratorio también tomaba participación y no pequeña en el consenso patológico y además de la disnea subjetiva y objetiva de la enferma, disnea mucho más acentuada en ciertos períodos vinculados con los paroxismos de palpitaciones, se notaban como síntomas físicos una submatidez que abarcaba particularmente las partes postero-inferiores de ambos pulmones, así como la existencia de una abundante lluvia ó chisporroteo de burbujas, de carácter acústico diferente, unas grandes, otras medianas y pequeñas, así también secas como húmedas y por fin unas fijas y otras versátiles; en conclusión, fenómenos reveladores de una intensa congestión pulmonar los unos, así como de una acentuada bronquitis difusa concomitante los otros; la expectoración, de regular abundancia, estaba principalmente constituida por esputos muco-sanguinolentos (y aquí haremos observar que en los casos de enfermedad de Basedow no

complicados la expectoración es muy escasa, siendo la tos seca y de carácter nervioso) también se ofrecieron esputos verdaderamente hemorrágicos y relacionados probablemente con la propensión á las hemorragias frecuentes en esta enfermedad, y que se verifican unas veces bajo la forma de pneumorragia y otras por distintos órganos.

En el aparato digestivo: anorexia completa con repugnancia absoluta á toda clase de alimentos, en cambio la sed estaba exagerada, aquejaba la enferma de náuseas muy pertinaces seguidas á veces de vómitos de las sustancias ingeridas; dolores comprensivos en el epigastrio y exacerbados por la presión, lengua poco saburral y diarrea moderada; el hígado sobre todo en sus límites percutorios presentaba aumento de volumen, y por último el bazo estaba también agrandado en sus normales dimensiones.

El examen del aparato génito-urinario demostró poliuria hasta excretar de 2000 á 2500 gramos en veinticuatro horas de una orina incolora, poco densa, de aspecto acuoso, sin sedimento alguno y analizada por el calor y ácido nítrico precipitaba albúmina en cantidad regular. En el transcurso de su dolencia tuvo la enferma su menstruación como habitualmente, es decir con un flujo sanguíneo poco abundante y de mal aspecto y que, dicho sea de paso, no modificó ni favorable ni adversamente su lamentable estado.

Para terminar esta exposición de síntomas señalaré los relativos al sistema nervioso y alguno de sus aparatos de sensibilidad especial; y entre éstos hay que contar la excitabilidad morbosamente exagerada con cefalalgia é insomnio ya expuestos; la sensibilidad táctil en sus diversas formas no se presentaba modificada; los reflejos cutáneos pero sobre todo los profundos ó tendinosos aumentados, siendo más

ostensibles los del tendón rotuliano; había también hiperhidrosis generalizada pero más marcada en el rostro y manos; nada del temblor con los caracteres que le asignan Kahler y Marie y la parte moral muy afectada, resaltando la pusilaminidad y las tendencias melancólicas.

Entre los órganos sensoriales, las únicas manifestaciones dignas de mencionarse versaban sobre ciertos fenómenos oculares, á saber: gran ensanchamiento de la abertura palpebral que junto con la exoftalmía permitían apreciar de visu cierta porción de la membrana esclerótica por arriba y abajo del reborde corneal; existía el síntoma de Graefe: un ligero nistagmus, dilatación pupilar bilateral y en oposición al signo de Stellway presentaba mi enferma cierto parpadeo involuntario, de movimientos rápidos y de poca amplitud.

La enferma, durante el curso breve de su padecimiento tuvo períodos en que la temperatura orgánica tomada en el recto oscila entre 39° y más décimas, es decir que á juzgar por este dato existió la llamada fiebre bawse-downiana, muy distinta de la simple sensación de calor aumentada de estos enfermos.

Por razones fáciles de comprender tuvimos que renunciar á ciertos métodos exploratorios de importancia, no pudiendo en su virtud apreciar los valores galvanométricos de la resistencia de conductibilidad de la piel á la corriente galvánica (signo de Vigouroux) y muchísimo menos, (pues esta cuestión sólo es propia de la investigación del laboratorio) ó sea del resultado final de los cambios ó mutaciones materiales intra-orgánicas.

Por último, esta infortunada joven sucumbió víctima de su enfermedad á los 20 días de iniciarse aquélla, pues que el principio de todos los fenómenos morbosos relatados

tuvo lugar en la fecha próximamente del 6 de junio y la terminación por la muerte el día 26 del mismo mes.

De modo que el curso, atendida la marcha habitual de esta enfermedad, no pudo ser más agudo, siendo las causas más ostensibles de este funesto desenlace los trastornos cada vez más crecientes de asistolia ó insuficiencia miocárdica aguda y pudiendo comprobarse en este caso, por tanto, el principio de que los enfermos afectos de enfermedad de Basedow padecen principalmente por su corazón y mueren por este mismo órgano.

Bien claro se echa de ver de la exposición sintomato-lógica precedente, que nuestro caso historiado entre su abundante y variada colección de síntomas, presenta sin embargo cierto número de ellos que por su capital importancia descuellan entre los demás, hasta el punto de poder otorgárseles el calificativo de patognomónicos de una entidad ó si se quiere de un síndrome morboso determinado, y así, basándonos en el principal para el fin que perseguimos ó sea la taquicardia tan intensa y continua que presentaba la enferma, ya este síntoma por sí sólo nos proporciona una base sólida para fundamentar un diagnóstico de certeza; pero si á esto sobreañadimos ciertos síntomas oculares de nuestra enferma, como principalmente la exoftalmía y en orden más subalterno el signo de Graefe y demás citados, aquel juicio clínico llega á tal evidencia que toda diferenciación es innecesaria y por tanto inoportuna, para calificar el caso como perteneciente á la enfermedad de Basedow de forma aguda, ateniéndonos al breve plazo en que tan evidentemente se inició, siguió su curso é hizo su terminación.

Mas si á tal término, nos conducen dichos síntomas primordiales, en cambio resulta difícil en este caso particular,

unificar ciertos otros trastornos aquejados por nuestra enferma, para hacerlos depender ó mejor dimanar de una causa única, esto es de su enfermedad fundamental; y efectivamente, aunque se trate de una entidad morbosa como la de Basedow en la que la abundancia y heterogeneidad de sus manifestaciones sintomáticas secundarias ó más bien accidentales, le sea digámoslo así peculiar y característica, como lo prueba el gran número de teorías (las cuales pueden sintetizarse en tres grupos principales, hematógenas, tireógenas y neurógenas) emitidas para la explicación racional de sus síntomas, pues que unos de ellos encajan mejor haciéndoles derivar del concepto de una neurosis, al paso que el origen tireógeno de los otros no puede ponerse en duda; aun así y todo se impone en nuestra enferma colocar en lugar propio y distinto el cuadro morboso originado por su cardiopatía.

En efecto: los síntomas cardíacos físicos reveladores de una insuficiencia mitral, á los que suman los del aparato respiratorio esto es las condiciones tan desastrosas de la circulación pulmonar, probadas hasta la saciedad por las congestiones extáticas, los fenómenos de bronquitis acentuada y aun de ligero edema pulmonar, inherentes á aquel defecto valvular, hacen muy difícil interpretarlos concediéndoles la simple significación de meras modificaciones consecutivas á puros trastornos cardíacos bawsedowianos.

Pero por otra parte, aunque en principio nada se opone á la coexistencia de una cardiopatía orgánica con la enfermedad de Basedow, sin embargo es de advertir que en esta enferma los antecedentes de tal cardiopatía eran negativos en absoluto, y lo que es más todavía no se concibe lógicamente á juzgar por la experiencia, que un cardíaco pueda alcanzar un período tan avanzado de descompensación de su

lesión originaria, sin haber ofrecido en períodos anteriores más ó menos próximos señales ineludibles de la existencia de aquélla.

Por todo lo antedicho y aunque no con certeza sino con la idea de aproximarme más ó menos al fondo de esta cuestión, me inclino á admitir ó, lo que es mucho menos probable, que nuestra enferma fuera en realidad una cardíaca latente con lesión tan perfectamente compensada, que no sólo no la producía trastorno alguno, sino que con ella hubiera gozado bienestar largo tiempo pero que, al sumarse á aquella los nuevos trastornos cardíacos propios de su intercurrente enfermedad de Basedow, dieron ocasión á un rápido é inusitado desequilibrio de su lesión cardíaca primitiva; ó bien, lo que es más probable y me satisface más, que con motivo de la gran participación morbosa que el corazón toma en los bawsedowianos, estos fenómenos al recaer en un corazón debilitado de antemano por cualquier circunstancia, se convirtieron á su vez en nueva causa secundaria, para dar origen á una verdadera y prematura insuficiencia cardíaca de forma aguda y grave la que, como es sabido, determinando dilataciones extensas de las cavidades del órgano dió lugar entre otras perniciosas consecuencias, á una insuficiencia mitral aguda y relativa con todo su obligado cortejo de síntomas. Deponen asimismo en pro de esta insuficiencia aguda la coloración cianótica del semblante ya apuntada en la sintomatología y los edemás de las extremidades inferiores en mayor grado que lo que alcanzan de ordinario en la enfermedad de Basedow exenta de complicaciones y la hipertrofia.

Este es pues, en mi modo de pensar, el punto litigioso de la presente historia ó sea la interpretación de estos fenómenos cardíacos de nuestra enferma, que en unión del curso

agudísimo del padecimiento y de la falta de bocio á tal circunstancia inherente según mi opinión, constituyen tres caracteres típicos de la individualidad de este caso clínico.

La patogenia de los demás síntomas no tiene nada de insólita y explicada está en todas las obras clásicas de medicina interna.

En lo referente á terapéutica, por desgracia muy poco ó más bien nada pudo hacerse en obsequio de la enferma, á pesar de haber puesto á contribución todo los recursos indicados con arreglo á su estado y de los que pudiéramos disponer.

Así pues se reglamentó atentamente una buena higiene, procurando á la interesada el mayor reposo físico y moral en el lecho; fueron objeto de especial predilección las funciones del tubo digestivo suministrándola una alimentación sencilla y reparadora, predominando el régimen lácteo para reducir al mínimum las sustancias tóxicas y favorecer la eliminación renal.

En la administración de fármacos fuimos lo más parcós posibles, sin desatender por esto ciertas indicaciones unas vitales como procurar combatir la verdadera asistolia aguda por la digital y sus derivados así como por las inyecciones hipodérmicas de esparteina y cafeína; para luchar contra los paroxismos axfícticos producidos por los ataques de disnea y palpitaciones cardio-vasculares, se aplicaron bolsas con hielo en el cuello y región precordial y se practicó alguna que otra ligera emisión sanguínea local con sanguijuelas; otras indicaciones tuvieron por objeto mitigar ó corregir síntomas muy molestos y hasta alarmantes, como el nervosismo exagerado y el insomnio con los bromuros; para modificar la anemia se echó mano de los arsenicales.

Y por último, si hemos de supeditar todo ante nuestro propósito de ser veraces, no podremos ocultar que por falta de los medios adecuados al efecto, no pudimos tener la satisfacción de cumplir con una indicación si se quiere patogénica y disminuir la taquicardia recurriendo á la electrificación del simpático, bien por medio de la galvanización sub-aural del mismo, según el proceder de Chwstek ó en general empleando cualquier otro procedimiento electroterápico de los aconsejados.

Por los mismos motivos tuvimos que hacer caso omiso de las diversas medicaciones órgano-terápicas, y ni el recurso soberano según Moebius en esta enfermedad y que consiste en la administración interna del suero de carnero al que se ha privado previamente de la glándula tiroides, y con el cual según las investigaciones más recientes se han obtenido tan sorprendentes resultados que en muchos casos han podido evitar una terapéutica operatoria, ni tampoco con la prescripción de unas tabletas de tiroidina que en sustitución de aquél se formuló y que se recibieron ya tarde, pudimos hacer nada en beneficio de la enferma. En resumen, que la terapéutica ordinaria empleada en casos semejantes fué ineficaz, no sólo para detener la marcha avasalladora de mal, sino ni aun para producir remisión marcada de sus síntomas y que por desgracia los recursos preconizados como más heróicos no pudieron ponerse en planta por las razones poderosas del medio en que se ejerce y al cual no podemos en muchas ocasiones contrarrestar los médicos.

El haber omitido entre los medios de tratamiento, el lugar que corresponda, precisamente con más razón en los casos de marcha aguda, á las intervenciones quirúrgicas de más ó menos importancia y entre éstas con particular

mención la resección parcial de la glándula tiroides tan encomiada al parecer con justicia en estos días en esta enfermedad, no significa ni olvido ni menosprecio de estos importantes recursos, sino sencillamente que teniendo presentes las condiciones tan deplorables de la enferma, sobre todo por lo que atañe á su cardiopatía aguda, consideramos, en virtud de estas razones dignas de tomar en consideración, como una insensata temeridad entregar en manos del cirujano á nuestra doliente, pues casi seguramente el resultado hubiera sido tan funesto como la terminación natural que tuvo su enfermedad.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

Mecanismo de la secreción pancreática. Conferencia dada por M. Hustin en el Laboratorio de los Institutos del parque Leopoldo, (*Journal Médical de Bruxelles*, núm. 15, 1912).

Desde que fueron conocidos los estudios de Bayliss y Starling, se sabía que era posible provocar la secreción de jugo pancreático inyectando en las venas de un animal, una maceración ácida de mucosa duodeno-yeyunal. Se ha llamado *secretina* á la sustancia activa de esta maceración. Para estudiar la acción de la secretina, el autor ha empleado el método de las circulaciones artificiales, que consiste en extraer el páncreas á un animal, sumergir la glándula en un baño de parafina é irrigarla con líquidos que penetren por una cánula introducida en la arteria pancreático-duodenal y que salgan por otra cánula colocada en la vena porta; el jugo del páncreas se recoge por medio de una tercera cánula introducida en el conducto pancreático principal.

Sirviéndose de esta técnica ha establecido Hustin los cuatro hechos siguientes: 1.º Cuando al través del páncreas se hace pasar suero fisiológico de Locke, no hay secreción; 2.º tampoco la hay si se hace pasar sangre sola; 3.º el resultado es también negativo cuando se inyecta solamente secretina; 4.º hay secreción abundante si se hace pasar una mezcla de sangre y de secretina, siendo claro el líquido que se obtiene y encontrándose en él tripsina, lipasa y amilasa.

Tratando de averiguar las propiedades de las sustancias sanguíneas que permitían al páncreas segregar en presencia de la secretina, pudo determinar que tanto los glóbulos lavados como el suero, unidos á la secretina daban lugar á la secreción; pero en tanto que con los hematíes cesaba la salida de jugo pancreático

á los cuarenta minutos, persistía por tres ó cuatro horas cuando se inyectaba la sangre completa. Las sustancias secretógenas de la sangre destrúyense calentando ésta á 56°. Después de pasar por el páncreas, desaparecen en absoluto. No están constituidas por los lipoides de la sangre y no son análogas á las lecitinas, porque la adición de estas sustancias á la secretina no provoca secreción pancreática.

Examinando las propiedades de la secretina, se comprueba que esta sustancia desaparece al pasar al través de la glándula é impregna la célula pancreática haciéndola sensible á la acción de las sustancias contenidas en la sangre.

Un tercer factor es indispensable para que se produzca la secreción: los electrolitos, principalmente el calcio. Los líquidos sanguíneos que contienen secretina, pero en los cuales se ha precipitado el calcio, son incapaces de hacer segregarse al páncreas. El mismo efecto impediendo se determina con la adición de citrato sódico que como se sabe, detiene la acción de ciertos fermentos.

En resumen, se comprueba que la célula pancreática tiene necesidad, para segregarse, de la reunión de tres elementos que son: la *secretina*, *ciertas sustancias de la sangre* y *los electrolitos*; bastando la ausencia de uno solo de estos elementos para que la secreción no se produzca.

Estos fenómenos tienen cierta analogía con los que se observan en la acción de ciertos fermentos sobre la hemolisis y la bacteriolisis. Se sabe que la tripsina no puede digerir la albúmina más que en presencia de la enteroquinasa y del calcio; se sabe también que la hemolisis no se produce sino por la acción simultánea de la alexina, de la sensibilizadora y de electrolitos.

Terapéutica del cólera. En la sesión celebrada el 8 de mayo último en la Sociedad de Terapéutica de París, recomendó M. Consoli el tratamiento yodado en el cólera, con cuyo tratamiento ha obtenido un 63 por 100 de curaciones en el lazareto de Boiana.

El yodo, por sus propiedades antieméticas, antidiarréicas y bactericidas, parecía muy indicado en esta enfermedad. Se empleó un líquido compuesto de 50 gotas de tintura de yodo en un litro de agua, del que se administraban, *per ore*, unos 300 gramos diarios. También se hacían lavados intestinales con un litro de

esta solución yodada á 39 ó 40°. Se ha continuado el tratamiento por la vía gástrica, en dosis decrecientes hasta llegar á 4 ó 6 gotas en la convalecencia.

También el personal del lazareto tomaba el líquido yodado por vía preventiva.

Con este tratamiento cesan los vómitos, disminuye la diarrea, se amortiguan los dolores cólicos y el estado general se mejora.

Como medios auxiliares ó ayudantes ha usado Consoli los siguientes: inyecciones subcutáneas ó intravenosas de suero fisiológico á 37° para reparar las pérdidas líquidas; baños calientes prolongados contra los calambres y la algidez; inyecciones de aceite alcanforado, de cafeína, de éter sulfúrico, de esparteína, de digalena y de adrenalina cuando existe colapso cardíaco; quinina y estricnina contra los trastornos nerviosos, sanguijuelas en las sienes y vejigas de hielo en la cabeza al iniciarse congestiones cerebrales; pilocarpina, cafeína, sangría é inyecciones de suero contra la anuria; por último fricciones con aguardiente alcanforado y envolturas algodónadas, en la algidez.

CAMALEÑO

Un nuevo procedimiento práctico de depuración de las aguas potables, por G. Lambert. (*Annal. d'hygiène et de méd. colón.* núm. 1, 1912).

Teniendo en cuenta el importante papel que el agua juega como vehículo de muchos microbios patógenos, se comprende el esfuerzo que constantemente hacen los higienistas para buscar los medios de suministrar agua perfectamente estéril é incapaz, por consiguiente, de ser agente de difusión de peligrosas enfermedades.

El autor, farmacéutico de las tropas coloniales, después de numerosas y metódicas investigaciones efectuadas en el laboratorio de Libreville, ha encontrado un procedimiento práctico y económico de purificación higiénica del agua potable. Este procedimiento se basa en los métodos de empleo del permanganato potásico. En todos ellos, después de la acción del permanganato, se elimina el exceso de éste usando algún agente reductor.

Experiencias ejecutadas en el Instituto Pasteur de Lille, demostraron que la esterilización no se consigue mientras la dosis de permanganato no llegue á seis centigramos por litro de agua. Sólo así se llegan á destruir los bacilos más peligrosos, como el de

Eberth. La esterilización es completa cuando en la solución permangánica, ya relativamente estéril, se provoca la formación de un precipitado de manganeso.

La técnica recomendada por Lambert es la siguiente:

El polvo depurativo se compone de sesenta gramos de *permanganato potásico*, cincuenta de *bióxido de manganeso* y trescientos noventa de *talco en polvo*. Se toma de este polvo la cantidad necesaria para el número de litros de agua que se quiere esterilizar, á razón de seis centigramos de permanganato por litro.

El líquido reductor es una solución acuosa saturada de *hiposulfito de sosa* con una pequeñísima cantidad de *subnitrito de bismuto*, que se tendrá en un frasco cuenta-gotas. El subnitrito de bismuto sirve de antiséptico que impide el desenvolvimiento de gérmenes en el licor de hiposulfito.

Se deja obrar primero sobre el agua el polvo depurativo por diez á treinta minutos, después se añaden dos gotas de la solución reductora por cada seis centigramos de permanganato usados; pasados unos instantes se agita con fuerza, se deja depositar el precipitado y por último se filtra por un filtro cualquiera, provisto de un poco de algodón hidrófilo ó de papel de filtro.

El precio de coste no llega á un céntimo por cada diez litros de agua depurada, incolora y perfectamente límpida.

El método es, como se ve, recomendable por lo fácil y económico, para todos aquellos sitios en que el agua para beber inspira poca confianza.

Cuando el agua es turbia ó mal oliente será preciso triplicar la dosis indicada, para su purificación.

La aspergilosis pulmonar; por el Dr. García Triviño, (*Revista Ibero-americana de Ciencias Médicas*, mayo, 1912).

La aspergilosis pulmonar ó pseudo tuberculosis aspergilar ó aspergilomicosis es una entidad morbosa, que presenta grandes analogías anatómicas y sintomáticas con la tuberculosis y que precisa una observación detenida del enfermo, ya que el pronóstico y tratamiento son muy distintos.

Es la pseudotuberculosis aspergilar una micosis producida por un hongo de la familia de las Perisporiáceas, el *aspergillus fumigatus*, cultivable en la papilla de pan, y cuyos esporos germinan fácilmente en el líquido de Raulin á temperatura de 37°; su acción

patógena es perfectamente demostrable en el conejillo de Indias, que sucumbe á los cuatro ó cinco días de verificada la inyección, dato de interés si tenemos en cuenta que el *aspergillus niger* y el *aspergillus glaucus*, pertenecientes á la misma familia, son inofensivos.

El *aspergillus fumigatus* se encuentra preferentemente en la superficie de ciertas semillas y harinas, siendo, en su consecuencia, aquellos que por su profesión manejan dichos productos (cebadores de pichones, cardadores de pelo, molineros, tratantes en granos, labradores, etc.), los que más fácilmente pueden contraer la enfermedad.

Parece, sin embargo, probable, que en la mayoría de los casos el aspergilo no se desarrolla sino secundariamente en un terreno preparado por anteriores bronquitis, bronquiectasias, gangrena, cáncer, etc., aunque hay autores que mencionan la existencia de una aspergilosis primitiva é independiente de toda otra afección broncopulmonar.

Síntomas.—Es, en ocasiones, una hemoptisis más ó menos cuantiosa, la que bruscamente anuncia el comienzo de la enfermedad, hemoptisis rara vez única, que sobresalta al enfermo y que despista al práctico que renuncie á la colaboración de otros elementos de diagnóstico. La tos, la disnea, cuyas exacerbaciones nocturnas hacen pensar en el asma; la expectoración verdosa, la fiebre vespertina, la anorexia y la sensación de laxitud ó quebrantamiento general, son otros tantos síntomas frecuentes que más contribuyen á confundir que á poner en claro el diagnóstico preciso, y que, unidos á los signos de induración de los vértices que mediante la auscultación llegamos á comprobar, justifican sobradamente las perplejidades diagnósticas que suscitan.

Diagnóstico.—La determinación del micelio en los esputos por medio de la solución acuosa de safranina, ó mejor todavía, con la coloración con tionina, es el primer medio de investigación que empezará á ilustrarnos con visos de certeza, puesto que denuncia el micelio del hongo; mas hace falta todavía cerciorarse de que este micelio es aspergilar y no de otra naturaleza, para lo cual se precisa efectuar la siembra en el líquido de Raulin, á la temperatura de 37°, y si hay aspergilosis, desde el segundo día, según Diulafoy y Dopter, se percibirán filamentos que se elevan del esputo sembrado á la superficie, la cual en breve quedará cubierta por una tenue capa blanca de aspecto aterciopelado, que se transforma en negro, y se llena de esporos verdosos. Compruébese la

acción patógena anteriormente citada, en el conejo, y demuéstrase la ausencia de bacilos de Koch en los esputos por el método de la antiformina practicado por Hulenhuth que, combinado con el de Ziehl-Neelsen ó el de Gabbet, excluirá la idea de tuberculosis, y el diagnóstico de aspergilosis pulmonar quedará confirmado y sancionado como realidad clínica evidente.

Pronóstico.—El pronóstico, según Lenhartz, se somete al padecimiento fundamental, si bien es probable que éste puede ser influido desfavorablemente por la micosis; los casos, sin embargo, de aspergilosis primitiva parecen presentar un pronóstico menos grave, puesto que sus lesiones no progresan como las de la tuberculosis, y se puede llegar á una curación definitiva por regresión de las lesiones.

Tratamiento.—La sobrealimentación, la buena higiene y el reposo parecen ser los elementos terapéuticos fundamentales que se precisan instituir, sin perjuicio del tratamiento sintomático que contra la hemoptisis, la bronquitis concomitante, la disnea, etc., tengamos que emplear. El yoduro de potasio, el arsénico y, en ocasiones, la mascarilla de Curschmann, nos prestarán á veces beneficios estimables, si bien en tanto no hayamos llegado al descubrimiento del tratamiento específico, desgraciadamente aun sin conocer, nada, ó muy poco, conseguiremos, puesto que no podemos actuar directamente sobre las lesiones, ideal terapéutico al que todos debemos aspirar.

Tratamiento del mal de Pott, por Rollier, (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 de mayo de 1912).

En sesión celebrada el 29 de febrero del año actual por la Sociedad de médicos de Leysin, expuso el autor el tratamiento recomendado por él contra el mal de Pott, que suprime la permanencia en cama y el empleo de corsés enyesados.

Se inmoviliza la región enferma por medio de una faja ó justillo. De noche, el paciente adopta el decúbito dorsal; de día, el vertebral, posición fisiológica por excelencia, que permite obtener, por aumento progresivo de la lordosis, la corrección de gibosidades muy acentuadas.

El tratamiento permite el libre contacto del aire y del sol con la piel, favorece considerablemente el desenvolvimiento de la musculatura y de los ligamentos y contribuye de este modo á

la formación de un corsé muscular y ligamentoso, que sostiene al esqueleto mucho mejor que todos los aparatos enyesados. La inmovilización en decúbito, asociada á la helioterapia, es mantenida hasta la comprobación radiográfica de una curación completa.

Sólo entonces es cuando puede autorizarse el empleo de un corsé de celuloide, amovible, que permita al enfermo continuar la cura al sol y al aire.

El autor presentó siete enfermos de mal de Pott curados sin joroba; en dos de ellos se reabsorbieron espontáneamente voluminosos abscesos.

CUADRADO

Sobre una enfermedad infecciosa caracterizada por ictericia y síndrome meníngeo; por G. Guillain, (*Paris medical*, 1.º junio 1912).

En 1910 Guillain y Carlos Richet (hijo), llamaron la atención sobre una afección especialmente caracterizada por ictericia con síndrome meníngeo, afección no comprendida en el cuadro nosológico de las enfermedades del hígado ni en el de las enfermedades meníngeas. Les fué fácil convencerse, rebuscando en la literatura médica extranjera, que en los escritos consagrados á las enfermedades del hígado no se mencionaba la asociación posible de un síndrome meníngeo á una ictericia infecciosa, ni en los dedicados á las meningitis se señalaba la coexistencia de la ictericia con aquélla. En el verano de 1910 observaron cuatro enfermos con infección en los que se asociaban ambos síndromes; les relacionaron á una misma forma clínica, y del estudio de ellos, como el de los, más adelante, observados por Laubry, Foy, Paryu y otros, da Guillain la siguiente descripción.

El principio de la enfermedad es, en general, brusco y se caracteriza por cefalea más ó menos violenta, raquialgia, laxitud, vómitos y elevación térmica. En el período de estado sobresalen dos órdenes de síntomas: meníngeos y hepáticos, añadiéndose á tales signos primordiales otros, urinarios, digestivos y cardíacos.

El síndrome meníngeo se caracteriza clínicamente por cefalea, frecuentemente muy violenta, signo de Kernig, contracción de la nuca, nistagmus y raya vaso-motora. En las observaciones de Guillain y Richet se notó la disminución ó abolición de los reflejos

rotulianos, sin que apreciaran nunca parálisis. En una observación de Widal, Lemierre, Cotoni y Kindberg parecía que los reflejos de los miembros superiores eran perezosos; en otra de los mismos autores los reflejos estaban disminuídos en el enfermo de Fiessinger y Sourdél no hubo modificación de los reflejos; y en un caso de Laubry y Parvu los rotulianos estaban exagerados. La punción lumbar permite comprobar hipertensión del líquido céfalo-raquídeo, que es claro, algunas veces con aumento de albúmina, siempre con reacción nuclear evidente, polinuclear y linfocitaria; los polinucleares, más ó menos alterados, desaparecen rápidamente y son reemplazados por linfocitos. La reacción meníngea puede persistir muchas semanas. En uno de los enfermos ni por coloración directa, ni por siembras en medios ana y aerobios, pudieron descubrirse bacilos en líquido céfalo-raquídeo. Este líquido inoculado al ratón, al conejo, al cobayo y también bajo la duramadre de un mono quedó inactivo. Noël, Fiessinger y Sourdél obtuvieron por cultivo de la sangre y del céfalo-raquídeo un bacilo delgado poco movable, que no se impregnaba del Gram, no pudo ser sembrado en ningún medio y era de débil vitalidad, por lo que dichos investigadores, con muy justificada prudencia, no aceptan la acción patógena de tal bacilo, cuya naturaleza exacta se desconoce.

La ictericia se presenta, en general, con los caracteres de ictericia infecciosa benigna. Ictericia bastante intensa con decoloración de las masas fecales, con colemia y coluria, que dura algunos días y desaparece con rapidez. Sin duda hematógena no fué ictericia hemolítica, sino ictericia por retención, ó mejor con retención. Así en los primeros casos de Guillain; en los de otros observadores ya la ictericia no se acompañó de decoloración de las materias fecales, ya había decoloración fecal con coluria, ya sólo se trató de subictericia con pigmentos anormales en las orinas que no duró más que 48 horas en el momento del período más agudo de los accidentes. En la observación de Fiessinger y Sourdél, la ictericia fué más grave; hubo púrpura y cambios de la coagulación sanguínea (retardo de coagulación é irretractilidad del coágulo); este enfermo tuvo una hepatitis infecciosa masiva, vecina de la ictericia grave; curó, sin embargo, rápidamente, como los enfermos cuya ictericia fué menos seria. Es de notar que en el caso de Massary, al contrario que en las demás observaciones, fué la ictericia el primer síntoma observado y cuando era de esperar la convalecencia aparecieron los fenómenos meníngeos.

La fiebre es constante, con ascenso rápido á 39°-40°, con defervescencia progresiva hacia la temperatura normal en seis ú ocho días. El herpes se presentó en muchos casos.

El examen hematológico demostró, con frecuencia, una leucocitosis ligera por polinucleares neutrófilos (próximamente de 20 á 30.000 leucocitos, 80 á 90 por 100 de polinucleares). Faltaban hematíes granulados, era normal la resistencia globular y no se descubrió en la sangre ni auto hemolisina ni heterohemolisina.

En los enfermos de Guillain, siempre se apreció albuminuria, si bien fué transitoria y existía un ligero disco de albúmina en el caso de Fiessinger y Sourdél.

En uno de los enfermos de Guillain, los trastornos cardíacos al principio de la enfermedad fueron graves: mucha palidez, profunda astenia con tendencia sincopal; embriocardia, con taquicardia muy pronunciada y presión arterial muy baja. La hipotensión arterial parece ser frecuente en todos los casos: la astenia depende, acaso, de trastornos de las cápsulas suprarrenales.

Al comenzar la enfermedad el estado general puede tener las más graves apariencias (aspecto tífico, hipertermia y signos meníngeos); pero rápidamente mejora. Todos los enfermos curaron sin ninguna complicación visceral y sin secuelas nerviosas, y se puede presentar recaída ligera, sin gravedad, al cabo de algunos días.

El pronóstico de esta enfermedad parece ser benigno; sin embargo, en uno de los enfermos de Guillain, fueron muy alarmantes los trastornos cardíacos de origen bulbar ó miocárdico y hubieran podido terminar por síncope mortal; en el enfermo de Fiessinger y Sourdél, los síntomas hepáticos fueron graves.

El diagnóstico de la «ictericia con síndrome meníngeo» es fácil cuando se conoce la existencia de esta forma clínica especial y puede hacerse con certeza en el período de estado cuando coexisten los síndromes ictericos y meníngeos.

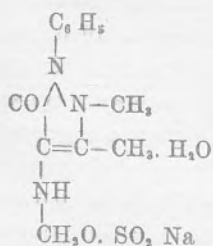
Respecto á la etiología y al lugar nosográfico de la afección descrita por Guillain dice éste; que ataca á individuos de 18 á 30 años, todos varones; que no se trata de casos frustrados de meningitis cerebro-espinal de meningococos, ni de poliomiélitis, que parece contagiosa y que la infección que la determina parece ser una septicemia que puede lesionar el corazón, los riñones y cápsulas suprarrenales, pero con determinación electiva de trastornos sobre el hígado y meninges, que en apariencia graves terminan por curación.

La enfermedad puede curar sin medicamento. La punción lumbar es útil para disminuir la hipertensión, para sustraer líquido céfalo-raquídeo sin duda nocivo para el neuro-eje y para modificar la circulación meníngea. La urotropina, el benzoato y salicilato de sosa, la aspirina, las sales de quinina y el calomelano pueden emplearse por su acción sobre la infección general como por la particular sobre la localización hepática. Ofrecen ventajas reales las irrigaciones rectales durante la fase icterica y la adrenalina ofrecerá grandes ventajas en los hipotensos que parecen tener trastornos de las glándulas suprarrenales.

VALDIVIESO

FARMACIA Y MATERIA MÉDICA

La fenildimetilpirazonaminometilsulfito de sosa, (*Nouv. Rem.* 1912, p. 121).—Este nuevo antiséptico analgésico es un producto de síntesis que responde en su constitución á la formula



y ofrece como principales propiedades las de fundirse á la temperatura de 231°, ser soluble en el agua fría en la proporción de 1 por 1 é insoluble en los disolventes orgánicos, excepto en los alcoholes, de los que el etílico absoluto disuelve muy poco y el metílico 1 en 10.

De los estudios farmacodinámicos realizados por los doctores Straud de Fribourg-en-Brisgau, Biberfeld de Breslau y Loening de Halle, resulta que á la dosis de 1 gramo ejerce una acción antipirética muy marcada de curso lento de 1° á 1°,5 sin producción de fenómenos secundarios: en los casos graves' de reumatismo articular tiene la misma acción específica que el ácido salicílico y no origina, en casos de administración á dosis elevadas, ninguna intoxicación. El efecto, manifiéstase por descenso sensible de la temperatura, disminución del dolor y desaparición de fenómenos inflamatorios. Este medicamento, del que su acción se

ejerce con dosis de 0,50, puede administrarse hasta la de 8-10 gramos por día y llenando las indicaciones propias de la antipirina y del ácido salicílico sin los inconvenientes inherentes á estos cuerpos y las del ácido acetilsalicílico en sus aplicaciones á altas dosis y en tratamiento prolongado.

El Dr. Loening administra un gramo de este cuerpo; como febrífugo, en la neumonía, fiebre tifoidea, influenza, etc., como antineurálgico en los casos graves de reumatismo articular y ciática en que á veces llega á los 10 gramos por día sin observar nunca intoxicación, anormalidad en la composición de la orina, ni acción perjudicial sobre el riñón y sin que en individuos con degeneraciones orgánicas manifiestas y con los sistemas circulatorio y respiratorio enfermos, produzca efectos secundarios é intolerancia

Terminol, (*Nouv. Rem.* 1912, p. 127). Pomada conteniendo 5 por 100 de citrato de cobre finamente dividido al que sirve de vector una mezcla de alapurina y vaselina. Este preparado se encuentra en el comercio en tubos de 30 gramos y según el Doctor Guinert es muy eficaz en el tratamiento del tracoma y de la conjuntivitis folicular tracomatosa.

Zebromal, (*Journ. de Pharm. et de Chimie*, 1912, n.º 9, 1.º sem.) Es el éter etílico del ácido dibromocinámico, que insoluble en el agua, soluble en el alcohol, éter y cloroformo contiene 45 por 100 de bromo.

Su ingestión no produce efectos secundarios y origina en la sangre aumento de la proporción de bromo y disminución de la de cloro.

Preséntase en el comercio en forma de tabletas de las que á la dosis de 2 por día dá buenos resultados en la epilepsia débil; en casos más graves se administran de 4 á 7 tabletas juntamente con un poco de bromuros alcalinos.

Rodalcíola, por el Dr. Nerking. (*Apt. Ztg.* 1912-192). En las caries dentaria la saliva no contiene sulfocianatos alcalinos, en tanto que la saliva normal encierra de 0,003 á 0,010 por 100 de dichos cuerpos y de aquí que algunos experimentadores empleasen en las caries dentarias el sulfocianato sódico, como así también en casos de arteriosclerosis, cálculos, tabes, gota, etc., pero como el empleo de dicho compuesto encierra el peligro de una intoxicación por liberación, bajo la acción del jugo gástrico ó la acidez de la saliva, de ácido sulfocianico, Nerking, para evitar este inconveniente propone el empleo de una preparación de derivado sulfocianico á base de sustancias protéicas no descomponibles por

los ácidos débiles á la que denomina *Rodalciola* y que bajo la forma de tabletas de 0,25 gramos de peso, contiene, término medio, 0,048 gramos de ácido sulfocianico combinado.

Este medicamento, que debe conservarse fuera de la acción del aire y de la luz, se tomará después de la comida, cuando la digestión comienza y evitando el uso de ácidos minerales.

No es incompatible con los ferruginosos.

Aceites conteniendo mercurio coloidal, (*Pharm. Zgt.* 1911, p. 962).—Para preparar estos aceites, se calientan sales de mercurio, el cloruro-mercúrico, por ejemplo, con aceites conteniendo gliceridos de ácidos grasos incompletos (aceite de adormideras, linaza, etc.), y de este modo una parte de la sal mercúrica se reduce, y el mercurio reducido afecta la forma coloidal comunicando al aceite la coloración especial del mercurio coloide. El producto, purificado por disolución en el éter, lavados al agua, y calefacción para eliminar el éter, constituye un líquido pardo negruzco.

Hé aquí un método operatorio de preparación del aceite mercurial de adormideras; se calienta á fuego desnudo, durante 20 minutos, 100 partes de aceite de adormideras con 5 gramos de sublimado; se disuelve el aceite en el éter, se lava al agua y después la disolución etérea se deseca por medio del sulfato de sodio anhidro, para terminar eliminando el éter por el calor. Sus aplicaciones, las habituales de las preparaciones mercuriales.

Codéonal, por el Dr. Bachem. (*Apt. Ztg.* 1912, p. 115). Es una mezcla respondiendo á la composición siguiente:

Dietilbarbiturato de codeína. . .	11,76	por 100
» » sodio. . .	88,24	» »

y que bajo forma de tabletas recubiertas de una capa de azúcar ligeramente aromatizada por la esencia menta, contiene 0,2 gramos del derivado de codeína y 0,15 del compuesto sódico.

Este medicamento es un buen sedante, como así también un narcótico en el cual las propiedades de la codeína y del veronal son completamente utilizadas: su uso no ofrece, según el Doctor Bachem, ningún inconveniente.

F. DOMENECH

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Perforación del útero en el curso de un raspado, por Aubert. (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande*, 1912, pág. 350).

Mujer de 22 años, cuyo útero fué perforado en el curso de un raspado hecho por aborto. Había en la vulva un trozo de epiplón. Útero en anteflexión, y con una rasgadura en su pared anterior. Hecha la laparotomía se ven restos del traumatismo en el peritoneo parietal: en la pequeña pelvis un poco de sangre. En la pared anterior, por debajo del repliegue vésico-uterino, se encuentra una perforación del tamaño de una moneda de dos francos, de bordes cortados.

Aubert practica la histerectomía y conserva el ovario derecho, reduciendo la parte de epiplón que había caído en la vulva. Taponamiento Mikulicz. Curación.

Influencia de diversas secreciones internas sobre la aptitud para la fecundación, por Perrin y Remy. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 12 enero 1912, pág. 42).

Para estudiar la influencia de distintas secreciones internas sobre el organismo femenino, antes, durante y después de la gestación, M. Remy, siguiendo los consejos de M. Perrin, ha sometido varias series de conejos á inyecciones de tiroides, hipófisis, glándula suprarrenal y glándula mamaria.

Sus conclusiones, sin que aún sean definitivas, son las siguientes:

I. Diversas glándulas de secreción interna tienen influencia sobre la *aptitud de la primera fecundación*, acción favorable unos (tiroides) y retardante ó impediendo otros (mamaria).

II. En cuanto á los animales de más edad que habían recibido inyecciones desde hacía mucho tiempo, parece que los efectos obtenidos son los siguientes:

- 1.º Los hipertiroideados son siempre fecundados fácilmente.
- 2.º Los hiperhipofisados aceptan el macho, pero no son fecundados sino rara vez.
- 3.º Los hipersuprarrenalizados son fecundados, pero la gestación no evoluciona ordinariamente hasta término, siendo tanto más perturbada cuanto mayor sea la cantidad de suprarrenal inyectada.

4.º Las hembras inyectadas con glándula mamaria no pueden ser fecundadas; es siempre preciso, cualquiera que sea su edad, dejar transcurrir unos 15 días sin inyecciones antes de que la hembra sea fecundada.

III. En los casos en que ciertas hembras reciben sucesivamente inyecciones de distintas glándulas, se observa sólo la acción de la última inyectada, á condición de que ésta se haya hecho durante 15 días, por lo menos, y de que el animal esté bajo su influencia.

Sin embargo ciertos extractos orgánicos parecen ejercer su acción muy rápidamente: p. ej. las inyecciones de cuerpo tiroides, cuando reemplazan á los de hipófisis, hacen á la hembra susceptible de ser fecundada, casi inmediatamente.

Por el contrario, la hipófisis no neutraliza sino lentamente los efectos favorables del cuerpo tiroides.

Dos casos de tuberculosis miliar con meningitis tuberculosa, en relación con el trabajo del parto, por César Decio. (*Annali di Ostetricia e ginecologie*, marzo 1912).

De dos observaciones, que describe, el autor deduce que: en todos los casos en que la tuberculosis complica el embarazo, el pronóstico debe ser siempre reservado, hasta en los casos en que las lesiones pulmonares son muy ligeras y el embarazo evoluciona normalmente, pues aun en ellos el trabajo del parto constituye un inconveniente del que es posible, si no probable, ver derivar grandes daños para la vida de la parturiente.

Dice que la posibilidad de la generalización de una lesión tuberculosa circunscrita del pulmón ó de la pleura, con ocasión del parto, debe ser tomada en seria consideración, más aún que hasta aquí, en el momento de formular el pronóstico, en todos los casos en que la tuberculosis complica el embarazo.

De la punción vaginal en el tratamiento de los quistes del ovario, previo el curso del trabajo, por M. Lepage. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mayo 1912).

Se trata de una primípara, en la que un tumor poco voluminoso, situado en la escavación se oponía al encaje de la cabeza fetal en las últimas semanas del embarazo, y no parecía reducible. La exploración, hecha de nuevo al principio del parto, demuestra

al autor que el tumor sería un obstáculo para el descenso de la cabeza y para la salida del feto. Prefiere á la ablación del quiste por vía abdominal, una simple punción del mismo, con un trocar fino del aparato Potain, hecha al nivel de la pared vaginal, un poco á la derecha de la línea media, á 5 centímetros de la vulva, dando salida á 350 gramos de líquido. Parto y puerperio normales: feto vivo.

Con motivo de dicha observación hace el autor un estudio completo acerca del tratamiento de los quistes del ovario en el enfermo. Dice que la ovariectomía debe conservar el primer lugar, pero que á su lado debe reservarse un pequeño lugar en la terapéutica obstétrica á la punción de los quistes en el curso del trabajo.

Termina diciendo: la punción no es peligrosa si se hace con trocar fino y después de percutir el tumor: no es insuficiente puesto que permite el parto con hijo vivo, sin tener que recurrir á una intervención peligrosa y difícil de practicar, sino se cuenta con las condiciones de una buena instalación, necesarias para hacer con seguridad una laparotomía.

En resumen: si la intervención por vía abdominal está casi siempre indicada para los quistes del ovario en el embarazo, no se deben olvidar los servicios que puede prestar la punción del quiste, sobre todo en una mujer en el momento del trabajo, suprimiendo la causa de la distocia y haciendo posible el parto por las vías naturales.

Esta intervención parece sobre todo legítima, en los casos de quistes del ovario situados bajos, en la vagina y que tienen trazas de ser quistes paraováricos.

De las modificaciones histológicas de los tejidos uterinos respecto á la contractilidad uterina, á continuación de la administración de ciertas sustancias, por el profesor Félíce La Torre (de Roma). (*La Semaine gynécologique*, 4 de junio de 1912).

Se sabía que la administración de ciertas sustancias hacía contraer los músculos del útero, del intestino, del pulmón, etc. El cornezuelo de centeno, la ergotina, el hidrastis canadensis, el viburnum prunifolium, etc., tienen acción bien marcada sobre el músculo uterino. Pero no se sabía con certeza cuáles eran las modificaciones precisas debidas por los distintos agentes y cuáles eran las diferencias de acción de los unos y de los otros. Se decía

que el cornezuelo de centeno obraba sobre la fibra muscular uterina, mientras que el hidrastis lo hacía sobre las fibras musculares de los vasos; pero era de importancia someter á la comprobación experimental esta afirmación.

El autor se sirvió en sus experiencias del método de Cajal, que colorea de diversos modos los distintos tejidos

Hizo experiencias en perros en estado ordinario, en la época de celo, y después del parto (desde pocos días á 1 ó 2 meses después), coloreando por el método indicado y haciendo cortes transversales para ver con evidencia el estado de los tejidos.

Sometió á perros, que estaban en las mismas condiciones, á la acción de las distintas sustancias que quería experimentar (cornezuelo, hidrastis, estipticina, etc.), coloreando después por el mismo método, después de haber cortado el útero de la misma manera, y observado las modificaciones que podían producir dichas sustancias en los tejidos.

Dichas modificaciones son bien claras después de la administración de la ergotina, de la hidrastinina, de la estipticina, del *viburnum prunifolium*, de la metranodina (compuesto de hidrastina, ergotina y *viburnum*) y de la gelatina.

He aquí los resultados obtenidos:

La ergotina no tiene acción ninguna en general, sobre las fibras musculares uterinas en reposo. La tiene grande cuando dichas fibras estén hipertrofiadas, sea por el embarazo sea por enfermedad (fibromiomas, etc.). Esta acción, cuando la dosis es fuerte, destruye, por decirlo así, la masa muscular. A dosis más ligeras, contrae, ó por mejor decir, tetaniza, reduciendo á un pequeño cordón la masa muscular central que forma el esqueleto uterino. En ciertos úteros la capa muscular contráctil de 700 se reduce á 300, y cuando el parto es reciente la disminución es más fuerte (800 á 300 ó 400). El músculo está tan rígido que se desgarrá fácilmente.

El autor ha tomado nota seriamente acerca del siguiente hecho: la masa muscular está comprimida ó tetanizada, no en el sentido *centrípeto*, como se creía, reduciendo la cavidad uterina en sentido transversal, sino en sentido *centrífugo*. De este modo la cavidad resulta ensanchada. Este hecho, que sorprendió desde luego al autor, ha sido confirmado desde el punto de vista fisiológico por el Dr. Kehrer.

Puede, pues, emitirse la hipótesis muy verosímil de que la cavidad uterina, á seguida de la administración de la ergotina, no se reduce pero queda rígida, inerte y se desgarrá fácilmente.

Hidrastinina.—No tiene ninguna acción ni sobre los vasos ni sobre el mismo músculo, al menos la que se encuentra en el comercio.

Todo lo observado fué: amontonamiento general de todos los tejidos. De esta manera puede explicarse en rigor una cierta disminución en el derrame sanguíneo, pero en todos los casos la acción sobre la fibra muscular del útero, así como la de los vasos, no es concluyente.

Estipticina.—Esta sustancia tiene una acción verdadera sobre los vasos, puesto que reduce su calibre de un modo muy evidente. Tiene acción opuesta á la de la ergotina: esta última impide la llegada de sangre á la mucosa por no poder atravesar la capa muscular muy reducida, mientras que la estipticina produce la contracción de los vasos sin modificación de la masa muscular.

Viburnum prunifolium.—Obra como la hidrastinina.

Metranodina.—Tiene la acción compleja de las sustancias que la componen: la de la ergotina, modificada por la del viburnum y la del hidrastis, produciendo en su totalidad ventajosos efectos.

Gelatina.—No tiene acción ninguna sobre la fibra muscular del útero, ni de los vasos; sólo tiene acción coagulante, y así se explica que la sangre no afluya en gran cantidad á la mucosa. Hay pues disminución de hemorragia por coagulación vascular.

En resumen puede decirse, que la ergotina ejerce su acción sobre la fibra muscular uterina en estado de hipertrofia (fibromioma, embarazo): después del parto, esta acción se vá dilatando á medida que se aleja del momento del parto, hasta reducirse á cero en el estado de vacuidad. En este estado la estipticina tiene más acción sobre la matriz que la ergotina.

La hidrastina, el viburnum y la gelatina, tienen poco valor desde el punto de vista hemostático.

Los mejores resultados se obtienen con la metranodina.

ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

Tratamiento por la tuberculina de las afecciones oculares, por Von Herrenschaud. (*Annales d' Oculistique*, 1912).

En vista del mal resultado, obtenido con frecuencia, en el tratamiento de las afecciones tuberculosas con la tuberculina; trata el autor de modificar la seroterapia en las afecciones oculares

de índole tuberculosa de manera que pueda obtenerse alguna ventaja. Reduce el empleo de la tuberculina á los casos de tuberculosis latente ó limitados al órgano visual. Después de comprobar que los enfermos reaccionan á una inyección de Koch, cuya dosis varía de $\frac{1}{2}$ á 10 miligramos, procede á una serie de inyecciones de emulsión de bacilos, cuya dosis varía de 1 por 5000 á 1 por 500 miligramos. Todas las inyecciones se hacen entre los dos homóplatos; las inyecciones curativas de emulsión bacilar (producto industrial alemán) se repiten dos veces por semana, mientras sean seguidos de una reacción. El autor ha obtenido, por este proceder, resultados muy satisfactorios en seis casos de coroiditis diseminada, doce casos de queratitis parenquimatosa, trece casos de querato-conjuntivitis flictenular, siete casos de iritis y de iridociclitis crónica, un caso de enfermedad de Mikulicz y un caso de escleritis.

Antes de someter al enfermo al tratamiento, se observa la temperatura durante unos días de dos en dos horas. Los enfermos que presenten temperaturas, axilares superiores á 37° son excluidos del tratamiento. Si el reposo en la cama hace bajar la temperatura á 37°, se intentan las inyecciones, con mucha prudencia, sin proceder á la prueba previa de la tuberculina.

Tuberculosis de la órbita, por M. Leberhart. (*Annales d'Oculistique*, 1912).

Comunica el autor dos observaciones de tuberculosis del esfenoideos que dieron lugar á la neuritis óptica, atrofiante, doble, y á una inflamación reaccional de los tejidos orbitarios con exoftalmía.

El primer enfermo era un niño de 4 años, con tuberculosis ósea de los dedos de la mano derecha. El párpado superior derecho ligeramente caído, venas superficiales dilatadas, globo ocular empujado adelante y afuera. Las partes de la órbita accesibles á la palpación, normales. Las dos córneas presentan ulceraciones superficiales: fué diagnosticado de caries de las células etmoidales.

Abierta la órbita, por medio de una incisión siguiendo la ceja, se aprecian la lámina papirácea del etmoides y las células etmoidales transformadas en una masa caseosa de origen tuberculoso.

La autopsia, practicada cuatro meses más tarde, hizo ver el quiasma rodeado de masas granulosas procedentes del cuerpo del esfenoideos, enteramente cariado.

La segunda operación fué practicada á un niño de 3 años, ciego, con exoftalmía al lado izquierdo, temperatura normal. Diagnosticado de glioma del quiasma y del nervio óptico izquierdo, cuando se procedió á la enucleación del tumor, método Kraenlein, se encontró, el etmoides, el canal óptico y una parte del maxilar superior careado, reemplazados por masas caseasas.

Tuberculosis de la conjuntiva palpebral, por Lafon (*Annales d' Oculistique*, 1911).

Estudia el autor una docena de casos de tuberculosis de la conjuntiva palpebral.

Histológicamente, la naturaleza tuberculosa de las lesiones no se hace característica hasta un período muy avanzado, pero en dos tercios de casos se han podido encontrar bacilos en los cortes. La inoculación es, pues, necesaria para hacer el diagnóstico.

La afección se muestra con más frecuencia en el sexo femenino, desde los 3 á los 41 años, principalmente de los 12 á los 25.

No ha sido observada la enfermedad más que en el período de estado. Unas veces se trata de una masa única, otras veces muchos tumores pequeños yuxtapuestos. Al principio la coloración es roja pálida, la superficie lisa y cubierta por el epitelio. Más tarde la coloración se hace roja viva por ulceración, toma un aspecto granuloso; puede llenarse de nódulos amarillos ó cubrirse de pus espeso y de restos de esfacelo. La adenopatía se observa casi en todos los casos.

La afección parece de origen endógeno. En casi todos los casos la curación se obtiene excindiendo los tumores.

Uveitis crónicas tubérculo-reumáticas de A. Poncet, por H. Truc. (*Soc. franc. d' Ophthalmologie*, París, 1912).

Dice el Sr. Truc: las uveitis crónicas son de orden general, regional ó local. Algunas formas que se atribuyen al reumatismo proceden también de la tuberculosis.

A. Poncet (de Lyon) y sus alumnos han demostrado hasta la evidencia el reumatismo-tuberculoso articular y visceral. ¿Por qué no admitir también la uveitis crónica tubérculo-reumática?

Admite el autor esta entidad, apoyándose en muchas observaciones personales, en las cuales ha comprobado al mismo tiempo,

la inflamación ocular clásica, pleuresia, artritis, dolores vasculares; manifestaciones tuberculosas articulares y ganglionares y cuti-reacción positiva. Encuentra una especie de gama continua entre las uveítis crónicas netamente tuberculosas y los otros llamados reumáticos. Por último, dice el autor, el tratamiento por la tuberculina, parece favorable para curar ó mejorar ciertas uveítis reumáticas.

En estas condiciones admite Truc la existencia de las uveítis crónicas, tubérculo-reumáticas de Poncet y solicita que se hagan nuevas observaciones clínicas con estudios anatomopatológicos y experimentales.

Un caso de tuberculosis conjuntival tratado por el método de Pfannenstill, por Ahlstrom. (*Annales d'Oculistique*, 1912).

Relata el autor la historia de un niño de 6 años, atacado en el párpado inferior izquierdo de una ulceración bastante extensa, que se extendía desde el ángulo externo, hasta la parte media del párpado, interesando la piel y la conjuntiva. Fondo gris, con granulación del tamaño de una cabeza de alfiler. Poca secreción. Adenitis pre-auricular.

Escindidas las granulaciones, demostró el examen bacteriológico el diagnóstico clínico de tuberculosis. Se decidió emplear, como tratamiento el método de Pfannenstill, que consiste en hacer actuar el ozono sobre los tejidos en presencia del iodo naciente.

Se administró el ioduro potásico y se hicieron tres sesiones diarias, de una hora cada una, obteniéndose la curación en tres semanas.

Apesar de las frecuentes curaciones obtenidas por el simple raspado, cree el autor que el tratamiento por el ozono ha sido el factor principal de la curación.

Tuberculosis del saco lagrimal, (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, 1912).

Hace resaltar el autor las dificultades que existen para el diagnóstico de la tuberculosis del saco lagrimal cuando el enfermo no presenta ninguna otra manifestación de la enfermedad. Un síntoma de gran valor es la adenopatía de vecindad; pero hay casos en los que, ó no existen infartos ganglionares ó son insignificantes. En

estos casos, no basta el examen bacteriológico, es necesario recurrir á la tuberculina y á la inoculación experimental.

Desde el punto de vista de la localización, distingue el autor tres variedades de tuberculosis del saco:

- 1.^a La que se desarrolla alrededor, pero fuera del saco.
- 2.^a La que se encuentra localizada en el saco.
- 3.^a Las que se acompañan de lesiones óseas inmediatas.

Dos casos de tuberculosis aislada del segmento posterior del ojo, en la primera infancia, por Natanson. (*Revue Générale d'ophtalmologie*, 1912).

El primer enfermo, estudiado por el autor, presentaba la imagen oftalmoscópica del glioma de la retina. Faltaban los dos síntomas característicos de la tuberculosis, accidentes inflamatorios y lesiones esclerales. Hecho el diagnóstico de glioma, fué enucleado el ojo; el análisis microscópico demostró que las lesiones de la retina y del nervio óptico, eran tuberculosas. Es curioso que la lesión del nervio óptico, se extendiera tanto por atrás y que, no tan sólo la vaina, sino también la sustancia nerviosa aparecieran necrosadas en totalidad. Hasta aquí, no se han encontrado lesiones parecidas más que en la tuberculosis intracraneana con propagación al nervio óptico.

El segundo caso fué diagnosticado de tuberculosis, apesar de la edad y de otros síntomas, por los accidentes inflamatorios precoces del segmento anterior del ojo que produjeron pronto la perforación de la esclerótica. El examen microscópico confirmó el diagnóstico del caso, que puede considerarse como típico, de tuberculosis ocular.

PABLO ALVARADO

PEDIATRÍA

Agenesia de la piel del abdomen. Eventración visceral. Autoplastia (1), por D. Francisco Valdés Guzmán y el Dr. Martínez Vargas. (*La Medicina de los Niños*, mayo, 1912).

El Sr. Valdés: La observación que voy á presentar la he recogido asistiendo á una mujer pobre, que tuvo un parto muy rápido

(1) Trabajo presentado á la Sociedad Pediátrica española. Sesión del 4 de mayo de 1912.

y á la cual atendí llamado con urgencia por hallarse á la sazón sin médico ni comadrona.

Se trata de una púérpera de 29 años sin tara patológica aparente. Ha tenido dos partos, el primero á término con feto muerto; el segundo parto feliz y á término y amamantó á la criatura.

El *caso actual* pertenece al tercer embarazo, era un feto de 8 meses.

Presentación de vértice; posición occipito pública; tardó en expulsarse 7 minutos; el feto traía una vuelta de cordón en el cuello y otra en el brazo derecho. Su aspecto era asfíctico (asfíxia azul). Una vez expulsado pude observar lo siguiente:

Una enorme masa en la región abdominal de 38 centímetros de circunferencia.

El continente era una membrana muy vascularizada en un todo parecida al peritoneo, muy blanda y de su parte media central partía el cordón umbilical. Se extendía 5 centímetros por encima de la sínfisis pubiana, y en su parte superior partía de la apofixis xifoides.

El reborde que lo unía á las paredes abdominales era una cicatriz nacarada.

Contenido: se podía ver con gran claridad el hígado y todo el paquete intestinal. Un líquido fluctuaba en su interior.

El peso de la niña era de 4.560 gramos; vivió quince horas.

Entre las anomalías congénitas se encuentran las *eventraciones* debidas á una detención de desarrollo de las paredes abdominales, y en estas condiciones las vísceras hacen irrupción por esta ventana. Desarrollándose en gran manera, adquiriendo proporciones considerables que, dificultan en unas ocasiones la redución y en otras, como la presente, hacen imposible de todo punto la taxis, pues, era mayor él contenido que la cavidad abdominal.

Discusión: Dr. Martínez Vargas: El caso presentado por el Sr. Valdés es uno de *agenesia cutánea*, es decir de falta de formación de la piel, en lugar de la cual, queda una membrana gelatinosa, cual la del cordón umbilical, blanda, deleznable, muy parecida al pergamino reblandecido en agua, pero sin consistencia alguna, puesto que se desgarrá al más ligero esfuerzo. Forma lo que yo llamo la mortalidad potencial del feto: mientras éste permanece en el claustro materno, la protección que en él encuentra, le permite vivir y desarrollarse.

Si la suspensión del desarrollo de la piel es muy extensa ó la posición del feto favorece la eventración, la salida del hígado y

de los intestinos resulta que los órganos, por aquella ley de la contención recíproca, no encontrando obstáculo, crecen desmesuradamente y la cavidad abdominal queda empequeñecida; si la deformidad surge tardíamente ó no es muy extensa, entonces los órganos quedan en el abdomen y la cavidad adquiere su capacidad normal; esto tiene gran importancia práctica para el pronóstico y la terapéutica, como veremos luego al exponer los casos de mi colección.

Este es un hecho poco frecuente. No obstante, yo he recogido en mi práctica dos más, enteramente iguales. El primero lo ví por ser llamado con urgencia, una madrugada, por el doctor J., que asistiendo á una señora, recibió un feto lesionado por esa deformidad. En el centro de la pared abdominal, desde el apéndice xifoides al pubis, presentaba en vez de la piel, una membrana blanquecina gelatinosa, frágil, cuyo aspecto era el del pergamino reblandecido en agua, pero sin consistencia alguna; se rasgaba con la más sencilla tracción; la piel se continuaba con ella, sin solución alguna; los vacíos y los hipocondrios estaban como retraídos, respondiendo á una cavidad abdominal más pequeña de la normal é incapaz de contener por tanto las vísceras abdominales que formaban á modo de un enorme tumor. Durante el trabajo del parto se había roto la membrana y por la hendidura se veía el hígado y toda la masa intestinal; como la piel de los lados no permitía por su escasez obtener ningún colgajo, renuncié por completo á hacer una operación autoplástica y aconsejé que se cubrieran con gasa aséptica empapada en suero artificial esterilizado para conservar el calor el mayor tiempo posible. El recién nacido murió á las veinte horas.

El segundo caso me fué presentado en la clínica de esta Facultad, el domingo de carnaval de 1909.

El feto había nacido en la madrugada de aquel día: presentaba la misma lámina circular, de cuyo centro salía el ombligo y cubría las vísceras abdominales, su membrana blanca, como pergamino blando, sin resistencia alguna, que se desgarraba á la más mínima tracción formaba el centro de la pared abdominal; esta cavidad no era tan menguada como en el caso anterior y las vísceras estaban contenidas dentro de aquella; advertí que la piel de ambos hipocondrios, vacíos y fosas ilíacas, podía dar de sí un colgajo suficiente y traté de restaurar aquella pared deficiente; previo lavado riguroso de la piel de ambos lados del abdomen, con una anestesia clorofórmica, muy superficial, tallé un colgajo

del lado izquierdo del abdomen por ser el que ofrecía mayor campo; la base estaba sobre el borde de la abertura; mientras duraba la maniobra, no cesábamos de tener empapadas las partes con suero artificial á 37° y esterilizado; diseado ampliamente este colgajo disequé otro en el lado derecho, empezando el corte por el borde de la abertura abdominal y dejando su base en la parte externa del vacío y del hipocondrio; libres estos colgajos, corté el cordón umbilical y separé cuanto pude la membrana gelatinosa: invertí el colgajo izquierdo sobre la abertura abdominal, dando así la capa epidérmica hacia la membrana y las vísceras y la cara hipodérmica hacia el aire libre; cosí el borde superior del colgajo izquierdo con el borde de la abertura abdominal, comenzando por el ángulo izquierdo de la región epigástrica, siguiendo de izquierda á derecha y descendiendo luego por el borde derecho de la abertura abdominal, hasta la fosa ilíaca; de esta suerte quedó obturada la cavidad abdominal; acto continuo fui estirando el colgajo derecho y deslizándolo sobre la cara hipodérmica del colgajo izquierdo que obturaba el abdomen; cubrí aquella enorme superficie cruenta y aseguré la permanencia mediante puntos de sutura dados en el borde superior; en el borde inferior ó hipogástrico, dejé un pequeño conducto expedito para el desagüe; afrontados estos dos colgajos por sus caras hipodérmicas quedó todo el centro del abdomen cerrado; tan sólo en el lado izquierdo quedó al descubierto un paralelógramo, sin piel, porque no alcanzó á cubrirlo el colgajo del lado derecho. Terminada la operación rodeamos á la niña de caloríferos y reaccionó perfectamente; la alimentamos con biberón, por no sé qué dificultades de la madre y la niña vivió seis días; los días fríos de la estación, contribuyeron á que contrajera una broncopneumonía causando la muerte de la niña, cuando la cicatrización avanzada, nos hacía concebir esperanza de que salvara su vida.

Un caso de pústula maligna—carbunco—en una niña de diez y siete meses, por el Dr. José M. Govantes. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 25 mayo, 1912).

El día 30 de abril ingresa en la Casa de Salud de la Asociación Canaria, procedente de Guanajay, la niña de diez y siete meses, Carmelina González; refieren sus padres que enfermó dos días antes por una picadura de un insecto en la mejilla izquierda,

cuya naturaleza desconocen; presentando al examen que hacemos á la enferma al tercer día de la picadura y en el sitio de la inoculación, una escara seca negra, redondeada, de la dimensión de una moneda de 20 céntimos; esta escara reposaba sobre una tumefacción de apariéncia antracoide, de color lívido; alrededor de la escara se percibe una corona de vesículas transparentes (aureola vesicular de Chaussier); había una inflamación edematosa difusa que invadía toda la mejilla y se extendía hasta el cuello, con adenopatía supra-clavicular sin dolor local; como síntomas generales, bien caracterizados, abatimiento, fiebre, pulso frecuente y disnea; por parte del tubo digestivo, náuseas, vómitos y diarrea: estábamos en presencia de una pústula maligna, que al tercer día se hallaba en la segunda fase de su evolución: es decir, en el período en que aparecen los síntomas generales, no obstante haber pasado la fase inicial, donde no existía nada más que una infección local; avisé por teléfono al Dr. Enrique Fortún, que propuso, de acuerdo conmigo, una intervención activa para destruir el foco en el que pululaba la bacteridia de Davaine.

Anestesiada la enfermita por el cloruro de etilo, se procede á la cauterización ígnea de toda la escara y de las vesículas transparentes, y se le aplican fomentos con solución muy débil de permanganato potásico en los días siguientes y pulverizaciones de formol con el Championiere, y la niña es dada de alta el día 2 de mayo; la escara se había eliminado y el tumor comenzaba á disiparse, como no se había destruido una gran extensión de piel, no teníamos el peligro de una cicatriz viciosa. Esta sucinta observación clínica revela un hecho práctico: Que una intervención activa y precoz en la región inoculada por la bacteridia Davaine es susceptible de provocar una reacción local que lucha contra la difusión y multiplicación de la bacteridia seguida de la atenuación de los síntomas generales, y que el tratamiento interno recomendado por los clásicos es secundario y muchas veces hasta se puede prescindir de él.

Indicaremos las tentativas de seroterapia de la pústula maligna y que esas tentativas merecen ser proseguidas, puesto que Guillaín Bordin y Noel Fiessingner han visto aparecer en la sangre de un hombre atacado de infección carbuncosa, una substancia que inmuniza al animal (1): recordemos, para terminar, que entre las enfermedades infecciosas la historia del carbunco, ha sido la

(1) Comunicación á la Societé de Biologie, 17 de octubre 1907.

más conocida bajo todos sus aspectos; recordemos la afirmación de Davaine en 1863, explicando el papel patógeno de su bacteria, y concederle á Strauss el honor de haber cimentado la biología de la bacteridia carbuncosa.

QUIMICA MEDICA

Investigación de pigmentos biliares en la orina, por el Doctor Crouzel. (*Ann. et Rev. de Chim. analit.* 1912, p. 58). Mézclese en un tubo de ensayo tres volúmenes de ácido sulfúrico puro con uno de ácido nítrico puro, y sobre la mezcla adiciónese, haciendo resbalar suavemente por las paredes internas del tubo, un volumen de orina igual al del reactivo nitrosulfúrico. La orina toma inmediatamente una coloración verde y cuando la zona constituída por el reactivo queda incolora en casi todo su espesor, la línea de separación entre las dos zonas toma coloración rojo-anaranjada; agitando, las zonas se difunden y la mezcla toma color amarillo.

Si se opera en las mismas condiciones con agua regia se forma un anillo y el resto del líquido, en un principio ligeramente de color de rosa, se vuelve rápidamente amarillo.

La presencia de pigmentos biliares es confirmada por los medios siguientes: mezclando volúmenes iguales de orina y subacetato de plomo líquido, en presencia de bilis se forma un precipitado amarillo, que es blanco en caso contrario.

El nitrato de bario da las mismas reacciones; el nitrato de mercurio da con la orina biliosa un precipitado gris sucio con reflejos violeta.

Si se agita enérgicamente en un tubo de ensayos un poco de orina biliosa con granalla de plomo, la espuma que se produce en la superficie del líquido es amarilla, en tanto que es incolora con la no biliosa. Si después de esta experiencia se adiciona un poco de ácido nítrico, la espuma amarilla producida por la orina biliosa se descolora y la mezcla toma coloración verdosa. Si la orina no contiene pigmentos biliares la coloración primitiva no sufre cambio alguno.

F. DOMENECH

BIBLIOGRAFÍA

La mère de Charles-Quint Jeanne de Castille, dite le Folle, fut elle réellement aliènée? *Etude historique et médicale*, par E. Masoin, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Louvain, Bruxelles, 1912.

Propónese el autor fundamentar el diagnóstico de la perturbación mental que padeció la desgraciada madre de Carlos I de España y justificar su reclusión en el Castillo de Tordesillas, desde 1509 á 1555, no como secuestro arbitrario y criminal del que fueran autores su marido y padre primero, el Cardenal Cisneros después y más tarde el Emperador, sino como necesidad impuesta por enajenada mente y por la incapacidad para gobernar los tan grandes reinos que abarcaba la corona.

No nos es posible, en el poco espacio de que disponemos, hacer resumen de la muy copiosa prueba documental que el ilustre secretario perpétuo de la Real Academia de Medicina de Bélgica consigna en su folleto, de loable encarecimiento por la forma y fondo; ni es para nosotros tarea fácil hacer crítica de la erudición histórica que acumula contra los relatos de Bergentroth, Altmeyer, Forneron y muchos otros, propagadores de la opinión de que Doña Juana no estuvo loca y sólo la hicieron pasar por tal las personas de sus más íntimos afectos para arrebatarla la dirección del Estado, y la sometieron á tratamientos crueles en venganza de su conversión al luteranismo. Pero sí hemos de manifestar que el diagnóstico que Masoin sienta de neurastenia grave, desarrollada por efecto, sobre todo, de muy ardientes como motivados celos, nos parece deficientemente contrastado y, por lo tanto, muy discutible; y más inclinadas son nuestras ideas á pensar en una constitución paranoide, en la que un desvariado sentimiento de celos siempre dominante en vida y muerte del rey Felipe, como heredada exageración de la pasión que tanto mortificó á su madre, dió origen á actos: de insana fuga, como la del castillo de Medina, en la que el pudor de mujer y reina asemejóse al de pública

meretríz; de incontenida agresión, como el habido en Gante con una dama de la Corte; de reacción delirante, como los muy repetidos de Tordesillas; de infatuado orgullo é insana soberbia, cual los verificados en la corte de Luis XII y los realizados cuando la inminencia de naufragio al regresar á España en 1506; y tantos y tantos como ejecutó con el cadáver de su esposo, hasta descender á la honda demencia en que murió.

A pesar de las pequeñas tildes que se nos ocurren, que por muestras tienen poca importancia en la valoración del honrado empeño de Masoin, creemos hacerle justicia diciendo, que su concreto cuán bien escrito trabajo histórico-médico es merecedor de todo género de alabanzas y digno de nuestras simpatías especiales por reivindicatorio de honras de personajes que tanto ornan la historia de España.

VALDIVIESO

Manuel pratique de la médication hypodermique.—El laboratorio de hipodermia de L. Lecoq ha editado con este título un libro de 324 páginas en el que varios internos y exinternos de los hospitales de París exponen de un modo claro y completo el estado actual de la cuestión. En él se encuentran reunidos todos los capítulos que se refieren á la medicación por inyecciones hipodérmicas, intramusculares, endovenosas, epidurales é intrarraquídeas. El libro está dividido en las siguientes secciones: Técnicas de los diferentes métodos de inyección de los medicamentos esterilizados; aplicaciones del método hipodérmico á la terapéutica general; idem al tratamiento de la sífilis; idem al tratamiento de la tuberculosis; idem á la obtención de la anestesia local, regional y general; idem á la oftalmología; las inyecciones de quinina en el paludismo; sueroterapia, vacunoterapia, toxinoterapia; inyecciones anestésicas en estomatología; inyecciones modificadoras; aplicaciones del método hipodérmico al diagnóstico; formulario de medicamentos inyectables. Como se ve por este sumario, los autores han reunido en una publicación poco extensa, los datos que diseminados en muchas obras de objetos muy distintos, no era posible tener á la mano. En este sentido y en el de haber tratado con suficiente amplitud y criterio clínico la mayoría de las cuestiones estudiadas, han prestado un buen servicio á la clase médica los Drs. Bosc, Capdepont, Gillet, Mauté, Saïsi, Tournade, Cottenot y Lecoq, que son los autores de este recomendable librito.

G. CAMALEÑO

Las psíco-neurosis y su cura moral, por el Dr. Cantarell Barigó, con prólogo del Dr. V. Carulla, Barcelona, 1912.

Dice el prologuista, ilustre catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Barcelona, que le es tarea grata el dar con un entusiasta más en el empleo de los agentes psíquicos como medio terapéutico, así como el reconocer la utilitaria labor de un trabajo hecho en estilo sobrio, sin rebuscada frase y que por doquier revela plétora de conocimientos que, afliggranando observaciones muy bien traídas, fundamentan lógicas deducciones.

Igual á este juicio sintético del Dr. Carulla es el que nos ha producido la lectura del libro del Dr. Cantarell, y diéramos fin á estos renglones aquí, sin expresar un concepto más, si no comprendiéramos es como obligación nuestra, para estimular el apetito investigador de nuestros lectores aficionados á lo bueno que se produce en psicopatología, dar breve reseña de un contenido científico, que refleja claramente las enseñanzas de Dubois, de Berna, á quien el autor dedica su obra.

Comprende como psíco-neurosis la neurastenia, el histerismo, la histeroneurastenia y ciertas formas ligeras de hipocondría y melancolía, y dice son estados en los que la representación mental sólo — hecho primordial — crea ó entretiene todos los desórdenes funcionales, existiendo el trastorno ideativo, independientemente de todo cambio morfológico en el cerebro. Van seguidas á este concepto general de la psíco-neurosis algunas nociones de psicología sobre la sensación, ideación, sentimientos y volición y, tras un estudio de las especies morbosas en particular y exponer el caso curioso de un obsesionado multifóbico, (con más de psicasténico á nuestro parecer, que de neurasténico como cree Cantarell) son fin del trabajo muy juiciosas reflexiones sobre la educación del sentimiento con subsiguiente ejercicio de la voluntad.

VALDIVIESO

CASOS Y CONSULTAS

¿Cuál es el tratamiento de la alopecia?

Sr. D. E. H. V... Muy señor mío y distinguido compañero:

Quiere V. saber cuál es el tratamiento de la alopecia ¿así en general? Entonces podré circunscribirme á un asunto como el de la higiene del cuero cabelludo ¿no? Si esto no fuere tenga la amabilidad de decirme en otra carta qué clase de alopecia quiere someter á tratamiento, porque como V. sabe, esta palabra no significa más que caída del pelo sin determinar la causa ó la enfermedad.

Desde luego los específicos que venden, y anuncian descaradamente en los periódicos, con la virtud de no dejar caer el pelo ó hacerle crecer, no sirven absolutamente para nada de estas dos cosas, aunque en determinados casos pueden provocar intoxicaciones, é inflamaciones de la piel más ó menos molestas y algunas con caída de pelo.

Yo ruego á V., como á todos los demás compañeros, que nunca empleen semejantes específicos y menos les toleren el uso de ellos á sus enfermos y clientes.

La razón es la siguiente:

Las enfermedades del cuero cabelludo que determinan la caída del pelo son en su mayoría infecciosas y parasitarias. Todas ellas necesitan un tratamiento reflexivo y razonado que sólo el clínico puede llevar á efecto.

La caída del pelo en algunos sifilíticos, (alopecia sifilítica) no puede evitarse y curarse, si V. quiere emplear esta palabra, más que con el tratamiento mercurial bien metodizado empleado en la cura de la enfermedad. Curada ó bien tratada la sífilis por este medio, claro está que siento la alopecia uno de los síntomas de la enfermedad, al igual que las placas mucosas de la garganta, ó la roseola, ha de cesar ó curar también.

Entre las enfermedades parasitarias tiene V. la *tiña tonsurante Gruby-Sabouraud* causada por el *microsporon Audouini* la *tiña favosa* ó favus simplemente, cuyo agente etiológico es el *achorion de Schoenlein*, las *tricoftias* determinadas por el *tricofton* y las *pedras* llamadas también *enfermedad de Beigel* enfermedad parasitaria del pelo, de origen criptogámico.

Ya sé que no es precisamente en estas enfermedades en donde se emplean esos específicos, porque algunas de ellas son diagnosticadas fácilmente por el vulgo é interpretadas como malos humores de la sangre, haciendo honor á las malditas teorías humorales, saben que nadie más que un médico puede curarlas, y no usan por lo general los específicos de los mercachifles.

Pero alguna vez, debido á las numerosas variedades clínicas de las enfermedades, desconocidas del vulgo, pueden interpretar la caída del pelo como una de esas alopecias fáciles de someter á tratamiento con su ron y quina cásero ó con alguna otra mescolanza.

En cambio la *pelada* es muy frecuentemente sometida á estos tratamientos infructuosos y perjudiciales, y más todavía la alopecia determinada en la convalecencia de enfermedades largas, y las que se presentan en esas personas de diatesis artrítica como decían antes, que á consecuencia de un seborrea del cuero cabelludo de origen infeccioso, van quedándose desde muy jóvenes sin pelo en la cabeza.

Pues todas estas alopecias necesitan, como la alopecia sifilítica un tratamiento metódico y razonado en relación á las causas que las determinan ó provocan. De otro modo, fácilmente comprenderá V. que no se hará más que gastar tiempo y dinero en valde, Por lo demás, me perdonará no entre en el estudio del tratamiento de cada una de estas alopecias, porque la cosa sería larga y pesada, y quedaría incompleta por falta de espacio.

Ahora sí, diré á V. algunas cosas, sobre la higiene del cabello puesto que ella evitará muchas veces la alopecia.

No influye para nada la longitud del pelo en su caída; puede conservarse el pelo lo mismo que sea largo ó corto, lo verdaderamente importante es que esté limpio.

Se sabe que el pelo demasiado seco ó demasiado grasoso tiene tendencia á caer y desaparecer; la limpieza y cuidados del cabello será hacer que éste se conserve en su justo medio.

Los lavados con agua abundante que hacen algunas personas, deben llevar como complemento una duración y engrasamiento

suficiente para sustituir á las sustancias grasas arrastradas por el lavado. El pelo húmedo ó desengrasado enferma y cae.

El exceso de caspa, pitiriasis del cuero cabelludo, ó el exceso de grasa, seborrea que empieza de un modo alarmante, deben de llevar cuidados especiales en la limpieza del cabello.

La primera se debe tratar con pomadas adecuadas, y no con esos procedimientos mecánicos brutales que la exasperan, en tanto que para la segunda están esos jabones de ictiól ó de ácido salicílico, cuyo empleo debe generalizarse.

Se aconseja por dermatólogos de verdadera autoridad que la limpieza del cabello debe hacerse cada mes, ó cada semana si el caso lo requiriese, lavando la cabeza del siguiente modo:

En 500 gramos de agua de cal se baten tres yemas de huevo. Con un pedazo de algodón empapado en este líquido se frota, tomando el cabello por mechones, para limpiarlo bien. Una vez terminada esta operación se enjuaga el pelo con agua hervida, para arrastrar todas las suciedades desprendidas por el lavado anterior. Desechar bien la cabeza con paños calientes, y á continuación engrasar los cabellos ligeramente, con aceite de ricino aromatizado con bálsamo del Perú, ó esencia de bergamota.

Peinar la cabellera, en el sentido de dirección del pelo, sin hacer tracciones violentas, para airearla bien, empleando peines de pua gruesa, roma y flexible, pudiendo terminar el peinado con el cepillo que no sea demasiado duro.

Teniendo en cuenta el estado de desecación excesiva del pelo, la pitiriasis ó seborrea de que hablo antes, se puede combinar las pomadas ó jabones indicados que constituirán en último resultado verdaderos tratamientos.

A todo esto el médico puede añadir los consejos indicados para la asistencia á las peluquerías ó salones de peinado, y enseñar á clientes las consecuencias del empleo de máquinas para cortar el pelo, de tenacillas para rizarlo, de esencias, cosméticos y tintes, desgraciadamente muy poco conocidos del público.

Teniendo presentes las condiciones de nutrición y desarrollo del pelo, puede V. con estas ligeras indicaciones, dada su gran cultura médica, proporcionar á su clientela un plan preciso y beneficioso para la conservación del pelo, evitándoles muchos gastos y molestias.

De V. como siempre affmo. amigo, q. b. s. m.

F. DOMINGO

Valladolid y Junio 10, 912.

INDICE ALFABÉTICO DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO

ARTICULOS ORIGINALES

	Páginas.
C eguera histérica (Un caso más de), <i>Dr. Pedro Calvo</i> .	403
C ontroversia acerca del valor de la vieja y nuevas sales de plata en la profilaxia y tratamiento de algunas enfermedades de los ojos, <i>Dr. Emilio Alvarado</i> .	321
E nfermedad de Basedow de forma aguda (Algunas consideraciones acerca de un caso de), <i>Dr. Anselmo Paniagua</i>	407
E xpectación en Obstetricia (La), <i>Dr. Pedro Zuloaga</i> ..	196
F isiopatología de los tumores del encéfalo. Constitución del síndrome, <i>Dr. Pío del Río Hortega</i> . 266 y	347
F isioterapia, Termoterapia, Electroterapia, Fototerapia, Roentgenterapia y Radioterapia. (Idea general de la), <i>Dr. Camilo Calleja</i>	337
H ematomielia traumática tardía. (Estudio de un caso de), <i>Dr. Anselmo Paniagua</i>	110
I nercia uterina. (Un caso de) tratado con éxito sorprendente por el extracto hipofisario, <i>Dr. Pedro Zuloaga</i>	53
I nfección puerperal (Impresiones clínicas acerca de la), <i>Dr. Ramiro Arroyo</i>	393
L ocos al comienzo de su trastorno mental. (Concepto á tener, conducta á seguir y medios á emplear en el tratamiento de), <i>Dr. Ramiro Valdivieso</i>	42 y 121
M edicación revulsiva. (La) es un arma terapéutica poderosa y con plena justificación científica, <i>Doctor Luis Moreno</i>	1, 89 y 169
P arálisis de Landry. (Un caso de) consecutivo al sarampión, <i>Dr. José Quemada</i>	191

R eumatismo. (Principales manifestaciones oculares del) y su tratamiento, <i>Dr. Pablo Alvarado</i>	249
S ífilis vestibular. (Un caso de) <i>Dr. Alfredo Rodríguez Vargas</i>	35
T uberculosas. (Profilaxis de las recidivas), <i>Dr. Ezequiel Cuadrado</i>	258

REVISTA DE REVISTAS

A ceites centeniendo mercurio coloidal.....	434
A genesia de la piel del abdomen. Eventración visceral. Autoplastia. <i>Valdés Guzmán y Martínez Vargas</i>	443
A guas potables (Nuevo procedimiento práctico de depuración de las), <i>G. Lambert</i>	425
A lantoina. <i>Macalister</i>	74
A neurisma aórtico tomado por asma. <i>Solis Cohen</i>	294
A ponal.....	221
A rritmias. (Sobre las diferentes formas de), <i>Janowski</i>	212
A rsenocerebrina.....	220
A simetría ocular en los salvajes de la isla Formosa. <i>Oliver</i> .	310
A sperginosis pulmonar. <i>García Triviño</i>	426
A tofán. (Del diagnóstico de la gota por el), <i>Zuelzer</i>	69
A tofán	220
C arbanco. (Un caso de pústula maligna en una niña de 17 meses). <i>Govantes</i>	446
C odeonal. <i>Bachem</i>	434
C laudicación intermitente. (Contribución á la clínica de la), <i>Erb</i>	72
C ólera asiático. (Tratamiento del) por la adrenalina. <i>Naamé</i>	287
C ólera. (Terapéutica del). <i>M. Consoli</i>	424
C onsuelda y su alcaloide la alantoina. <i>Macalister</i>	74
C ultivos de bacilos lácticos en el tratamiento de la infección puerperal. <i>Brindeau</i>	306
C halación pseudo-tuberculoso. <i>Dubreuil</i>	227
C ancro de la amígdala tratado por el arsenobenzol. <i>Munch</i>	155
I V Congreso de Fisioterapia de los médicos de lengua francesa.....	377
V II Congreso internacional contra la tuberculosis.....	370
D iagnóstico y operación exofagoscópica de pólipos del exófago. <i>Morelli</i>	154
D iagnóstico rápido de la tuberculosis urinaria por un nuevo método. <i>Heitz-Boyer</i>	232

Dibromodihidrocinamato de borneol.....	298
Digitilo.....	300
Dilatación aguda del estómago en las paridas. <i>Audebert</i>	225
Disnea. (La) metódicamente reglada en terapéutica. <i>Martinet</i>	70
Distocia por obliteración del cuello. <i>Doleris</i>	303
Dolores uretrales consecutivos á la uretritis. <i>Finochiaro de Meo</i>	84
Eclampsia. (De la punción lumbar como medio curativo de la), <i>Bataski</i>	149
Embarazo extra-uterino. (Un síntoma precoz de), <i>Solowij</i> ..	301
Embasina.....	299
Enfermedad de Basedow. (Estudio clínico de las formas frustradas de la), <i>Hugo Stak</i>	79
Ensayos de quimioterapia contra los tumores cancerosos de los animales. <i>A. Wassermann y Hansemann</i>	141
Estomatitis gonocócica. <i>Jourdin</i>	311
Estudios experimentales sobre la facilidad de infección del ojo en la diabetes, y sobre la acción bactericida del suero sanguíneo diabético en la piogenesis. <i>Hagashi</i>	310
Eulatina.....	220
Fenildimetilpirazonaminometilsulfito de sosa.....	482
Fiebre tifoidea. (La) vacunación como medio profiláctico y curativo de la), <i>Phalen</i>	292
Fiebre uretral. <i>Englisch</i>	80
Gangrena pulmonar de forma grave. (Dos nuevos casos de). curados por inyecciones intratraqueales é intrabronquiales. <i>Guisez</i>	229
Gastro-enterostomia. (Sobre un caso de). <i>Penrose Willians</i> . .	77
Glándula pituitaria. (El extracto de), en el parto. <i>Parache</i> . .	221
Hernia epigástrica como causa de diarrea. <i>Cobb</i>	295
Examekol.....	220
Ictericia y síndrome meníngeo. (Sobre una enfermedad infecciosa caracterizada por). <i>G. Guillain</i>	429
Insipina.....	299
Inversión uterina. (Dos casos de), <i>Thiebaut</i>	308
Inyecciones hipodérmicas de suero alcoholizado en las adinamias post-operatorias. <i>Engel</i>	305
Iodostarina.....	300
Iridocoroiditis serosa producida por un cuerpo extraño. <i>Rubert</i>	153
Jaqueca oftálmica é higiene gastro-intestinal. <i>Oufray</i>	78
Kalmopirina.....	220
Lesiones oculares de los recién nacidos <i>Legueux</i>	308
Leucemia aguda y crónica. (Sobre la alteraciones oculares en la). <i>Verderame</i>	78
Mentocapsol «Skala».....	299
Mesotorio sucedáneo del radio.....	300

Metrorragias después de la menopausia. <i>Dalché</i>	306
Modificaciones del fondo del ojo en las roturas del hígado. <i>Tietze</i>	152
Myrmaliola.....	221
Nystagmus espontáneo. (Forma rara de). <i>Vojatchek</i>	153
Obstétrico. (Un caso). <i>Bonafonte</i>	383
Oculares. (Tratamiento por la tuberculina de las afeccio- nes). <i>Von Herrenschaud</i>	439
Orthonal.....	298
Ozena sifilítico tratado por el salvarsán. <i>Arsenberg</i>	228
Picramnia.....	300
Pigmentos biliares en la orina. (Investigación de). <i>Krouzel</i> . Poliadenitis inflamatorias. (El tratamiento radioterápico de las). <i>Collard</i>	448
Pott. (Tratamiento del mal de). <i>Rollier</i>	155
Prostatectomía hipogástrica en dos tiempos. (Contraindica- ciones de la). <i>Choltzov</i>	428
Prostatectomía. (Resultados de la), <i>Hampton Young</i>	84
Prostatectomía. (Resultados inmediatos de la). <i>Zucker- kandl</i>	157
Quistes del ovario; previo el curso del trabajo. (De la pun- ción vaginal en el tratamiento de los). <i>Lepage</i>	241
Reacción del antígeno en las orinas como medio de diag- nóstico de las tuberculosis urinarias. <i>Heitz-Boyer</i>	436
Reemplazamiento del cuerpo vítreo. <i>Elschnig</i>	230
Rodaciola. <i>Dr. Nerking</i>	152
Secreción pancreática (mecanismo de la), <i>Hustín</i>	433
Secreciones internas sobre la aptitud para la fecundación. (Influencia de diversas). <i>Perrin y Remy</i>	423
Selenio A. coloidal en las adenopatías cancerosas. (Acción del), <i>Thirolaix y Lancien</i>	435
Silberatoxil.....	217
Síndrome Gasseriano. <i>Levy</i>	221
Sinusitis frontal abierta en la órbita. <i>Moissonier y Tillay</i>	139
Solución fisiológica de cloruro sódico según la farmacopea alemana y reacción de Wassermann.....	80
Sueros antituberculosos. <i>Calmette</i>	301
Terminol.....	290
Tejidos uterinos respecto á la contractilidad uterina á con- tinuación de la administración de ciertas substancias (de las modificaciones histológicas de los), <i>Félice Latorre</i>	433
Tratamiento de las artritis y la gota por la emanación del radio. <i>Gudzent</i>	437
Tratamiento de las hemorragias etc., por inyecciones de suero ó de sangre desfibrinada de individuos sanos. <i>Phon</i>	211
Trombosis de la aorta abdominal y arteritis obliterante. <i>Blumor</i>	293
Tuberculosis externas. (¿Está permitido operarlas?). <i>Calot</i> .	144
	288

Tuberculosis miliar con meningitis tuberculosa en relación con el trabajo del parto (dos casos de), <i>César Decio</i>	436
Tuberculosis de la órbita. <i>Lebenhart</i>	440
Tuberculosis de la conjunción palpebral. <i>Lafont</i>	441
Tuberculosis conjuntival tratado por el método de Pianestill (un caso de), <i>Ahlstron</i>	442
Tuberculosis del sacro lagrimal.	442
Tuberculosis aislada del segmento posterior del ojo en la primera infancia (dos casos de), <i>Matanson</i>	443
Tumor de la hipófisis é infantilismo. <i>Burnier</i>	228
Urogenina	221
Utero (perforación en el curso de un raspado), <i>Aubert</i>	435
Uveitis crónicas tuberculo-reumáticas de A. Poncet. <i>H. Truc</i>	441
Vacunación antitífica. (Reacciones provocadas por la) <i>Albert y Mendenhall</i>	296
Vértigo auricular. (Tratamiento del) por punción lumbar. <i>Putnam y Blake</i>	154
Vómitos graves del embarazo y suero de embarazada en los primeros meses. <i>Fieux y Dantin</i>	302
Vómitos incoercibles. (Tratamiento de los), <i>Jeannin</i>	146
Zebromal.....	433

BIBLIOGRAFIA

Aguas minerales (Las) y las enfermedades (Dr. Isafías Bobo Díez) por <i>G. Camaleño</i>	385
Anatomía (La enseñanza de la). (R. López Prieto) por <i>F. Domingo</i>	86
Clase médica (El malestar de la). (Rogelio Pérez Domingo) por <i>P. Zuloaga</i>	244
Diccionario de los términos técnicos usados en medicina (Garnier y Delamare) por <i>G. Camaleño</i>	317
Equinococosis hepática (Nosogenia, anatomía patológica y diagnóstico de la). (R. J. Santos y Temiño) por <i>E. Durruti</i>	316
Gastroenterostomía (La) ante la fisiología, el laboratorio y la clínica (R. y Abaytua) por <i>E. Durruti</i>	165
La mère de Charles-Quint Jeanne de Castille, dite le Folle, fut elle réellement aliènée? <i>Etude historique et médicale</i> , par E. Masoin, professeur á la Faculté de Médecine de l'Université de Louvain, Bruxelles, 1912 por <i>R. Valdivieso</i>	450

Manuel pratique de la médication hypodermique por <i>G. Camaleño</i>	450
Siconeurosis y su cura moral (Las), (Dr. Cantorell Barigó) <i>R. Valdivieso</i>	451
Sexual cuestión (La). (Dr. A. Forel) por <i>R. Valdivieso</i>	317
Terapéutica (Elementos constitutivos de la); objeto, principio y método (Dr. Camilo Calleja) por <i>E. Cuadrado</i>	386
Terapéutica Obstétrica de urgencia (J. Vicarelli) por <i>P. Zuloaga</i>	243
Viruela (Memoria descriptiva de la epidemia de). (Doctor G. ^o Durán) por <i>A. M. Romón</i>	387

CASOS Y CONSULTAS

Alopecia (¿cuál es el tratamiento de la) por <i>F. Domingo</i>	452
Digital (De la importancia de ciertos medios preparatorios antes del empleo de la) en las cardiopatías por <i>L. Moreno</i>	389
Quiste , hidatídico del pulmón. (Confirmación de un diagnóstico y proposición de un tratamiento de) por <i>A. M. Romón</i>	319
Quiste del pulmón. (Proposición de un diagnóstico de) por <i>A. M. Romón</i>	167
Tuberculosis primitiva (La) de la córnea es excepcional, y es muy difícil que constituya una indicación de enucleación, por <i>P. Alvarado</i>	88
Tuberculosis y embarazo, por <i>P. Zuloaga</i>	247

