



# LA CLINICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS

---

TOMO VII.-JULIO Á DICIEMBRE DE 1913



# LA CLÍNICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MEDICAS



Director,

**Dr. D. Nicolás de la Fuente Arrimadas.**

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 Minguez.**

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

**Dr. Valdivieso.—Dr. Zuloaga.**

Administrador,

**Dr. D. Gregorio Sanz de Aza.**

---

TOMO VII.-JULIO A DICIEMBRE DE 1913

---

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN, MACÍAS PICAVEA, 38 Y 40

VALLADOLID



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
DE LA  
**MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL**

POR EL

**Dr. D. Antonio M. y Romón.**

---

Uno de los problemas clínicos que con relativa frecuencia es necesario resolver en la práctica, es el diagnóstico de la meningitis; y si bien es cierto que á veces la asociación y claridad de los síntomas no ofrecen lugar á duda, no lo es menos que hay ocasiones en que debe ser nuestra norma una prudente reserva por las dificultades de ciertos casos que encajan dentro de nuestros temores pero que ofreciendo algo indeterminado y borroso no autorizan á formular un serio y razonado diagnóstico. Este puede fácilmente dirigirse por una vía falsa ante la posibilidad de existir síntomas cerebrales comunes á otras enfermedades y también suponer que por su gravedad han de hallarse las meninges interesadas cuando luego se descubre en la autopsia que están lisas y brillantes.

Se han trazado por comodidad y exactitud de la descripción diferentes variedades clínicas de la meningitis según su etiología, agente causal (meningococo, estafilococo, pneumococo, bacilo de Koch, etc.), y por su topografía (meningitis de la bóveda, de la base, cerebro-espinal, etc.).

Mas lo importante y lógico es considerar aisladamente las dos partes del problema; primero establecer si hay ó no meningitis y segundo decidir luego la forma y naturaleza de la misma ó en otros términos investigar si hay verdaderos motivos para imponer un nombre y determinar luego el apellido que le corresponda.

Considerada en conjunto, es la meningitis un proceso inflamatorio difuso de la superficie del cerebro por lo cual se presentan inicialmente síntomas generales. Mas concretándose después á determinados territorios preferentemente, se van definiendo síntomas de foco que por presentarse con cierta regularidad permiten señalar la topografía predominante de las lesiones.

Los síntomas generales que como dice Leube preceden y acompañan á los de foco son los siguientes: *fiebre, cefalalgia, vértigos, vómitos, retardo del pulso, trastornos de la respiración, convulsiones epileptiformes, hiperestesia general, delirio, coma, micción y defecación involuntarias* y además *trismo, rechinamiento de dientes, rigidez de las extremidades y de la nuca*; estos últimos están en los límites entre los síntomas de foco y los generales.

De este grupo general y asociados en diversa forma surgen las numerosas variedades de meningitis; en algunos aparecen síntomas especiales, mas siendo nuestro propósito el estudio de una de éstas á ella exclusivamente nos referiremos en nuestro trabajo. Es la meningitis producida por el meningococo ó sea la llamada meningitis cerebro-espinal epidémica.

Lo característico de esta afección es la mayor difusión del proceso inflamatorio, su menor gravedad comparada con las otras formas de meningitis y estar dotada en terapéutica

de un suero específico correspondiente al agente etiológico, único y bien definido que la produce: el meningococo de Weichselbaum.

Considerando para satisfacer nuestro deseo hacer un resumen práctico de la cuestión recordaremos que la meningitis cerebro-espinal aguda comienza bruscamente con escalofrío y vómitos, fiebre elevada, trastornos nerviosos, rigidez del raquis con retracción de la nuca y signo de Kernig, la frecuencia de la erupción herpética y por la coexistencia de muchos casos, de una rino faringitis meningocócica.

Si este bosquejo clínico no se presenta claro, es fácil confundirle con otros estados que vamos á exponer.

Si es el catarro faríngeo el que llama especialmente nuestra atención con facilidad sentamos el diagnóstico de angina. Si los dolores de los miembros son intensos, pensamos en una poliartritis aguda en tanto que hasta sospechamos en la apendicitis si predominan los dolores del abdomen.

A los efectos del diagnóstico diferencial desde el punto de vista clínico, señalaremos algunos procesos en que las meninges no están afectas ó poco alteradas y otros en que hay evidente síndrome meníngeo.

Al primer grupo corresponden la fiebre tifoidea, el tétanos, la pneumonía y la gripe, pueden simular en sus comienzos el cuadro de la meningitis cerebro-espinal.

En la *fiebre tifoidea* el comienzo es insidioso lo cual es raro en la meningitis cerebro-espinal. Sólo y esto es raro puede la fiebre tifoidea comenzar bruscamente en época de epidemia y en medio de colectividades (cuarteles, cárceles, hospicios, etc.).

Tanto en la meningitis cerebro-espinal como en la fiebre tifoidea pueden aparecer, las epistasis, la cefalea, el delirio, el embotamiento intelectual, el signo de Kernig, la diarrea y hasta las manchas rosadas. Pero la cefalea es mucho más intensa en la meningitis, y los vómitos son raros en la fiebre tifoidea. La rigidez de la nuca es manifiesta en aquélla y la timpanización del vientre no se presenta como en ésta; la fiebre y el pulso por otra parte contribuyen á distinguir ambos procesos.

Sólo en los casos de fiebre tifoidea de forma meníngea como en los de meningitis cerebro-espinal de aspecto tífico podrán ser mayores las dudas. El examen de la sangre decidirá (sero-reacción de Widal), mononucleosis en la fiebre tifoidea.

Entre el *tétanos* y la meningitis cerebro-espinal puede haber parecido: en ambos la rigidez del raquis conduce al opistótonos, los dolores articulares son vivos y alta la fiebre. Pero faltan el trismo, síntoma inicial del *tétanos* y los paroxismos de contractura que no faltan en el *tétanos*. En cambio faltan la cefalea y el herpes.

La *pneumonía* y la meningitis cerebro-espinal pueden tener semejanza por su comienzo brusco, elevada temperatura, aparición de herpes, vómitos y aun convulsiones en los niños que hasta pueden presentar en la *pneumonía* la rigidez en la nuca y el signo de Kernig. Por otra parte en los alcohólicos pueden llamar la atención más que los síntomas torácicos los fenómenos nerviosos. Mas en el diagnóstico nos orientarán el examen del pulmón cuyos signos físicos denunciaron el foco pneumónico y la punción lumbar que en casos difíciles nos proporcionará datos de valor sobre el estado de las meninges.

La *grippe* en su forma nerviosa presenta síntomas que ofrecen gran analogía con los de la meningitis.]

El comienzo es brusco y la cefalea, el delirio y los vómitos no son raros. Ambas epidemias pueden coincidir y la *grippe* puede acompañarse de lesiones supuradas de las meninges.

Estas son las afecciones principales que pueden hacer pensar en una meningitis cerebro-espinal aguda, sin que las meninges se interesen, pero hay otras en las que el síndrome meníngeo existe y las dificultades de interpretación diagnóstica aumentan considerablemente. Precisa entonces la indispensable punción lumbar pero sus resultados no siempre son claros y decisivos por lo cual y reconociendo todo el valor que tienen las investigaciones de laboratorio, habremos de subordinarlas al constante y razonado estudio clínico del enfermo.

La confusión entre la meningitis cerebro-espinal y la *hemorragia meníngea* es frecuentemente inevitable sin la ayuda de la punción lumbar. Hay sin embargo casos en que como advierten Chauffard y Froin hay ciertos indicios capaces de decidir el diagnóstico; la fiebre es alta en la meningitis cerebro-espinal mientras que no se suele presentar en la *hemorragia meníngea*; alguna vez hasta hay hipotermia en la meningitis cerebro-espinal, el pulso es rápido y con frecuencia irregular, el estado psíquico se altera; suele aparecer el delirio, el enfermo rechaza por lo común toda exploración que exalta su hiperestesia y ofrece como síntomas variados el herpes, las artropatías y los eritemas característicos de la infección meningocócica.

En la *hemorragia meníngea* el pulso por lo común es lento (pulso cerebral), el estado psíquico no sufre apenas

alteración prescindiendo de las formas comatosas, no hay hiperestesia y aunque la albuminuria masiva y las hemorragias subconjuntivales son signos inconstantes, abogan siempre en favor de la hemorraia meníngea.

Es frecuente el problema angustioso entre la *meningitis tuberculosa* y la cerebro-espinal. La decisión, fuera de la punción lumbar se apoya en ciertos datos clínicos cuyo conjunto puede fundamentar racionalmente una opinión; el comienzo insidioso, los trastornos vaso-motores, las irregularidades del pulso, la fotofobia, la fiebre moderada, el adelgazamiento precoz, la torpeza cerebral pertenecen más bien á la meningitis tuberculosa que á la cerebro-espinal.

Entre ésta y las *meningitis otógenas* puede haber también sus dificultades. Hacen pensar en aquéllas la existencia anterior de una otitis media aguda. Un catarro crónico de la caja no reside más que por la asociación con otros síntomas. La existencia de una mastoiditis, de una parálisis del nervio facial ó del motor ocular externo; los trastornos unilaterales del oído interno radicando en el mismo lado que la otitis harán pensar en una meningitis otógena; el herpes labialis y las erupciones orientan hacia la meningitis cerebro-espinal que coincide con una otitis crónica.

Estos caracteres clínicos inconstantes no bastan á definir por sí un diagnóstico seguro: se hace preciso el examen bacteriológico del líquido céfalo raquídeo.

Las demás *meningitis agudas* tienen gran semejanza con la cerebro-espinal. La historia clínica, los antecedentes del enfermo, las diversas y simultáneas manifestaciones morbosas, ayudan á distinguir la meningitis cerebro-espinal

de una meningitis serosa ó supurada que complique una fiebre tifoidea, una fiebre puerperal, una grippe, una neumonía, los orejones, el zona. Pero pueden varios gérmenes hacer asiento predominante y aun exclusivo en las meninges como el estreptococo, el enterococo, etc., y especialmente el bacilo de Pfeiffer... Merece entre ellos especial mención el pneumococo de Talamon-Fraenkel en razón de ciertas afinidades clínicas y epidemiológicas.

En la *meningitis pneumococcica* es tal vez rápida la pérdida de conocimiento, la rigidez menos pronunciada y más raras las parálisis de los nervios craneales. Las erupciones prescindiendo del herpes y las artropatías, son excepcionales, el estado general es siempre grave y la enfermedad rápidamente mortal. El diagnóstico tiene que basarse principalmente en el examen del líquido encéfalo-raquídeo.

Grande es la dificultad como afirma Netter entre la meningitis cerebro-espinal y la poliomiелitis aguda de forma meníngea. Presentan los enfermos agitación, vómitos, cefalea á veces hasta convulsiones y sobre todo la rigidez característica de la nuca acompañada del signo de Kernig; frecuentemente existen dolores difusos ó localizados á ciertos grupos musculares no siendo rara la hiperestesia. Estos síntomas asociados á una fiebre elevada persisten durante varios días y conducen á la aplicación del suero antime-ningococcico. Cuando aparecen los fenómenos paralíticos, se cree en la existencia de una meningitis cerebro-espinal concomitante con lesiones medulares. El estudio del líquido céfalo-raquídeo demuestra en esta *forma meningítica* de la poliomiелitis aguda la reacción albuminosa y la presencia de linfocitos, algunos autores han creído ver en algunos

casos cocos semejantes al meningococo que otros estiman como error de técnica ó como la demostración de una infección secundaria.

Esta nueva noción de las poliomielitis de forma meníngea conduce á hacer reservas sobre algunas observaciones antiguas consideradas como meningitis cerebro-espinales complicadas con parálisis definitivas. Cabe pensar con Netter que la mayor parte eran verdaderas poliomielitis de forma meníngea; por ello ante un síndrome meníngeo acompañado de fenómenos paralíticos se debe pensar mucho más en una poliomielitis que en una meningitis cerebro-espinal y para mayor seguridad examinar cuidadosamente el líquido encéfalo-raquídeo.

Se han descrito también meningitis agudas que semejan por su aspecto clínico ya la meningitis tuberculosa ó la cerebro-espinal pero no se distinguen por la prontitud con que evolucionan hacia una curación espontánea y por la ausencia de todo germen patógeno; solamente su evolución, las nociones epidémicas y la punción lumbar pueden definir el diagnóstico.

No siempre ofrece la meningitis cerebro-espinal el mismo aspecto ni la misma marcha clínica. En algunas epidemias, las erupciones son tan frecuentes, que se ha pensado en formas de escarlatina maligna ó en púrpuras graves ó en eritemas polimorfos.

*La meningitis cerebro-espinal fulminante* es de diagnóstico muy delicado. Es más frecuente en los comienzos de las epidemias en que no es raro observar algunos casos procedentes de un mismo foco: así puédesse en pocos días observar la rápida y mortal evolución en soldados de un mismo cuartel y en niños de una misma escuela ó de una misma

familia. Si no se tiene conocimiento de la epidemia, se comprende cuán difícil será el diagnóstico de esta forma en sus comienzos, tanto más cuanto que sus síntomas se diferencian mucho de los que aparecen en las formas habituales de la enfermedad.

En los casos de meningitis fulminante post-traumática, sólo la autopsia puede eliminar la hipótesis de una fractura de los huesos del cráneo.

«Los enfermos, decía Tourdes, mueren como envenenados». En efecto la evolución rápida, los vómitos continuos y el fin funesto, hacen pensar en la semejanza expresada. Por pensar en todas las causas de crisis convulsivas y rápidas, estados comatosos que pueden aparecer, no tenemos en cuenta esta forma de meningitis cerebro-espinal, hasta que la rigidez de la columna, las manifestaciones cutáneas ó una recrudescencia por otros casos observados, no nos proporcionan la necesaria orientación.

Finalmente hay gran dificultad en el diagnóstico de la *meningitis cerebro-espinal prolongada de forma caquetizante* que más bien se parece á la meningitis tuberculosa, á un absceso ó tumor cerebral, que no á una meningitis cerebro-espinal.

El cuadro trazado por Heubner, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial en la forma esporádica, es admirable por su fidelidad; de él tomamos las notas siguientes:

En la meningitis cerebro-espinal sobresalen intensamente los *fenómenos irritativos* motores y sensitivos, la rigidez de la nuca, de la columna vertebral y de los músculos, la intensidad de la cefalalgia y de la raquialgia la frecuente repetición de los vómitos, la claridad del sensorio que percibe las sensaciones dolorosas más variadas.

Las inesperadas y largas oscilaciones en el curso del mal que consiente por espacio de horas ó días mejorías en la totalidad del estado, unidas á un cambio notable del humor y seguidas de nuevas recaídas que prolongan á veces su curso por semanas ó meses enteros á pesar de lo cual es posible la curación mucho más frecuente que en las otras formas de meningitis.

En el viejo es rara la meningitis cerebro-espinal; casi nunca se hace el diagnóstico; su aparición rápida y larvada hace pensar en una crisis de apoplejía debida á una lesión cerebral en foco.

En la mujer embarazada puede confundirse fácilmente con una crisis de eclampsia periódica.

En el niño de pecho el diagnóstico es muy delicado; el comienzo insidioso y la importancia de los trastornos digestivos son tales, que el diagnóstico de meningitis cerebro-espinal no se hace de ordinario más que de un modo bastante tardío.

*Se continuará.*

# XVII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

LONDRES, 6, 12 AGOSTO 1913

## SECCIÓN XVI.—OTOLOGÍA

**La trepanación del laberinto por vértigo y zumbidos,**  
POR EL DR. RICARDO BOTEY.

### **Resumen.**

Las indicaciones para la cirugía del laberinto en las enfermedades no supuradas de los conductos semicirculares y del caracol, aún no han sido precisadas.

Los trastornos consisten en vértigos ó en zumbidos persistentes que impiden trabajar al enfermo.

Las lesiones residen muy frecuentemente en el oído interno, aunque existen casos en los que el mal está localizado en el nervio acústico ó en los centros nerviosos. He aquí un ejemplo:

OBSERVACIÓN I.—Enfermo de 36 años. Sordera y trastornos del equilibrio desde 9 meses. Zumbidos que desaparecieron. Incertidumbre al andar. Falta de vértigos estando acostado.

Romberg (positivo) con caída á derecha. Nistagmus cuando mira lateralmente y diplopia á la derecha.

Oído izquierdo-reloj 29 c. Sordera absoluta del oído derecho. Prueba calórica negativa á la derecha. Lentitud

en la palabra. Sífilis probable. Tratamiento específico sin resultado.

Operación del laberinto. Tratamiento por el salvarsán y el mercurio. Ligera mejoría. Parece que la lesión se encuentra localizada en el tronco del nervio acústico, hacia la base del cráneo, incluyendo á los nervios del 5.º y 7.º par del mismo lado.

He aquí dos ejemplos de resultado completo y parcial respectivamente.

OBSERVACIÓN II.—Hombre de 44 años. Dos años atrás vértigos y zumbidos violentos: estado vertiginoso que imposibilita el trabajo. Ausencia de sífilis. A la izquierda, reloj á 60 cm. A la derecha sordera absoluta.

Prueba calórica, nistagmus muy débil. Son inútiles todos los tratamientos.

Trepanación total del laberinto. Curación sin zumbidos ni vértigos.

OBSERVACIÓN III.—Hombre de 49 años. Vértigos silbidos, estado vertiginoso; no puede tenerse de pie ni trabajar. Reloj á 40 cm. á la derecha. Sordera total y prueba calórica negativa á la izquierda. Tratamiento clásico durante un año, sin resultado. Ausencia de sífilis. Reacción de Wassermann negativa (líquido aragnoideo).

Abertura total del laberinto. Curación con desaparición total de los vértigos; y persistencia de los zumbidos. El enfermo vuelve á trabajar.

El primer caso presenta la dificultad de distinguir los zumbidos, sordera y vértigos de origen laberíntico, de los localizados en los centros nerviosos; cuando la lesión es bilateral no se puede saber cuál de los dos oídos es causa de los vértigos.

El segundo caso enseña la posibilidad de curar por una operación, vértigos y zumbidos, cuando la causa es el laberinto.

El tercer caso enseña que si se puede suprimir por la *vestibulectomia* los vértigos de origen periférico, en cambio alguna vez, es impotente la *cochlectomía*, para hacer desaparecer los zumbidos, debidos frecuentemente al nervio acústico.

¿Sería preferible, hacer la sección intracraneana del nervio auditivo?

Taylor secciona el auditivo y el facial en los dolores de los oídos. Deuch, en los zumbidos. Sin cortar el facial. Este enfermo curó con recidiva al cabo de seis meses. Frazier hizo lo mismo en los vértigos. Tuvo parálisis facial incompleta y el vértigo mejoró muy poco.

La sección del nervio auditivo, intracraneana, es una operación difícil y grave, es preferible la trepanación del laberinto. Los resultados terapéuticos son inciertos.

Se debe operar después de haber ensayado en vano, durante largo tiempo, todas las clases de tratamientos locales y medicamentos.

Si la curación espontánea no llega y si el enfermo debe trabajar, se debe operar.

En cuanto á la sección del nervio acústico, debe ser rechazada, puesto que además de ser peligrosa, tiene el de actuar sobre los dos nervios coclear y vestibular y alguna vez sobre el facial.

En los casos de sífilis hay que abstenerse de operar, porque la mayor parte de las veces está enfermo el tronco del acústico.

# XVII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

LONDRES, 6, 12 AGOSTO 1913

## SECCION XV.-RINOLOGIA Y LARINGOLOGIA

**¿Cuál es el mejor método de extirpación de la laringe?,** POR EL DR. RICARDO BOTEY.

### **Resumen.**

Los grandes daños de la laringectomía total han desaparecido hoy día casi por completo gracias á los métodos modernos.

Los antiguos métodos, que permitían la comunicación de la boca con la tráquea, ocasionaban una mortalidad considerable.

La refección de la faringe y su separación de la vía respiratoria ha hecho desaparecer esta hecatombe.

Périer, con su procedimiento, basado sobre esta refección, inaugura la cirugía moderna de la laringe. Périer separa la tráquea del exófago en una extensión de 2 á 3 centímetros la sutura circularmente á la piel; extirpa la laringe de abajo á arriba, rechaza la faringe y une por planos los músculos y la piel.

El método de Périer es amplio y los líquidos sépticos penetran en la tráquea, causa de mortalidad. Si se hubiera

hecho la traqueotomía es difícil, á causa de la cánula y de las adherencias, ranversar este conducto.

Con el procedimiento de Périer se desnuda el muñón traqueal, lo que causa su mortificación, la supuración de la herida, el hundimiento de la tráquea y su estrechamiento.

La frecuencia de los accidentes bronco-pulmonares después del método de Périer ha dado lugar á la operación en dos tiempos, de Le Bec, Sebileau y Durante. Con el primero hay también necrosis de los anillos, supuración, estenosis, alguna vez infección descendente; en el segundo puede haber menos inconvenientes pero los enfermos se ven obligados á llevar una cánula; con el tercero, la putrefacción de la laringe, dejada como cánula, y su estenosis bastan para hacerla regresar.

El procedimiento más perfecto y que evita con más seguridad la bronco-pneumonía y la septicemia es el del profesor Gluck, tal como este profesor de Berlín lo ejecuta actualmente.

Gluck traza dos limbos laterales, en cuya base descubre bien los externo-mastoideos y los ganglios que extirpa sistemáticamente. Corta entre dos ligaduras á la aguja, todo vaso que se presenta y suprime los músculos sub-iodeos, lo que asegura la hemostasia y la facilidad del acto operatorio.

La extirpación de la laringe de arriba á abajo como lo hace Gluck, es más fácil de ejecutar y preserva mejor de la penetración de los líquidos sépticos en la tráquea, que el procedimiento de Périer de abajo á arriba.

Además, como con el método de Gluck no se separa la tráquea del exófago, no hay necrosis de los anillos, los enfermos respiran sin cánula.

La última estadística de 63 casos de laringectomía total ejecutados por Gluck, sin ninguna muerte operatoria, prueba la bondad de su método en un tiempo.

Lo entretenido de la operación en un tiempo depende de la falta de entrenamiento y de un ayudante que colabore realmente á la operación; sólo así se ejecuta con bastante rapidez.

Apenas si hace falta más tiempo en la operación de un tiempo que con la de tres, porque la soldadura de la tráquea no exige más que algunos minutos mientras que el resto de la operación exige más de una hora.

El shok operatorio, lo más frecuente, no es más que una septicemia concomitante sin fiebre.

Se evitará alimentando bien al enfermo, tonificando su corazón, calentando la sala y sobre todo cuidando de la asepsia y eligiendo su caso.

No se tocarán los tejidos con los dedos, se utilizará en cada ligadura y sutura hilos y agujas diferentes de los que no se haya uno servido; se cuidará de que las mucosidades bucales no contaminen la herida; no se operará sino después de una ó dos horas de haber tocado un enfermo infectado y se hará el drenaje, con grandes mechas, en los espacios dejados por la operación.

Teóricamente la anestesia local es preferible; prácticamente, aparte de algunas excepciones (debilidad, neurosismo, asfixia), la narcosis bien dirigida es menos peligrosa de lo que se cree.

Con la anestesia local hace falta ser decidido porque el enfermo asiste á su operación, mientras que con la narcosis, su conciencia ha desaparecido, el operador está más libre y el enfermo más tranquilo.

Para la narcosis hace falta un buen cloroformizador que pueda mantener la insensibilidad con dosis mínimas de cloroformo.

En las operaciones de larga duración se emplea un aparato de narcosis para poder vigilar la anestesia y evitar la intoxicación y los vómitos.

Para los vómitos post-clorofórmicos, nada de ayuno tradicional que produce la depresión funcional del hígado, por el contrario alimentar bien al enfermo.

Se puede comenzar la operación con la anestesia general y suspenderla tan pronto como la laringe está abierta.

La mayor parte de los operados prefieren hablar por su vía faríngea; improvisan una glotis con el velo y la base de la lengua. Estos enfermos enseñan á otros.

Para los operados que no saben servirse de la voz faríngea, se construyen aparatos fonatorios.

El Dr. Botey presenta uno de estos aparatos por él imaginado. Se compone de una cánula de traqueotomía que comunica por un tubo de cauchout con una laringe artificial, que el enfermo tiene en la mano. El operado habla como los traqueotomizados, es decir, tapa la abertura de la cánula con su dedo á cada frase, retirándole para aspirar el aire.

El sonido conducido al fondo de la boca por el tubo metálico de la laringe artificial vibra y se transforma en vocales y consonantes perfectamente inteligibles.

En resumen: el mejor método de extirpación total de la laringe es el de Gluck en un tiempo.

Excepcionalmente se operará en dos tiempos. Se servirá en general, de la anestesia mixta. La celeridad, la elección de los enfermos, la alimentación, los tónicos cardiacos y la asepsia cuidadosa evitarán el *schock*.

# LA RADIOGRAFIA EN MEDICINA

POR

**Francisco Eguren.**

---

El asunto no es nuevo ni mucho menos; ¿qué Médico no conoce hoy este medio de diagnóstico? ninguno. Sin embargo, quiero hablaros de él, queridos lectores, aun siendo quizá el menos autorizado para ello, pero justificando mi atrevimiento en que los Rayos X son la base de mi especialidad.

Hoy todo el que posee una Bobina de una inducción, ó una Máquina Estática hace Radiografías; ¿todas buenas?, no; ¿todas malas?, tampoco; hay de todo como en Botica, pero quiero hacer fijar vuestra atención (sin ánimo de molestar á nadie) en algunas de esas Radiografías que os habrán asombrado por su excelente dibujo y corrección de líneas; claro es que estéticamente consideradas son muy hermosas y halagan mucho, sobre todo á aquellos que piensan en comprar un aparato de Rayos X.

Pero vamos por partes; ¿esa belleza que vemos en esas Radiografías, es cierta? la mayor parte de las veces no, y si lo dudáis pensad en esto: «fotográficamente hablando se dice, que todo lo que se mueve sale desdibujado» ¿cómo, siendo esto cierto, es posible que veais algunos torax con una perfección de línea en las costillas y en la sombra

diafragmática, que parece copia de un objeto inmóvil?; puede ser que algún Radiógrafo me conteste diciendo «que se obtiene con exposiciones cortas y suspendiendo durante la exposición la función respiratoria» á lo que se me ocurre preguntar ¿existe la apnea completa? no; pues no existiendo tiene necesidad de moverse la caja torácica, y al moverse, es evidente que se desdibujarán las costillas. ¿Cómo pues, obtienen las que nos enseñan? se preguntarán; eso será si acaso motivo de otro artículo que quizá venga más tarde, porque sería cosa de enseñaros un curso de Fotografía y este artículo no es para eso.

Claro es que tratándose de una extremidad cualquiera, pueden obtenerse Radiografías de un dibujo perfecto, pero las de la cavidad torácica pueden dar lugar á engaños; y estos engaños, redundan siempre en perjuicio del Médico que ha de hacer el diagnóstico.

La radiografía de la caja torácica debe de llevar siempre un sello de verdad inquebrantable, pues que de la traducción que el Médico tiene que hacer de dichas Radiografías, depende la mayor parte de las veces la salud de un enfermo.

El Médico que confía un enfermo á un Radiógrafo, quiere solamente servirse de este medio de exploración para aquilatar un diagnóstico dudoso; así pues, la obligación estricta y honrada del Radiógrafo, es presentar una radiografía que avalore el diagnóstico, no por la belleza fotográfica, sino por su verdad científica.

Además, no olvidéis nunca que los Rayos X no son como se ha pretendido por algunos «la Panacea Universal»; los Rayos X son simplemente un medio de diagnóstico para determinados estados morbosos; de precioso resultado en la exploración de cuerpos extraños; de aneurismas de la aorta

en el cayado y porción ascendente, etc., ¿pero habrá quien radioscópicamente vea ulceraciones ó neoplasias del intestino?; cuando esto oigáis desmentirlo rotundamente; no sé si mañana, se dará algún paso más en la perfección de estos aparatos, como hasta aquí se ha dado con el aparato Blitz para hacer radiografía instantánea; pero mientras esto no ocurra, dudad de aquellos que LO VEN TODO, desde la entrada del aire á las vesículas pulmonares, hasta las congestiones ováricas.

# REVISTA DE REVISTAS

---

## MEDICINA Y CIRUGIA

**El fascículo de His**, (*Glosario de «La Presse Médicale»,* 14 de junio de 1913). Descrito por Stauley Kent, (*Journ. of Physiol.* 1893), pero sobre todo por His, el mismo año, (*Arbeit. aus der Med. Klin.* Leipzig 1893).

Ocupa la región interaurículo ventricular y el septum inter-ventricular del corazón, constituyendo una parte de esta vía de *fibras de unión* (haz primitivo ó principal del corazón) que trasmite á los ventrículos las excitaciones partidas de las aurículas (embocadura de las venas cavas ó extremidad venosa del corazón); nódulo de Keith y Flack en la embocadura auricular de las venas cavas; haz de Wenckebach en la aurícula derecha; nudo de Tawara y haz de His en la región interauricular y paredes de los ventrículos; fibras de Purkinje á su terminación en los ventrículos.

El fascículo de His nace al nivel de la pared interna y de la cara posterior de la aurícula derecha, inmediatamente por delante de la embocadura de la valva coronaria; camina en la profundidad de las capas contráctiles de la aurícula, por encima del borde libre de la vena interna de la tricúspide; se dirige hacia abajo y adelante y en el septum, después de un trayecto de 2,5 centímetros, se divide en dos ramas. Estas se hacen superficiales, caminando bajo el endocardio de cada una de las cavas del septum interventricular y van á terminarse, la derecha en los músculos papilares del ventrículo derecho, la izquierda, después de haber pasado á dos centímetros por debajo de las sigmoideas aórticas, en los músculos papilares mitrales y en las fibras miocárdicas de toda la superficie interna del ventrículo izquierdo. La parte terminal del tronco y el origen de las dos ramas son las únicas que, con dificultad, pueden ser vistas en el hombre.

El fascículo de His, envainado en un manguito de tejido conjuntivo, se compone de células contráctiles pálidas y estriadas solamente en su superficie.

Este fascículo ó haz muscular, destinado á la trasmisión del estímulo normal, manda y coordina los movimientos del corazón.

Una lesión destructiva de este haz disocia los latidos de las aurículas de los ventrículos.

En clínica las lesiones de este fascículo producen el síndrome de Stokes-Adams (lentitud permanente del pulso, con crisis sincopales y epileptiformes).

**Intoxicación saturnina causada por una tela impermeable**, por Frank, (*Münch. med. Woch.* 27 de mayo de 1913).

Un niño de seis meses, criado al pecho materno, que se desarrollaba normalmente y con completa salud, empieza á demacrarse sin tener diarrea, vómitos, fiebre ni ningún síntoma que explicase el adelgazamiento. Al cabo de tres semanas, cuando el estado del niño era deplorable, casi esquelético, aparece una estomatitis intensa, que por su aspecto y coloración especial hace sospechar que pueda tratarse de una intoxicación plúmbica.

Observando cuidadosamente todo lo que al niño rodea, se descubre una tela impermeable que contenía plomo, con la que se cubría la cuna. Desde el momento en que esta tela fué retirada, el niño empezó á reponerse y curó sin ningún otro tratamiento.

**La inyección previa de pantopón antes de la anestesia quirúrgica general ó local**, por Tourneux y Ginesty, (*La Province Méd.* enero de 1913).

Los autores aportan á esta práctica, ya usada por bastantes cirujanos, una contribución basada en 400 observaciones procedentes de la clínica del profesor Meriel (de Toulouse).

La inyección habitual es de una ampolla conteniendo dos centigramos de pantopón. Esta inyección, subcutánea ó intramuscular, se hace de quince á treinta minutos antes de la intervención. Los enfermos son sometidos después á la anestesia general, sea por el cloroformo (lo que constituye la excepción), sea por el éter administrado con mascarilla ó gota á gota.

Los resultados obtenidos han sido, por lo general, muy satisfactorios, aunque varían según el tiempo transcurrido entre la inyección y el principio de la anestesia, así como también según el anestésico empleado.

Aun cuando ciertos autores han pretendido que bastan cinco minutos para que la solución pase al torrente circulatorio y actúe sobre el organismo, Torneux y Ginesty no han obtenido buenos resultados más que cuando la inyección se practica un cuarto de hora, por lo menos, antes de la anestesia, habiéndoles parecido que el efecto máximo se conseguía cuando dicha inyección precedía veinticinco ó treinta y cinco minutos á la administración del agente anestésico. De acuerdo con las observaciones de Graefenberg, notaron que la pérdida del reflejo corneano tiene lugar á los cinco minutos de empezada la anestesia, cuando ésta es precedida de la inyección de pantopón, en tanto que tarda catorce minutos si se usa la morfina-escopolamina.

Empleando el cloroformo no se apreciaron resultados notables, (fuera de algún acortamiento del periodo de excitación) aunque tampoco se vieron nunca accidentes graves. Con el éter ha dado este método resultados excelentes. Si se le administraba con la mascarilla de Chalot, disminuía considerablemente el periodo inicial de angustia ó de ahogo que habitualmente experimentan los enfermos; el periodo de excitación ha sido más corto; la resolución muscular más rápidamente alcanzada; la respiración era tranquila y profunda; el pulso fuerte y regular. La dosis de anestésico ha disminuído considerablemente, bastando á veces las dos dosis masivas iniciales de 25 gramos para una operación no muy larga.

Los mejores resultados, sin embargo, son los obtenidos cuando la administración del éter se hace gota á gota. El periodo de excitación es de tal manera disminuído que prácticamente puede considerársele como anulado. La anestesia completa se consigue al cabo de cinco á diez minutos, y aún en ciertos sujetos se ha conseguido este efecto en tres minutos, sin sacudidas musculares ni movimientos defensivos. La cantidad de éter gastada en estos individuos, ha sido, por término medio, de 30 gramos en anestias de media hora de duración. Además, una vez vueltos los enfermos á su lecho, despertaban fácilmente y sin sufrimiento. No se han observado accidentes graves; en algunos casos, relativamente frecuentes, se presentó una ligera parexia vesical.

Los autores han asociado también el pantopón á la anestesia local. El anestésico empleado ha sido una disolución de estovaina

al 1 por 100. Los resultados también han sido buenos, obteniéndose la pérdida de la sensibilidad más rápidamente y de manera más completa.

Estos buenos efectos de las inyecciones preoperatorias de pantopón, son acaso debidos á que la célula nerviosa posee para cada sustancia dotada de acción farmacológica un receptor específico, que después de la saturación no es ya capaz de absorber más cantidad de la misma sustancia; hay necesidad de cierto periodo de reposo durante el cual la célula se desintoxica. Como la célula posee numerosos receptores complejos, destinados á las sustancias más diversas, puede un grupo de estos receptores agotarse, en tanto que los otros grupos son aptos aún para absorber otras sustancias.

Por este mecanismo es como, indudablemente, el pantopón viene á reforzar la acción de otros cuerpos anestésicos.

G. CAMALEÑO

**Los puntos dolorosos abdominales**, por los Dres. Pierre Descomps, Paul Descomps y P. Brousse. (*Paris Medical*, 14 de junio 1913).

**HÍGADO.**—*Puntos vertebrales* (Vidal) (Mackensie).—En la hepatitis, en ciertos casos de cólicos hepáticos, dice Vidal, siempre que hay irradiación del dolor del hígado hacia la columna vertebral, éste reside en la apófisis espinosa de la cuarta vértebra dorsal y sobre los puntos de emergencia de los nervios intercostales.

Mackensie señala la 8.<sup>a</sup>, 9.<sup>a</sup>, 10.<sup>a</sup> y 11.<sup>a</sup> vértebras dorsales como las más dolorosas cuando se trata de una afección hepática. A este nivel la presión de las apófisis espinosas y de los tejidos perivertebrales es claramente dolorosa. Esta sensibilidad es frecuente, pero no constante en la litiasis biliar.

*Punto escapulo-apexiano.*—Este punto ha sido señalado por Budd y Charcot.

Asienta bastante exactamente, dice Mauban en la punta del omoplato. Algunos enfermos comparan la sensación que experimentan á una sensación de transfixión, bastante semejante á la de la úlcera gástrica.

El punto escapulo-apexiano es constante espontáneamente en los paroxismos dolorosos de la litiasis; pero por la palpación puede

hacerse aparecer, sea en el momento mismo de la crisis dolorosa litíásica, sea muchos días después de esta crisis.

*Punto cístico.*—Debove y Achard reconocen que el máximum de dolor en el cólico hepático asienta al nivel de la vexícula biliar. Este punto doloroso está situado en la intersección del borde externo del músculo recto y de la décima costilla derecha.

Chauffard admite que en los casos frustrados puede suponerse la litiasis biliar, cuando á la palpación se provoca un dolor sordo, profundo, localizado al nivel de la vexícula biliar.

Un dolor á la presión, á la derecha, superficial, bajo el reborde costal y á la larga del relieve formado por el músculo recto del abdomen, dice Pascault, tiene por punto de partida el lóbullo hepático mayor, ó colo-cístico. En esta misma región se encuentran, por fuera del punto cístico, el recodo derecho del colon y más bajo el riñón derecho; dentro de este punto, bajo el músculo recto, el piloro y la porción descendente del duodeno. Pero los dolores á que pueden dar origen estos diversos órganos, están mejor circunscritos y más profundos.

M.<sup>lle</sup> Veil localiza el dolor cístico en la intersección de la línea para-esternal derecha (pasando por el borde derecho del esternón) y de una línea horizontal que pase por la extremidad anterior de la novena costilla.

*Punto xifoideo* (Raymond).—Para este autor los puntos sensibles más frecuentes en las hepatitis son dos: el punto cístico, situado al nivel de la novena costilla y el punto epigástrico; este punto epigástrico se encuentra en la región del ángulo costal, ligeramente á la derecha de la línea media.

Señala además un tercer punto, que el llama xifoideo, y dice, si en lugar de ejercer presión sobre la región epigástrica, lo hacemos sobre el apéndice xifoideo en su parte terminal, provocaremos en la mayor parte de los casos, el mismo angustioso dolor. Este punto es frecuente en los hepáticos, los dispépticos gástricos y sobre todo intestinales, en los diatésicos (artríticos, gotosos, diabéticos, litíásicos). Es tomado constantemente por los enfermos por un dolor estomacal. Una averiguación sistemática de este punto y un examen profundo de cada caso, nos han permitido atribuirle lo más frecuentemente al hígado, y que el punto sensible estaba sobre la cara convexa del hígado y no sobre el estómago, situado más bajo.

**ÓRGANOS SUB-RENALES.**—*Punto costal* (Martineau). Los dolores lumbares y los del epigastrio están frecuentemente asociados;

los del hipocondrio están frecuentemente limitados á un punto preciso que corresponde á la extremidad anterior de la duodécima costilla. Unas veces continuos, vivos, exacerbantes, otras irregulares en su aparición, sordos, poco intensos, casi siempre fijos; raramente se irradian; la presión no les aumenta, pero los movimientos les exasperan.

*APARATO URINARIO.—Punto costo-vertebral* (Guyón).—Señalado y estudiado por Guyón, está situado en el vértice del ángulo formado por la última costilla y el borde externo de la columna vertebral; fácil de localizar por la presión con el dedo. Se le encuentra, según este autor en casi todos los casos de riñones dolorosos, ya por retención, ya por infección.

*Punto costo-muscular.*—Este punto está situado en el vértice del ángulo formado por la última costilla y el borde externo de los músculos de la masa lumbar.

Se le encuentra frecuentemente por la palpación bi-manual, sobre todo en los sujetos en que el riñón ligeramente descendido es algo voluminoso.

*Punto sub-costal.*—Bary dice, es un punto que se determina por la presión un poco por debajo del cartílago de la décima costilla.

Muy claro á la izquierda, puede según Pasteau confundirse á la derecha con el punto doloroso que corresponde á la vexícula biliar inflamada, aunque se encuentra generalmente un poco por fuera.

*Punto para-umbilical, pieloureteral ó ureteral superior.*—Bazy llama á este punto ureteral superior porque hundiendo una aguja á su nivel, á través de la pared abdominal, cae, casi siempre sobre el ureter.

Le coloca en la pared abdominal en la intersección de una línea horizontal que pase por el ombligo y de una línea vertical que pase por el punto de Mac-Burney, ó á veces un poco más adentro hacia el ombligo, á dos traveses de dedo de él. Se le ha confundido frecuentemente con el punto de Mac-Burney y su intensidad ha podido hacer creer una apendicitis, pero su asiento preciso le ha permitido rectificar el diagnóstico y al mismo tiempo que el valor de esta localización, que se trataba de una pielonefritis. Bazy se había ya ocupado de este dolor provocado por la presión, irradiándose hacia la vejiga y acompañado de deseo de orinar.

*Punto ureteral medio.*—Tourneux coloca este punto sobre la línea horizontal que une las dos espinas iliacas antero-superiores, en el tercio de la longitud de esta línea.

Halle señala este punto como frecuente en las infecciones renales con retención, en particular en la tuberculosis renal.

*Punto vesico-ureteral ó ureteral inferior.*—Guyón ha señalado la presión dolorosa por la exploración con el dedo sobre el trayecto intra-vesical del ureter y en la mitad correspondiente de la vejiga, en los enfermos del riñón.

Bazy insiste sobre el valor diagnóstico de este síntoma.

Esta sensación dolorosa que se traduce por un imperioso deseo de orinar, es descrita por él con el nombre de reflejo urétero-vesical. El punto donde la presión despierta este dolor, este deseo de orinar, corresponde á la embocadura del ureter en la vejiga. No existe más que en el lado enfermo.

*Punto supra-pubiano.* (Bazy).—Existe otro punto inferior bastante raro, sintomático de la pielonefritis. Es el punto supra-pubiano que se determina por la presión del abdomen por encima del pubis á dos ó tres centímetros de la línea media.

*Punto supra-intra-espinoso.*—Situado exactamente, dice Pasteau, por dentro y por encima de la espina iliaca antero-superior. Es el más constante de todos los puntos renales. Se encuentra del lado correspondiente al riñón enfermo y siempre á riñón más atacado corresponde punto más doloroso.

*Punto inguinal.*—Existe del lado del riñón enfermo pero es menos frecuente que el precedente, según Pasteau. Situado exactamente al nivel del orificio externo del conducto inguinal.

#### E. CUADRADO

**La bradicardia en las afecciones intestinales**, por M. Loeper, (*Le Progrés medical*, 28 junio 1913).

La bradicardia, aunque menos frecuente que la aceleración cardiaca, no es en absoluto excepcional en el curso de las afecciones del tubo digestivo y particularmente del intestino. Es una verdadera bradicardia que se acompaña de malestar, vértigos, tendencias lipotímicas y aún de síncope, y así constituido el síndrome es bastante análogo, sino idéntico, al de Stokes-Adam, al menos en sus formas frustradas ó atenuadas. Pero es una bradicardia intermitente, que aparece por crisis, siempre pasajera y nunca persistente, como son las bradicardias nerviosas, y que cesan desde la desaparición de la crisis ó la curación de la lesión intestinal ó apendicular.

Sabido es, en efecto, desde los trabajos de Mackensie, de Vaquez, de Esmein y de Gallavardin, que existen dos variedades de bradicardias: una muscular, debida á la lesión del fascículo de His; otra nerviosa, debida á una lesión ó irritación del vago. Esta es permanente, no influenciada por el movimiento ó por la fiebre; aquella es intermitente, apareciendo súbitamente para desaparecer lo mismo y reaparecer en seguida, atenuándose por el movimiento y la posición vertical; la una está caracterizada por la disociación más ó menos completa de los latidos auriculares; la otra es una bradicardia total, en la que la concordancia de los latidos de la aurícula y del ventrículo es perfecta y su retardo exactamente proporcional. La *prueba de la atropina* acentúa también estos caracteres diferenciales. La bradicardia muscular no es influenciada por la inyección subcutánea de 2 mg. de sulfato neutro de atropina; la bradicardia nerviosa, al contrario, se acelera casi inmediatamente. La *prueba de la compresión ocular* exagera el retardo en las bradicardias nerviosas y no modifica de ninguna manera el pulso de las bradicardias orgánicas.

Por las observaciones que el autor consigna, darse cuenta que el retardo del pulso en los intestinales entra en la categoría de las bradicardias nerviosas. El mismo paralelismo en los trazados, la misma intermitencia del fenómeno, la misma modificación por la presión ocular, la cesación por la atropina y á veces sólo por la belladona, que tomada á la elevada dosis de 20 gotas, produjo en dos de las observaciones personales, el mismo levantamiento é igual modificación del pulso. Acaso, sin embargo, sea preciso no generalizar.

Vaquez, estudiando las bradicardias apendiculares, ha demostrado que existían claramente musculares, no influenciadas por la atropina, y Taylor ha admitido en su enfermo una lesión tóxica y pasajera del fascículo de His. Verdad es que si los exámenes de Vaquez son absolutamente concluyentes, los de Taylor son menos convincentes por no ser acompañados de ningún trazado.

Aunque menos frecuentes acaso que las reacciones del simpático en el curso de los estados gastro-intestinales, las reacciones del neumogástrico no son, pues, excepcionales. Los trastornos por los que se manifiestan son idénticos, cualquiera sea la causa á que se debe referir; pero su origen es bastante complejo y nunca unívoco. Tan pronto se trata de una verdadera lesión por compresión ó inflamación de vecindad, tan pronto de una impregnación tóxica ó

toxi-infecciosa ó ya de una irritación simple que se hace por vía refleja.

La *lesión* aparece en los cánceres del estómago ó del intestino, cuando el tumor ó los ganglios que invadió á mayor ó menor distancia comprimen el vago ó sus principales ramificaciones. Tal es el caso de la úlcera de la pequeña curvadura de que con Schulmann referimos la observación detallada; tal es también el de Masoin, en el que los ganglios cancerosos aprisionaban el neumogástrico derecho; tal es también, muy probablemente, el caso de Esmein y otro de cáncer intestinal que hemos citado.

La patogenia de la bradicardia es, en estos casos, análoga á la invocada por Esmein en las colecistitis adhesivas con retardo del pulso; esto es, la propagación ó la compresión de los filetes nerviosos; la que puede también aplicarse á ciertas inflamaciones crónicas y también á la apendicitis, cuando el proceso inflamatorio se dirige hacia la región superior del abdomen y se pone, por consecuencia, en contacto con los filetes del vago, porque existe sin duda alguna cierta relación entre la localización elevada y subdiafragmática de la lesión y el retardo del pulso.

La ptosis, la repleción limitada del intestino, la neumatosis del ángulo cólico provocan distensiones, tracciones del neumogástrico y obran mecánica y directamente sobre el nervio para provocar reacciones variables y particularmente la bradicardia.

La *irritación tóxica ó toxi-infecciosa* debe ser invocada en las infecciones difusas del tubo digestivo en que las toxinas y los microbios impresionan á veces el sistema nervioso del X<sup>o</sup> par por curiosa elección.

El Profesor Roger, inyectando los venenos intestinales, ha comprobado no sólo la hipotensión si que también modificaciones del pulso. Además, ha visto que el extracto de mucosa intestinal obraba tan enérgicamente sobre el vago como el mismo contenido del intestino y que los fenómenos obtenidos eran análogos á los que producía la *sección del neumogástrico*.

No es, pues, dudoso que los diversos venenos nacidos á la vez de la vida microbiana y de las desintegraciones de la mucosa puedan en el hombre, como en el animal, impresionar el neumogástrico. Ignoramos desgraciadamente cuáles son estos venenos, ó cuando menos cuáles son los más activos y debemos limitarnos, sin más, á una afirmación general.

Queda el *reflejo*. Sin duda hay que invocarle con reserva, puesto que en muchos casos la tracción, la distensión, la impregnación

tóxica, la compresión dan el cambio por simples irritaciones funcionales; pero no se puede negar que estas irritaciones juegan un papel en las enfermedades inorgánicas del estómago é intestino y que se localizan sobre el sistema del simpático ó sobre el del neumogástrico.

No hay para qué insistir sobre el interés que pueda haber, en presencia de una bradicardia nerviosa de naturaleza indeterminada, de examinar con cuidado todo el tubo gastro-intestinal, y no siendo manifestación frecuente de las irritaciones digestivas, no hay por qué discutir ampliamente su valor diagnóstico.

Más interesante es, sin discusión, la cuestión del pronóstico.

Benigno cuando es pasajera, se reduce á un síntoma vascular, sin síncope ni molestias vertiginosas; la bradicardia ensombrece un poco el pronóstico cuando es persistente, se reproduce con frecuencia, da lugar á accidentes lipotímicos y conmueve el sistema nervioso de enfermos ya muy impresionables.

Benigna cuando es de origen puramente reflejo, lo que es siempre difícil de afirmar, se hace más seria cuando la causa parece estar en una impregnación tóxica ó infecciosa, en una compresión ó una lesión de vecindad, inflamatoria ó esclerósica de los filetes del neumogástrico.

Benigna también cuando es claramente neurógena, es grave cuando es de origen muscular y debida, por tanto, á una lesión más ó menos duradera del fascículo de His.

La bradicardia que nos ocupa siendo lo más frecuentemente nerviosa é irritativa no constituye por sí misma un factor de gravedad. Es un incidente que hay que tratar, pero no un accidente.

El tratamiento de la bradicardia en el curso de las afecciones digestivas es el mismo que el de todas las bradicardias nerviosas:

Valeriana y belladona asociadas á las dosis de 5 centigramos de la una y 2 de la otra para 3 ó 4 tomas en las 24 horas, y reposo completo para evitar los síncope ó vértigos penosos.

En los casos graves uno ó dos miligramos de atropina en inyección subcutánea. Las aplicaciones sobre el abdomen de compresas calientes ó alcoholizadas obrarán á la vez sobre el elemento vascular y vásculo nervioso.

En cuanto al tratamiento de la afección digestiva variará según su naturaleza; en los casos de constipación simple es preciso prohibir todo tratamiento brutal, que puede por sí sólo despertar la bradicardia y demás accidentes.

Repito que por banal que parezca el accidente observado, hay que tener cierta reserva. Neuburger y Edniger ¿no observaron, en una bradicardia claramente nerviosa é intestinal la terminación fatal debida á una variz bulbar distendida por un esfuerzo de defecación? Otros autores ¿no señalaron en enfermos, en apariencia puramente intestinales, lesiones vasculares y ateromatosas acentuadas?

La necesidad de examinar con cuidado el sistema vascular del enfermo, de auscultar su corazón, de apreciar las eliminaciones renales, de tomar la tensión arterial, se impone necesariamente en todos los casos. Muy frecuentemente la hipertensión, la insuficiencia renal vendrán á dar á las manifestaciones de la bradicardia en apariencia benigna su verdadero carácter y su verdadera significación pronóstica.

**Definición del simpático**, por Laignel-Lavastine (*Gazette des hopitaux*, 24 junio 1913).

La patología del simpático es una patología de frontera, porque el simpático es un nervio que *anatómicamente* une el neureje á los vasos y á las vísceras, que *fisiológicamente* contribuye á la regulación de la nutrición, y cuyo sufrimiento se expresa en *clínica* menos por sus síntomas propios que por los trastornos de los órganos que inerva. He ahí por qué el organicista que pide á la lesión la explicación del síntoma, el regionalista que delimita las afecciones como sobre un mapa geográfico y el patólogo bipolar, que no admite más que las perturbaciones del cuerpo ó del espíritu, se describe sucesivamente las neuritis, las neuralgias, los espasmos, los trastornos secretorios, tróficos, psíquicos, etc., sin evidenciar en capítulo especial la patología del simpático.

Al contrario, quien piensa más fisiológica que anatómicamente; quien ve en el síndrome no la lesión de un órgano, sino la perturbación de una función; quien sabe que el mismo síntoma puede depender del trastorno de la víscera ó de su mecanismo nervioso regulador; quien reconoce, en fin, que el alma no está en el cuerpo, según la frase de Leibnitz, como un imperio en un imperio, sino que los fenómenos psíquicos no son más que la expresión, valga la frase, de los efectos sobre el *pallium* de los fenómenos fisiológicos de todo el sér transmitidos por el sistema nervioso, dirígese á comprender de manera más amplia que el anatómico puro, el gran simpático.

Si *anatómicamente*, el nervio gran simpático está constituido por dos largas cadenas ganglionares situadas á cada lado de la columna vertebral, *fisiológicamente* forma con el neumogástrico el regulador nervioso de la nutrición. Defino, pues, el sistema vago-simpático: el *sistema nervioso regulador de la nutrición*.

Me parece esta definición fisiológica preferible á la más estrecha de anatomía macroscópica, como la clínica, que hace del simpático un simple nervio, ó de histología, como la de Langley que ve en la parada constante de los neuronas de los conductores nerviosos la característica del simpático. Es preferible por otra parte á la definición de Eppingery Hess, basada en un criterio farmacológico. Consideran como dependiente del simpático todo lo que del sistema nervioso de la vida vegetativa reacciona á la adrenalina, constituyendo el resto el sistema autónomo excitado por la pilocarpina y paralizado por la atropina.

Necesítase insistir sobre algunos detalles para hacer resaltar que definiciones anatómica y fisiológica no son exactamente comparables.

El *neumogástrico*, que la anatomía macroscópica separa del simpático, no es más que un departamento fisiológico del sistema nervioso regulador de las funciones de nutrición.

Las *grandes fibras de mielina de Kölliker* de las raíces posteriores, no responden al criterio histológico de Langley, sino que fisiológica y clínicamente forman parte del sistema nervioso regulador de las funciones de nutrición, porque constituyen su vía centrípeta más importante, vía de la *sensibilidad visceral*, cuyas perturbaciones se confunden con las de la *cenestesia*.

Luego el sistema nervioso regulador de la nutrición comprende el nervio simpático; su departamento bulbar; el nervio neumogástrico, y las grandes fibras de mielina de Kölliker de las raíces posteriores.

De aquí se deduce cuál es la extensión de la *patología del sistema nervioso regulador de la nutrición*; la que por abreviación nómbrese *vago-simpática*.

Podrá reprocharse que así se ensancha mucho el círculo de la cuestión y que con el pretexto de patología del simpático, se describen trastornos vecinos, pero extraños.

Ello consiste en que el autor quiere ser más *clínico*, que *anatómico* ó *fisiólogo* y que las tres concepciones anatómica, fisiológica y clínica del simpático, si concuerdan en conjunto, sobrepuestas no coinciden sus divisas.

Son, en clínica, parte de la patología del simpático los trastornos viscerales, liso-motores y tróficos de origen nervioso y las perturbaciones de la sensibilidad visceral y de la cenestesia; son equivalentes en fisiología, para ciertos autores, tales como el profesor Grasset, las funciones del simpático y la regulación nerviosa de las funciones de nutrición; son distintos, en anatomía, el nervio gran simpático, el neumogástrico y las grandes fibras de mielina de Kölliker.

Así la definición *anatómica* estricta, separaría el vago y las fibras de Kölliker; la definición *fisiológica* distingue del simpático, más ó menos según los autores, el neumogástrico y la sensibilidad visceral. La definición *clínica*, partiendo de los síndromes, debe admitir los trastornos sensitivos, liso-motores, secretorios, tróficos y viscerales de origen nervioso, cualquiera que sea el punto del departamento anatómico perturbado ó lesionado.

He por lo que el interés de la patología del simpático es el de ser una *patología de frontera*.

Hay en clínica dominios bien limitados, cada día más conocidos por métodos reglados, tales, por ejemplo, los de la esplanología digestiva, respiratoria ó cardiaca, de la neurología y de la psiquiatría. Pero el lado de los enfermos en quienes tal afección nerviosa, cardiaca ó mental y en el argot médico llamados «cardiacos», nerviosos ó mentales, hay múltiples sujetos cuya fisonomía clínica, á la vez atenuada y compleja, se reduce á un esquema de predominio, variable según la orientación doctrinal del observador, y el mismo individuo, por ejemplo, sufriendo del corazón por intervalos, hipotenso, asténico y preocupado de su estado podrá verse diagnosticado sucesivamente de arterio-esclerósico con angina de pecho, de neurasténico hipertenso ó de fóbico hipocondriaco.

He por qué es necesario no tener más que un método unilateral; lo que todo el mundo admite en teoría, pero aplica menos en la práctica.

Además, examinando sistemáticamente los enfermos llamados «de medicina general» en neurologista ó en psiquiatra y, viceversa, los «nerviosos» y los «mentales» en clínica general se recoge una cosecha extremadamente rica de trastornos pasados frecuentemente desapercibidos y que constituye toda una patología de frontera, es decir estudiada sobre los confines de los diversos métodos aplicados.

El papel del simpático es considerable en esta patología de frontera. Es que sus síntomas se fundamentan sobre la esplanoscopia

general, la neuroscopia y la psicoscopia, como sus funciones forman el lazo de unión entre las dos antiguas entidades del cuerpo y del alma. Por la cenestesia el simpático constituye el fundamento afectivo de la vida psíquica y ésta acciona sobre las funciones orgánicas por intermedio del simpático.

En presencia de todo síntoma somático como de todo trastorno psíquico se plantea, pues, la cuestión de una participación simpático posible, no pudiendo ser esta participación más que lo intermedio de lo psíquico á lo moral, ó viceversa.

VALDIVIESO

### **Una reacción de importancia clínica en el diagnóstico del paludismo.**

En el segundo Congreso de la Asociación oriental de Medicina Tropical, celebrado el año último en Hong-Kong, el Dr. Justi señaló la importancia de la reacción de Schlesinger para demostrar la presencia de urobilina en la orina de enfermos palúdicos aun cuando falte el hematozoario de la sangre periférica.

El intenso color de la orina en el paludismo, depende como ya se sabe, del aumento de urobilina. Plehu, en 1909 empleó esta reacción sencilla y muy sensible para demostrar la presencia de la urobilina en la orina. Para obtenerla es necesario lo siguiente: 1.º Solución de Schlesinger, compuesta de una parte de acetato de zinc y diez partes de alcohol. 2.º Tintura de iodo. 3.º La orina que se ha de examinar.

En un tubo de ensayo se mezclan una tercera parte de la orina sin filtrar y una cantidad igual de la solución de Schlesinger previamente agitada; se añade entonces para acelerar la reacción algunas gotas de tintura de iodo débil. Se filtra la mezcla y si existe urobilina, la mezcla filtrada demuestra una fluorescencia más ó menos ostensible. Esta reacción aparece en la orina de los enfermos afectos de todas las formas de paludismo.

Para demostrar cuán sensible es esta reacción, basta indicar que se presenta aunque la orina se mezcle con doscientas partes de agua. La orina normal no dá la reacción por contener, caso de que haya alguna, la mínima porción de urobilina. Esta se presenta, por supuesto, en muchas otras enfermedades como en la cirrosis hepática, el absceso del hígado muchas enfermedades infecciosas, etc., etc.

Esta reacción se usó frecuentemente en el Gobierno Civil y los Hospitales Victoria de Hong-Kong y fué siempre utilísima especialmente para el diagnóstico de casos dudosos en que el hema-  
tozoario no se encontraba en la sangre. De vez en cuando puede aparecer un caso de paludismo; en él, la hepatitis y hemolisis, no son tan intensas que puedan causar urobilinuria. La ausencia de esta reacción sin embargo, es poderosa razón en contra del paludismo agudo, hecho de gran valor cuando precisa un diagnóstico rápido.

A. M. ROMÓN

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**Cesárea abdominal practicada por cuarta vez en la misma mujer**, por J. A. Beruti. (*Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina*, abril, 1913).

El autor relata la siguiente interesante historia clínica:

Trátase de C. O., una raquítica, italiana, de 30 años, casada, con antecedentes hereditarios sin importancia aunque no así los personales. Dicha mujer, que ignora cuando comenzó á caminar, declara que á los 8 años, sus extremidades inferiores comenzaron á experimentar deformaciones acompañadas de adinamia y de dolores, agregándose luego una luxación femoral doble espontánea, que más tarde imposibilitó la marcha por completo. Por tales razones, C. O., á los 21 años, es operada dos veces en Italia; en la primera operación se reducen las deformaciones de ambas extremidades y su doble luxación; la segunda operación es una repetición de la primer osteotomía, por haber ésta fallado en el miembro izquierdo. La enferma queda muy mejorada y puede caminar.

A mediados de 1905, C. O., ingresa en la Maternidad de la Escuela de Parteras donde es objeto de especial y detenido estudio respecto á sus deformaciones generales y á su pronunciada pelvi-ciación, cuyas particularidades omitimos, haciendo notar únicamente que la pelvimetría interna acusaba una conjugada diagonal de 10 centímetros y una vera de 8.

En el *Boletín Clínico* número 3497, hallamos que el 28 de agosto de 1905, el doctor Velarde acompañado de los doctores Fernández y Llames Massini, practican en un embarazo á término y antes de

la iniciación del trabajo, la primer cesárea abdominal clásica, sin incidencias de ninguna clase. Sutura uterina continua en tres planos. Niño de 2860 gramos. Puerperio normal. Abandona la cama á los 12 días. Alta á los 16 días.

En el año 1907, la enferma ingresa nuevamente en la Maternidad, donde los doctores Velarde y Fernández, que amplían sus observaciones anteriores, la someten el 14 de julio (*Boletín Clínico* número 5110) á una segunda cesárea abdominal clásica antes del comienzo del trabajo. La incisión se hace sobre la misma cicatriz de la operación anterior. No hay adherencias. Sutura uterina en tres planos con catgut. Niño de 2970 gramos. Puerperio normal. Se levanta á los 16 días. Alta á los 24 días.

La tercer cesárea es practicada por los doctores Velarde y Molinari el 18 de noviembre de 1909 (*Boletín Clínico* número 6904), coincidiendo la fecha fijada para la operación con los primeros dolores. No hay adherencias. Incisión sobre la cicatriz antigua. Suturas clásicas. El niño pesa 2800 gramos. Puerperio perfectamente normal. Alta á los 15 días.

Llega ahora nuestra intervención personal, registrada en el *Boletín Clínico* número 9294, enero 30 de 1912.

La enferma ingresa en la Maternidad el 26 de enero de 1912. Fecha de su última menstruación, el 28 de abril de 1911. Primeros movimientos activos á fines de agosto. Embarazo sin trastornos de ningún género.

*Examen clínico* sin particularidades. Organos sanos.

*Examen obstétrico.*—Embarazo á término. Feto vivo, no muy grande, sin encaje, en O. I. I. A.; pelvis muy asimétrica, conjugata vera: 8 centímetros escasos. Hay un comienzo de borramiento. Orificio externo permeable á un dedo; orificio interno cerrado.

En atención á los antecedentes expuestos en las historias anteriores, el 30 de enero, á los 7 días de su ingreso y á las seis y treinta p. m., practicamos con la ayuda del doctor Fontana, la cuarta operación cesárea, antes del comienzo del trabajo:

Anestesia clorofórmica. Incisión cutánea contigua á las anteriores. La pared abdominal es sumamente delgada pero no hace hernia. La incisión del peritoneo no ofrece dificultades. No hay adherencias de ninguna clase. Incisión uterina sagital á 1 centímetro á la derecha de las cicatrices antiguas, manifestadas por una ligera depresión lisa y nacarada de 1 cent. de ancho. En esta región la pared uterina está algo más adelgazada que en el resto.

La pérdida sanguínea es mínima. (Momentos antes de la operación se hace una inyección profiláctica de 2 c. c. de ergotina). La extracción del feto y de la placenta, que está insertada en la cara posterior, se hace sin dificultades. Sutura uterina en dos planos; la primera músculo-muscular con puntos aislados de catgut á menos de 1 centímetro de separación uno de otro. La segunda sero-serosa, continua y muy cerrada. Suturas continuas de la pared abdominal con catgut. Sutura de la piel con crin y ganchos Michel. Duración total de la operación, 50 minutos. Niña de término, 2500 gramos de peso, 49 centígramos de longitud, diámetro biparietal de 9 y bitemporal de 7.5. Placenta 550 gr. Puerperio absolutamente normal, salvo una elevación térmica de 38° al tercer día, que desaparece con un enema. Al octavo día se retiran los puntos y los ganchos. La enferma se levanta al duodécimo día y es dada de alta al vigésimo. La niña, cuyo cordón cae al quinto día, recupera su peso al séptimo y es criada por la madre.

Después de citar los casos de cesáreas repetidas que mencionan Wallace, 96, y Trotta, 78; los de repetidas por cuarta vez (3 de Olshausen, 1 de Leopold, 3 de Kriwiski-Grammaticati-Orlow, 2 de Haven y Young, 2 de Leuwen, 1 de Truzzi, 1 de Bar, 1 de Wallace y 1 de Boss Mc. Pherson) y los de cesárea repetida por quinta vez (1 de Pherson y 1 de García Marruz) y el de Charles, referente á una mujer cesareada con pleno éxito nada menos que seis veces en 14 años; pasa el autor á hacer algunas consideraciones referentes á su caso y relativas á la elección del momento de la intervención; hace un estudio crítico imparcial y razonado de las desventajas que se atribuyen á la cesárea repetida comparada con la no repetida: Preexistencia y formación de nuevas adherencias; Rupturas uterinas, Hemorragias; y Esterilización; y termina con las palabras siguientes:

«En cuanto al límite á establecer, respecto al número de cesáreas, es muy difícil establecer preceptos. Mientras Brandt declara que una mujer tiene el *derecho* de evitar los *peligros* de una segunda cesárea, Gibbon, Frigyesy y otros, á la inversa, no esterilizan jamás en la primer cesárea, y en las *repetidas* sólo cuando la paciente lo imponga. Parécenos que ambos criterios son exagerados. En ciertos y determinados casos (personalmente observados y seleccionados por el médico) no habrá mayores inconvenientes en practicar la cesárea por tercera ó cuarta vez *sin esterilizar*. Pero nos guardaremos muy bien de ser sistemáticos en cuestiones aún tan discutidas».

**Un caso de rotura uterina después de la administración de la pituitrina**, por Hertz. (*Zentralb. für gynæk.*, núm. 20, 1913 y *La Gynécologie*, abril 1913).

El número de publicaciones referentes á la pituitrina ha aumentado considerablemente, á la vez que la proporción de casos desfavorables. El autor relata uno de estos. Se trata de una mujer de 20 años, primípara, anémica, pequeña y enjuta. Mal reglada.

Ultima regla el 9 de abril de 1912. Principian los dolores el 11 de enero de 1913, á las siete de la mañana; á las tres horas detención de los dolores, hasta las seis de la tarde, en que aparecen irregularmente. Rotura de aguas el 12 de enero á las dos de la mañana; el trabajo avanzaba lentamente hasta el 13 al mediodía. En este momento ve el autor á la parturiente: Pelvis plana raquítica; fondo del útero á dos dedos por bajo del apéndice xifoides; el orificio uterino permite el paso de dos dedos; cuello no borrado por completo, rígido, dirigido hacia el sacro. La cabeza se encuentra en la mitad de la pelvis; la pared anterior del segmento inferior estaba abombada en forma de saco. Vulva estrecha. Ningún dolor.

Se administró hacia las cuatro y cuarto, *un c. c. de pituitrina*. A los tres ó cuatro minutos primer dolor, que duró unos cuarenta y cinco minutos, pues se sucedían cada vez más fuertes (duración de un minuto á minuto y cuarto). A los veinte minutos tomaron caracter tetánico. Hacia las cinco y cuarto sobrevino un dolor particularmente violento, seguido de colapso, con pulso filiforme.

Hertz piensa en una rotura uterina; inyección de aceite alcanforado. Al tacto no se observa el orificio del cuello, la cabeza aparece en la vulva. Los latidos fetales descienden á 90-95. Inyección de pantopon para debilitar los dolores, pero sin resultado; se prepara el forceps, pero nuevas contracciones terminan el parto espontáneamente hacia las siete y cuarto. Niño asfítico reanimado al cabo de una hora. Placenta expulsada espontáneamente á los diez minutos.

Después de un lavado minucioso se dieron cuenta de que el cuello estaba desinserto, por decirlo así, de la vagina al nivel de toda su mitad anterior. La salida del niño y de la placenta ha tenido lugar por esta desgarradura, oblicua á la izquierda, hacia abajo y adelante; á la derecha el parametrio estaba abierto y admite dos dedos. El peritoneo estaba intacto. El cuello, arrancado,

se encuentra por detrás, cerca del sacro, sin estar unido al cuerpo uterino más que por su circunferencia posterior.

El autor se contenta con un taponamiento con gasa; sin suturas por falta de asistentes. Nada de hemorragia; vejiga de hielo, inyección de un litro de suero, y pantopon.

El puerperio fué normal; temperatura máxima el tercer día 38°5' con 122 pulsaciones. Se retira el taponamiento poco á poco; á los quince días se comprueba una cicatrizacion completa. La enferma se levanta después de la tercera semana y no se queja más que de ligeros dolores durante la micción.

Este caso demuestra que los extractos hipofisarios pueden ser peligrosos cuando son administrados con dilatación no completa y sobre todo en casos de rigidez del cuello. Sin embargo, Herz la ha utilizado en 16 casos antes de la total dilatación sin notar efecto alguno peligroso.

Tal vez exista una especie de idiosincrasia en las mujeres anémicas y delicadas. En 47 casos Hertz ha visto 3 con manifestaciones insólitas (lipotimias, vómitos, zumbidos de oídos) siempre en parturientes de esta clase.

En el caso que reseña, el abombamiento del segmento inferior era una predisposición para la rotura.

**Un caso de eclampsia sin convulsiones**, por Lickovetser (*Rousky Vracht* 27 abril 1913 y *La Ginecologie*, mayo 1913).

Las convulsiones, separadas unas de otras por un tiempo más ó menos prolongado, y la pérdida del conocimiento, han sido considerados como los síntomas clínicos más importantes en la eclampsia. Sin embargo, ésta puede presentarse, raramente es verdad, sin convulsiones y también sin pérdida de conocimiento. El autor describe uno de estos casos que presentan un gran interés clínico.

Se trata de una primípara de 19 años, bien constituida, que entró en la clínica de partos de Odesa al principio del trabajo. Cinco horas después de su ingreso, la enferma tuvo vómitos, después deja de responder á lo que se la pregunta y por fin queda sin conocimiento. Hora y media más tarde se notan en ella ligeras contracciones de los músculos de la cara que desaparecieron casi inmediatamente.

En la orina, que la mujer perdió, se encontró una gran cantidad de albumina, de células de tubos uriníferos y elementos figurados de la sangre. Se diagnostica eclampsia.

Hecha al punto una aplicación de forceps se extrae un niño vivo de 2100 gramos de peso. La placenta extraída, por Crede, tenía aspecto normal. Inmediatamente después de la operación la enferma despierta, se interesa por su estado, responde acorde y no se queja de nada. Tres horas más tarde súbitamente pierde de nuevo el conocimiento; la respiración se hace difícil; el pulso llegó á ser imperceptible; y algunas horas después la enferma muere.

En la autopsia se encontró la sustancia gris del cerebro con pequeñas hemorragias en alguna de sus regiones. Hígado pálido, con hemorragias en la cápsula y en el interior del parénquima. Se encontraron también hemorragias en el intestino grueso. Los demás órganos no presentaban nada de particular, macroscópicamente. En resumen; se encontraron las lesiones que han sido descritas por Schmorl, Nikiforoff etc., como características de la eclampsia.

El diagnóstico de esta forma de eclampsia, que Bickenbach llama paradójica, es á menudo bastante difícil, porque el signo importante, caracterizado por las convulsiones, falta. Los otros síntomas, como la cefalea, los dolores de estómago, vómitos, trastornos de la visión y la disnea, así como la pérdida del conocimiento, pueden hacer pensar en la histeria, apoplejía, epilepsia, ó en un envenenamiento. Diferentes autores han diagnosticado uremia, nefritis, hemorragia interna, anemia grave, peritonitis, etcétera. La naturaleza de la afección no ha sido reconocida más que por la autopsia.

De una manera general, la eclampsia sin convulsiones es muy grave, pues se la asigna una mortalidad para la madre de un 80 por 100 y aun mayor para el niño.

El tratamiento es el mismo de la eclampsia; se debe también extraer rápidamente al niño, lo cual permite conservarle la vida, como en el caso descrito.

**Del tratamiento de la eclampsia por las inyecciones en el canal medular,** por Guggisberg (*Zent. f. gynæk.*, marzo 1913, página 369, y *Ann. de Gyn. et d' Obs.* mayo 1913).

Persuadido de que es preciso perseguir al veneno eclámpico en los centros nerviosos cerebro-medulares y guiado por los excelentes resultados obtenidos por Melzer con el sulfato de magnesio

contra el tétanos, Rissmann, en un caso de eclampsia, recurrió á este medio de tratamiento, inyección de 5 c. c. de una solución esterilizada al 15 por 100, de sulfato de magnesia, y el éxito pareció completo: Cesación inmediata de los accesos.

Desgraciadamente Guggisberg, que ha experimentado el mismo medio terapéutico, tuvo resultados tan engañosos (muerte en un caso, y en el otro accidentes muy serios, por parálisis del aparato respiratorio á continuación de la inyección) que le juzga del modo siguiente:

«Me parece que la inyección de sulfato de magnesia en el canal medular contra la eclampsia, es un medio que puede emplearse contra las convulsiones graves, pero solamente en condiciones muy determinadas. Yo le emplearía, por ejemplo, cuando á pesar del parto prematuro (del que sigo siendo partidario) los accesos no cesan ó se acentúan. También en las eclampsias post partum con accesos que se suceden con breves intervalos. La dosis será de 5 á 11 c. c. de una solución al 5 por 100, teniendo en cuenta el peso de la enferma. La pelvis será levantada pero poco tiempo. Por esta elevación se obtiene una acción sobre las regiones altas del sistema nervioso central, y por consecuencia una cesación de los accesos; desgraciadamente se corre el riesgo de poner en defecto el centro respiratorio y es preciso ponerse en guardia contra este gran peligro».

**Influencia del embarazo sobre la tuberculosis**, por Koehne, (*Beitragé für klin. der Tuberkulose*, 1913, T 26 y *La Semaine Gynécologique*, 13 mayo 1913).

Conclusiones: 1.<sup>a</sup> Las tuberculosis que manifiestan una tendencia á la retracción fibrosa son influenciadas favorablemente por el embarazo; en muchos de los casos el embarazo da impulsión á esta tendencia;

2.<sup>a</sup> Los casos en los que el embarazo ejerce una influencia desfavorable sobre las tuberculosis constituyen una minoría.

3.<sup>a</sup> De una manera general no ha lugar á tomar medidas para evitar la concepción en las mujeres tuberculosas.

4.<sup>a</sup> En la mayoría de los casos el parto provocado no está indicado; dicha indicación puede presentarse, á lo sumo, cuando las lesiones pulmonares sufren una agravación manifiesta, pero en estos casos, con gran frecuencia, será demasiado tardía dicha intervención.

- 5.<sup>a</sup> Prohibición absoluta de la lactancia.
- 6.<sup>a</sup> Las mujeres embarazadas tuberculosas deben ser hospitalizadas en sanatorios para tuberculosos.

ZULOAGA

## PEDIATRIA

**Auto-lactoterapia galactógena**, comunicación del Dr. Ricardo Becerro de Bengoa, de Madrid, al Congreso de Valencia. (*La Pediatría Española*, 15 mayo 1913).

La supresión brusca ó paulatina, ó la disminución de la secreción mamaria durante la lactancia, es accidente que suele acarrear graves consecuencias para los niños de pecho, porque el cambio de nodriza ó la lactancia artificial que se requiere perturban las condiciones alimenticias de los niños, alteran las funciones digestivas, y en muchísimas ocasiones son motivo de estados patológicos gastro-intestinales infantiles de suma trascendencia.

Por esto tiene una importancia práctica capital la terapéutica galactógena de efectos rápidos, resolviendo el problema que socialmente resulta verdadero conflicto familiar.

No puede pensarse ante un caso de súbita disminución ó supresión de la leche en los medios empleadcs hasta ahora, incluyendo la opoterapia placentaria de la que Bouchacourt, tan ferviente partidario ha sido, y la tiroidina, que entre otros preconizó Herthoge.

Claro está que cuando la disminución de la leche se va haciendo lenta y progresivamente se pueden emplear medios alimenticios y terapéuticos en las nodrizas, que resulten beneficiosos, y entre ellos, recientemente ha experimentado Lippmann, de Berlín, la acción galactógena del «Malzropar», de cuyos resultados habla encomiásticamente en su artículo «Die Steigerung der Milchsekretion durch gesteigerte & Eiweissersiahrengn». (Berlín, *Klin Wochenschrift*, 1912. Núm. 30).

Pero en las disminuciones ó supresiones rápidas no sirven los remedios de acción lenta, y hay que recurrir á excitantes urgentes y ninguno puede compararse, según he observado, con las inyecciones subcutáneas de leche de la misma mujer.

Debe acompañarse este medio terapéutico del reposo en cama y de las succiones repetidas del pezón, por si resultan eficaces.

Los niños que maman teta, que tiene exigua cantidad de leche, se desesperan en cuanto chupan varias veces y no se quedan satisfechos, y pronto deben adquirir la idea de la escasez de alimento porque lloran y se desgañitan en cuanto se trata de meterles el pezón en la boca.

La desesperación del niño que no saca leche pronto, influye en la madre, desesperándola también, y en el disgusto y desasosiego llega á desaparecer casi por completo la poca leche que hubiera.

He tratado tres casos de disminución súbita de la secreción láctea, por medio de las inyecciones de leche, y el resultado en los tres ha sido positivo.

Los tres casos son los siguientes:

I. Madre de 24 años, primeriza. Tuvo prematuramente el parto á los ocho meses de gestación. Puerperio fisiológico. Subida de leche normal. En el primer mes el niño ganó un kilo de peso y casi á kilo por mes continuó ganando. Al tercer mes de lactancia reaparecieron las reglas. La del cuarto mes fué muy abundante, aminorándose algo la secreción láctea. En el quinto mes sobrevino la disminución de la leche, quedándose en día y medio casi sin secreción. El niño mamaba cada hora muy poco tiempo porque lloraba en seguida que notaba la falta de leche. Ordené á la madre la quietud en cama y el régimen lácteo-feculento y que pusiera al niño á mamar cada dos horas, no dándole leche hervida y adicionada de agua convenientemente hasta después de haberle hecho chupar del pezón. A los dos días de este tratamiento, la secreción láctea seguía tan escasa, que ordeñada la madre por mí á las cuatro horas de haber mamado el niño, no pude sacar más que 10 c. c. de leche.

A las seis horas, desinfectados el pecho, pezón y mi mano, ordeñé nuevamente á la madre y saqué 18 c. c. de leche, que fué recogida en un vaso de cristal previamente hervido. Con una jeringa Lüer de 20 c. c. de capacidad, inyecté la leche recogida debajo de la piel del vientre y quedó la mujer en reposo. El niño mamaba cada dos horas. Después de excitar por la succión, fué alimentado con leche debidamente acondicionada. A las 30 horas de puesta la inyección, sintió la madre el *golpe de leche*, los senos se pusieron turgentes y la cantidad de secreción fué como la primera subida de leche. Dos días más continuó la madre en la cama con alimentación de leche, huevos y féculas, continuando la lactancia del niño de un modo verdaderamente espléndido.

II. Primeriza de 32 años. Parto lento por presentación cefálica en O. I. D. P.; puerperio normal. Subida de leche á los cinco días del parto. Grieta del pezón y mastitis curada con aplicación de hielo durante tres días. Cuatro días más de reposo mamario. Disminución de la leche de tal grado, que apenas salían con la bomba 5 ó 6 c. c. Alimentación láctea, de huevos y féculas; aspiraciones hechas en los pezones con ventosas de Bier. Extracción de 15 c. c. de leche é inyección subcutánea. El niño fué puesto á mamar cada dos horas. A las 24 horas de la primera inyección practiqué una segunda de 20 c. c. La secreción aumentó notablemente, pudiéndose seguir la lactancia de modo normal.

III. Nodriz de 24 años. Venida de su pueblo en malas condiciones. Tardó en Madrid 10 días en hallar colocación. Mientras tanto, mamó de sus senos un niño de una Agencia inmunda. Disminución progresiva de la secreción láctea; á los 12 días de ser despedida de la casa donde ingresó para criar, vi á la nodriza en mi consultorio de la Cruz Roja. Ordeñé los pechos y no salieron más que 4 ó 5 c. c. Al día siguiente, después de cuatro horas de haber dado de mamar á un niño, la extraje 8 c. c. que le inyecté. No aumentó la secreción. Al día siguiente la saqué 10 c. c. escasos y la hice nueva inyección, que tampoco la produjo efecto galactógeno y por el contrario, tuvo la desgracia de que se la infectase el lugar de la inyección.

Estos casos, los dos primeros de efectos positivos y el tercero malísimo por las condiciones en que la nodriza se hallaba, me demostraron que las inyecciones de leche de la propia mujer es un recurso más que podemos poner en práctica para estimular la función secretoria mamaria, y que en casos recientes, en los que además puede cuidarse á las mujeres, dan resultados positivos.

**Anginas blancas pneumocóccas en la infancia**, comunicación al Congreso de Valencia, por J. García del Diestro y A. Romeo Lozano. (*La Pediatría Española*, 15 mayo 1913).

*Conclusiones:* 1.<sup>a</sup> Las anginas debidas al pneumococo de Fraenkel son más frecuentes de lo que hasta hace poco tiempo se creía.

2.<sup>a</sup> Pueden ser primitivas ó secundarias á una localización anterior del pneumococo en otros órganos (rinitis, pulmonía especialmente).

3.<sup>a</sup> Sus síntomas principales son: comienzo brusco, vómitos, fiebre alta, cefalalgia, coriza mucopurulenta, congestión faríngea con ulterior formación en la superficie de las amígdalas de una tenue película pseudomembranosa *muy blanca* y poco adherente, reacción glandular pequeña y dolorosa, disfagia y astricción de vientre.

4.<sup>a</sup> La evolución es rápida y favorable cuando no sobrevienen complicaciones. De éstas la más frecuente es la pulmonía.

5.<sup>a</sup> Desde el punto de vista etiológico, el diagnóstico diferencial con otras anginas pseudomembranosas, puede ofrecer serias dificultades, especialmente con las estroptacócicas y estafilocócicas.

En los casos de duda, sobre todo cuando es la difteria la que clínicamente no puede eliminarse, se debe acudir siempre al análisis bacteriológico de los exudados.

6.<sup>a</sup> Aun en los casos complicados el pronóstico no es grave, dada la relativa benignidad de los procesos pneumocócicos en los niños.

7.<sup>a</sup> El tratamiento debe limitarse á medidas higiénicas y á lavados faríngeos con agua oxigenada. Las complicaciones requieren medidas especiales, que el médico aplicará según su criterio personal.

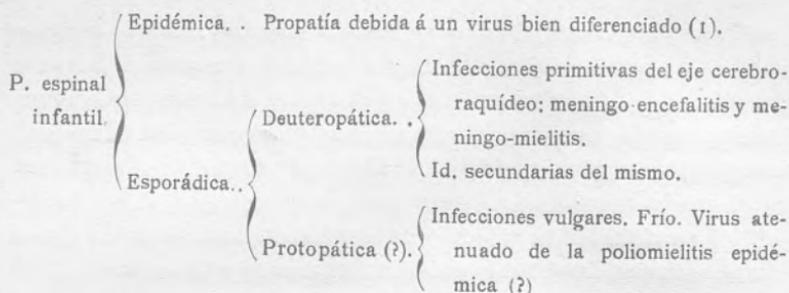
En ningún caso debe emplearse el suero antidiftérico sin procurar hacer antes un diagnóstico bacteriológico exacto.

**Parálisis espinal infantil, etiología y patogenia**, por el doctor Gómez Ferrer. Ponencia del III Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría. (*La Pediatría Española*, 15 mayo 1913).

El autor relata sucintamente á modo de *Conclusiones*, las consecuencias de las consideraciones anatómo-patológicas y etiológicas que en su ponencia describe por extenso:

1.<sup>a</sup> La parálisis espinal infantil es un conjunto morbosos que se caracteriza anatómo-patológicamente por la lesión fundamental de las células ganglionares del asta anterior de la médula con las obligadas consecuencias degenerativas de la neurona motriz y de los músculos y alteraciones tróficas alrededor de estos órganos (huesos, vasos, piel) en las topografías cuya inervación trófica depende del centro medular destruido.

2.<sup>a</sup> Por su etiología distingüense varias especies de la misma afección, que pueden clasificarse del siguiente modo:



3.<sup>a</sup> Se ignora la vida exterior, saprofítica, del agente causal, si es que la tiene, si bien es de temer que en los detritus de seres superiores (vegetales ó animales) en descomposición pueda reproducirse ó conservarse.

4.<sup>a</sup> La inoculabilidad del virus á los monos por medio de las moscas, está probada; no así la transmisión al hombre por el mismo medio.

5.<sup>a</sup> Las vías de eliminación del virus son la nariz, faringe, tubo intestinal.

6.<sup>a</sup> La predisposición infantil á contraer la enfermedad puede constituir un caso particular de la probada menor resistencia del niño á las infecciones. Se ignora la cualidad que predispone al sexo masculino.

7.<sup>a</sup> La predisposición de la neurona motriz y dentro de ella la de las células de la médula y en ésta la del abultamiento lumbar, pueden obedecer á la menor resistencia de aquélla, por la actividad debida al desarrollo.

8.<sup>a</sup> Es posible que la topografía de las lesiones obedezca en parte á la puerta de entrada ya que el virus parece que camina por los espacios linfáticos de los nervios, lo que abonan además algunos hechos experimentales.

9.<sup>a</sup> La predilección de la entrada por el aparato digestivo explicaría por la acción de un virus muy virulento capaz de provocar lesiones intestinales, ó por asociación con infecciones previas que facilitasen el ingreso del agente patógeno; de allí ascendería por filetes nerviosos hasta los ganglios raquídeos y desde ellos ganaría la médula.

(Háganse cuantas reservas se quieran á propósito de la hipótesis de la infección raquídana por vía arterial).

---

(1) Transmisible al mono en condiciones no bien precisadas á otros animales (pollos, gallinas, conejos).

10.<sup>a</sup> La profilaxia de la enfermedad, por hoy, está reducida á las reglas comunes de saneamiento de las viviendas, aislamiento de los enfermos, destrucción de los productos de su excreta, evitar y combatir los trastornos del aparato digestivo, tan comunes en los niños.

11.<sup>a</sup> Como deducción de lo expuesto, parecería lógica la vacunación preventiva. No lo es, por hoy, porque algunos ensayos en los monos han producido la enfermedad, determinando la parálisis.

Añadiré como consecuencia que, dados los resultados de la sueroterapia en los monos, es deseable un medio diagnóstico que pueda revelar la enfermedad aun desde el periodo de incubación para poder establecer oportunamente un tratamiento sueroterápico.

**Un caso de meningitis de parameningococos, tratada y curada por el suero antiparameningocócico.** Méry, Salin y Wilborts. Com. presentada á la *Soc. des Hôp. de Paris*, Sesión del 14 febrero 1913. (*Policlínica*, abril 1913).

Identificando un género tan próximo al meningococo de Weichselbaum, que es imposible, tanto morfológica como culturalmente diferenciado; preparando un suero que obra de una manera rigurosamente específica sobre este germen, Dopter ha aislado una nueva é interesante novedad en la meningitis cerebro espinal, que tiende, por su relativa frecuencia, á ocupar un lugar importante al lado de la meningitis debida al meningococo de Weichselbaum.

Desde 1909 se han publicado unas 20 observaciones de esta variedad de meningitis. Antes de la aparición del suero de Dopter todas terminaron por la muerte. Después de la preparación de este nuevo suero específico, se han publicado algunos casos de curación, y entre ellos la hermosa observación de Widal y Weissenbach. El diagnóstico clínico entre la meningitis cerebro-espinal y la meningitis de parameningococo es imposible; en cambio, para los medios de laboratorio el diagnóstico se hace fácilmente y está al alcance de todos. Así, pues, la vulgarización de tales hechos encierra una importancia práctica de primer orden.

Los autores publican después una extensa y detallada historia clínica de un niño de tres años, y formulan las conclusiones siguientes:

El pequeño enfermo ha presentado el cuadro clínico clásico completo de la meningitis cerebro-espinal meningocócica: Comienzo brusco, rigidez de la nuca y acentuadas contracturas. Temperatura elevada; presencia en el líquido céfalo-raquídeo turbio, de escasos diplococos intracelulares que no tomaban el Gram.

El suero antimeningocócico, inyectado por vía intrarraquidiana á dosis habituales, no determinó la sedación de los síntomas; con todo, se produjo sin duda, bajo su influencia, una ligera mejora que hizo esperar la curación, renovando las inyecciones. Al contrario de lo que se pensaba, el enfermo se agravó progresivamente, hasta el punto de que su estado era desesperado tres semanas después de la enfermedad.

Entonces se recurrió al suero antiparameningocócico, no por vía intrarraquidiana, porque el estado de las meninges no lo permitió, sino por vía subcutánea. La inyección, repetida dos días seguidos, produjo resultados sorprendentes, pues los síntomas generales se atenuaron y los meníngeos disminuyeron de intensidad. Se pudo ya emprender el tratamiento intrarraquidiano, y el enfermo curó, conservando algunas secuelas; sordera absoluta de origen laberíntico ó cerebral, y perturbaciones de la marcha.

Clínicamente, la enfermedad presentó el tipo clásico de la meningitis de meningococos, y nada permitía sospechar la intervención de otro germen. Los diplococos obtenidos por punción lumbar, eran poco numerosos é intracelulares, y así en su aspecto como en sus dimensiones en nada se diferenciaban del meningococo de Weichselbaum. Para identificar el germen hubo de recurrirse á la aglutinación. El mismo Dopter la practicó con suero del enfermo. Con el meningococo resultó negativa, y con el parameningococo positiva, al 1 por 80, dos días después de la inyección de suero antiparameningocócico; esta elevada titulación descendió rápidamente, y al cabo de ocho días, el parameningococo no pudo ser aglutinado más que por un suero diluido al 1 por 10.

De estos hechos los autores deducen las conclusiones siguientes:

Es probable que la meningitis cerebro-espinal debida al parameningococo de Dopter sea más frecuente de lo que se supone, y es posible que ciertos casos de meningitis en el niño de pecho, en los que el suero posee poco poder, deban entrar en el cuadro de las meningitis de parameningococos.

Es preciso que el temor á los accidentes suéricos no restrinja la práctica de las inyecciones intrarraquidianas de suero.

El conocimiento de esta nueva variedad de meningitis cerebro-espinal, permite explicar ciertos casos de fracasos del suero antimeningocócico atribuidos por los autores á diversas causas.

M. Netter insiste en la menor frecuencia de los fracasos cuando se emplea un suero polivalente, el de Flexner por ejemplo; pero lo que sabemos en general del suero polivalente y en particular del suero antiestreptocócico, obliga á formular ciertas reservas, como las ha hecho Dopter, y tal vez, en la actualidad es más prudente, en todo enfermo de meningitis cerebro-espinal, ensayar en seguida el suero antimeningocócico á las dosis habituales, y después, si no se han obtenido resultados favorables evidentes, tanto sobre los signos locales como sobre los síntomas generales, emplear, practicando la prueba de la aglutinación, el suero antiparameningocócico.

Siguiendo este método puede esperarse que aumente el porcentaje de las curaciones de la meningitis cerebro-espinal y que paralelamente disminuya el número de sus secuelas.

**Pneumococcia y reacciones intestinales. Las pneumonias secundarias del sarampión.** H. Triboulet. Comunicación presentada á la *Société Méd. des Hôspitaux* en la sesión del 21 febrero 1913. (*Policlínica*, mayo 1913).

*Conclusiones.*—En las enfermedades infecciosas, no es una cosa fortuita que los individuos presenten ó nó *reacciones intestinales*.

La existencia del estreñimiento ó la aparición de la diarrea dependen de influencias que deben citarse.

Respecto de dos infecciones extraordinariamente frecuentes, la pneumococcia y el sarampión, puedo decir: en la pneumonía *normal* no existen manifestaciones diarréicas, la diarrea puede aparecer al principio con el carácter de epifenómeno y al final á título de fenómeno crítico.

La persistencia de la diarrea, después de la fase pneumónica, debe hacer sospechar una duración insólita de septicemia y temer la aparición de complicaciones.

Si éstas pueden á veces aparecer inopinadamente, no es menos cierto que la diarrea, sin otros motivos (alimentos, purgantes), anuncia en muchos casos la pleuresía purulenta, la peritonitis, y con notable frecuencia, la otitis. La diarrea es índice de infección intensa y duradera.

El sarampión *normal* no tiene historia intestinal clínica. En un niño de pecho destetado, en un niño pequeño sometido al régimen mixto ordinario, los heces normales son alcalinas. La aparición de una diarrea neutra, y sobre todo *ácida*, al principio de un sarampión, implica generalmente la idea de una infección pneumocócica concomitante, con toda la alta gravedad que supone tal asociación infecciosa. Si, en efecto, no se trata necesariamente de una exaltación de la virulencia del pneumococo, cosa difícil de comprobar, no es en cambio dudoso que el sarampión, enfermedad astenizante, favorece en cambio el aumento de la intensidad de la infancia secundaria.

**Nota sobre las hemorragias del sistema cerebro-espinal en el recién nacido**, por Leclercq y Paput, (*La Ginecologie*, abril 1913).

De su interesante estudio deducen los autores las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Las hemorragias del sistema cerebro-espinal en el recién nacido son frecuentes, ya que de 30 niños muertos las hemos encontrado en 14.

2.<sup>a</sup> Las hemorragias de los centros nerviosos propiamente dichos son raras (un caso) en relación con las de las meninges (13 casos).

3.<sup>a</sup> En los fetos de término unas y otras son debidas ya á un traumatismo obstétrico, ya á una heredo-toxi-infección.

4.<sup>a</sup> En los prematuros, su causa principal reside en la friabilidad especial de los vasos sanguíneos, cuyas paredes no pueden soportar la presión producida durante el parto.

5.<sup>a</sup> Las hemorragias se acompañan, en cierto número de casos, de derrames sanguíneos extra-meníngicos abundantes, aun cuando no haya dislocación vertebral ni fractura de cráneo.

Z.

## SIFILIOGRAFIA

**Dos casos de adenopatias escrófulo-sifilíticas exacerbadas por el salvarsán**, por el Dr. Houssay. (*Argentina Médica*, 28 de junio de 1913).

Bien conocida es la acción rápida y segura del salvarsán sobre casi todas las manifestaciones sifilíticas secundarias y terciarias, especialmente cutáneas y mucosas que suele hacer desaparecer

con sorprendente rapidez. Iguales resultados se consiguen en la poliadenopatía secundaria.

El autor ha comprobado, con casi un año de intervalo, dos casos de adenopatía escrófulo-tuberculosa en que el salvarsán produjo una acción nociva evidente, dando un verdadero latigazo á las lesiones ganglionares.

PRIMERA OBSERVACIÓN.—P. de F., italiana de 30 años, casada, con los siguientes antecedentes:

*Familiares y hereditarios:* El padre tuvo una hemoptisis á los 26 años y falleció á los 70 á consecuencia de un flegmón. Madre muerta á los 61 años, 10 años antes, tuvo cirrosis atrófica (?). Siete hermanos, los dos mayores sucumbieron de difteria, y el último murió tuberculoso á los 22 años, una hermana es ozencsa.

*Personales:* En la infancia ha tenido coqueluche, escarlatina, y adenitis submaxilar escrofulosa que supuró.

Menstruó á los 13 años y casó á los 14. A los tres meses de estar embarazada tuvo pérdidas de sangre, (esfuerzos dice) y el parto fué normal.

El hijo, tiene hoy 16 años, ha tenido varias pulmonías (!) y por una de ellas está en este hospital, es grande y bien conformado.

A los 21 años comenzó la adenopatía cervical de la enferma que creció lentamente y sin dolor, hasta alcanzar gran tamaño. Dos años después tuvo fuertes mareos durante un mes, caída de pelo, los ganglios hincharon más; le hicieron 50 inyecciones de calomel y los ganglios disminuyeron hasta desaparecer, aumentó 20 kilogramos... Diez y ocho meses después reapareció un ganglio en la región supraclavicular izquierda que le fué extirpado quirúrgicamente. Al mes tuvo hemoptisis de unos 50 grs., y tos seca durante un mes, con 12 inyecciones mercuriales mejoró, aumentó de peso, pero persistió la adenopatía izquierda que había crecido de nuevo desde un mes después de la operación. A los 25 años de edad le hicieron inyecciones de enesol, y los ganglios disminuyeron de volumen, la enferma adelgazó. A los 28 años amenorrea de tres meses, después de 20 inyecciones de enesol volvieron los periodos menstruales y hemorragias frecuentes é irregulares durante cinco meses, cesando después de un raspado uterino.

Hace cuatro meses volvieron á aumentar los ganglios con más rapidez que las veces anteriores, le hicieron una inyección venosa de 0 gr., 50 etgs., de salvarsán, los ganglios aumentaron de tamaño al principio y tuvo edema de la cara, luego su crecimiento se detuvo y la enferma se sentía más fortalecida.

El estado actual el 5 de febrero de 1912, nos dió las siguientes informaciones. Bien constituida, regular estado de nutrición. Pupilas regulares é iguales, reaccionan á la luz, distancia, etc.

En el lado izquierdo del cuello hay una enorme masa piliglan-gliolar dura, sin adherencias con la piel, indolora ó poco sensible, que se extiende desde la mitad de la distancia maxiloclavicular hacia abajo y que hunde por detrás de la clavícula izquierda en la cavidad torácica.

En los pulmones submatitez ligera del vértice izquierdo por detrás y delante, y se percute la parte intratorácica de la adenopatía. Las vibraciones del vértice izquierdo son más intensas. Hay murmullo vesicular en ambos pulmones, menos intenso en los vértices.

El examen de corazón, órganos abdominales (bazo), sangre, resulta anormal.

No hay adenopatías inguinales, ni axilares.

Cada cuatro, cinco ó seis días la temperatura vespertina subía á 37° y décimas y hasta 38°.

Se le hicieron 12 inyecciones de enzol y la adenopatía decreció, se hizo más blanda, hubo mejoría subjetiva. Suspendido el tratamiento durante 10 días hubo un nuevo crecimiento rápido del tumor.

El 6 de marzo le hicimos inyección endovenosa de 0 gr., 30 centigramos de salvarsán en 200 cent. cúb. de solución salada. Al día siguiente la cara y cuello estaban hinchados, había edema, especialmente del lado del tumor.

El edema persistió así tres días y rápidamente comenzó entonces á crecer el tumor, tan bruscamente que en dos ó tres días se puso tenso y doloroso, en un punto la piel adelgazada parecía que se iba á abrir.

Se le volvieron á hacer inyecciones diarias de enzol, comenzando seis días después de la administración del salvarsán y se produjo una rapidísima mejoría á las cuatro ó cinco inyecciones.

Fuése de alta, por asuntos de familia, el tumor era un tercio más chico que cuando vino, más blando, y no sentía ya irradiaciones dolorosas y sensación de peso como al principio.

Meses después fué vista por el practicante Sr. Goñalons, después de algunas alternativas el tratamiento por inyecciones de enzol curó á la enferma.

La otra observación es aún más demostrativa.

SEGUNDA OBSERVACIÓN.—V. del R..., 25 años, española, soltera, corista, entró el 25 de abril con los siguientes antecedentes:

*Hereditarios y familiares:* Padre, era bronquítico, muerto. Madre viva y sana. Dos hermanas vivas, y los seis hermanos menores, han fallecido pequeños, no sabe la causa.

*Personales:* No recuerda haber estado enferma en la infancia. A los 11 años adenopatías supuradas en las ingles, á los 14-15 años ganglios supraclaviculares, que retrocedieron con tratamiento por aceite de hígado de bacalao. Hace dos años le hicieron una serie de inyecciones de cacodilato. Ha tenido metritis. Nunca ha reglado (en su familia reglaron todas precozmente) no ha tenido hemorragias supletorias, ni síntomas molestos.

En enero de 1912 le extirparon un voluminoso ganglio supraclavicular.

Hace seis meses tuvo relaciones con un sujeto sífilítico, con llagas bucales y alopecia y que estaba en tratamiento. Unos dos meses después tuvo picazón en la garganta, aparecióronle manchitas rojas en todo el cuerpo, tuvo dolores osteoscopos, tomó ioduro; luego quedó sorda un tiempo, supurándole el oído durante un mes.

Hace mes y medio comenzó á crecer rápidamente su adenopatía cervical hasta su ingreso al hospital. Tuvo hace poco iritis doble, placas mucosas en la boca y genitales, por lo que el doctor Landívar le hizo dos inyecciones glúteas de salicilato de mercurio semanales. Curó la iritis y vino á asistirse en nuestra sala.

*Estado actual:* Bien constituida, blanca, pelo abundante en pubis y axilas, mamas desarrolladas.

En todo el cuerpo y miembros se ven sífilides papulosas, de elementos diseminados ó agrupados, rojo cobre, de diferente edad, que dejan pigmentación residual. En la frente corona de Venus. En ambas amígdalas y pilares anteriores y velo se ven placas mucosas, confluentes, salientes, aplanadas, blanco-opalinas. Hay muchas sífilides mucosas erosivas y algunas pocas condilomatosas en las paredes vaginales.

Se tocan ganglios inguinales pequeños movibles, no dolorosos, y un ganglio más grande y más duro en la ingle derecha próximo al pubis. Cejas largas, ojos brillantes, conjuntivas algo inyectadas, isocorea pupilas regulares y reaccionan bien á la luz y distancia. Motilidad ocular y facial bien. Buena dentadura.

Se observa en el cuello, región carotidea derecha un voluminoso infarto ganglionar detrás de la rama montante del maxilar

inferior; son 2 ó 3 ganglios sensibles pero poco dolorosos; piel movable, sin modificación de aspecto. Se tocán en ambas regiones carotídeas y sub-occipitales varios ganglios pequeños, los mayores como avellanas. En la región supraclavicular derecha se ve una cicatriz linear, transversa y sin adherencias, blanda.

Tórax: Excursiones, resistencia, palpación normales. Pulmones normales á la percusión y auscultación.

Corazón: Area, tonos, etc., normal.

Pulso: 85 latidos por minuto, regulares, iguales: tensión: (Pachón)  $M \times 13$  Mn 7.5 D — 5.5.

Abdómen: Nada particular, hígado percútese de borde superior 5.<sup>a</sup> costilla á reborde costal, bazo no se palpa y sus límites percutorios son normales.

Riñones: No se palpan.

Orina: Normal.

El diagnóstico era evidente y decidióse practicarle una inyección venosa de 0 gr., 30 ctgs., de salvarsán el 28 de abril de 1913. Tuvo fiebre á la tarde, 39<sup>o</sup>2 y cefalea.

A los dos días las placas mucosas bucales habían desaparecido casi completamente; dos días después no quedaban rastros. Las sífilides papulosas de la frente retrogradaron rápidamente, así como algunas placas mucosas vaginales. Pero en el resto de la piel y vagina no hubo progreso apreciable.

Los ganglios del cuello parecieron ablandarse (cree la enferma), pero tres días después de la inyección engrosaron un poco y dolieron.

Se practicó una segunda inyección venosa de 0 gr., 40 centigramos, ocho días después de la primera que no produjo fiebre ni molestias inmediatas.

A los dos días crecieron los ganglios, más al tercero, y aparecieron entonces varios ganglios, sobre todo uno grande debajo de la cicatriz supraclavicular en un punto donde hasta entonces nunca se había tocado.

Desde el segundo día de esta exacerbación se le da jarabe iodotánico tres cucharadas diarias y á los tres días los ganglios parecen estar un poco menos tensos.

Se decide hacer una tercera inyección venosa de 0 gr., 40 centigramos, seis días después de la segunda, que no produjo reacción inmediata, pero á los tres días comienza á crecer nuevamente, el ganglio supraclavicular adquiere en tres días el tamaño de dos huevos de gallina; aparece al lado, otro ganglio grueso, y varios

algo más chicos en la cadena carotídea. Estos ganglios crecieron durante unos diez días consecutivos. Las lesiones cutáneas han ido decreciendo progresivamente, ya después de la segunda inyección, y más después de la tercera. La enferma tomó jarabe iodático durante diez días, sin resultado apreciable, se decidió entonces hacerla inyecciones diarias de 0 gr., 02 cgt., de biioduro de mercurio.

El estado de la enferma era el siguiente: nada anómalo al examen físico de corazón, pulmones, hígado, abdomen y bazo; no se tocan los ganglios axilares, y los inguinales están como cuando vino ó más bien achicados. El examen de la sangre da 4 780.000 eritrocitos, 10.800 leucocitos, 91 por 100 de hemoglobina, hay 80 por 100 de polinucleares, 18 por 100 de linfocitos, uno por 100 de mononucleares grandes, uno por 100 de formas de transición, no hay eosinófilos; los glóbulos rojos son normales.

Existen pápulas activas, raras y pigmentaciones residuales de otras ya curadas; hay algunas sífilides erosivas y dos pequeños condilomas en las paredes vaginales; nada en la boca. La reacción de Wassermann (Gourdy) era positiva.

En el cuello se tocan dos gruesos ganglios retromaxilares derechos, no adherentes, con la piel color normal; ganglio sub-occipital-derecho como una almendra, el izquierdo medio más chico; en la base del cuello, lado derecho, se tocan dos gruesos ganglios vecinos, uno carotídeo, el otro supraclavicular.

Los ganglios presentaban de un día para otro curiosas alternativas de tensión supraclavicular.

En estas condiciones fué presentada á la Sociedad Médica, llevaba ya cinco inyecciones de biioduro y ese día comenzaron los ganglios á ablandarse un poco; acentuándose rápidamente esa mejoría tanto que tres días después, á las siete, inyecciones de biioduro, están reducidas á un tercio de su tamaño y van en franco retroceso. Hacía seis días que tomaba aceite de hígado de bacalao.

¿Qué interpretación debe darse á estos casos? dice el doctor Houssay:

«El diagnóstico es evidentemente exacto en ambos casos: los antecedentes, la localización, los caracteres, la cronología y el desarrollo de la adenopatía; las pruebas humorales, etc., lo demuestran bien á las claras.

El tratamiento por salvarsán parecía justificado por su acción antisifilítica y por su acción eutrófica.

Bastante obscura es la interpretación de las modificaciones locales, una biopsia antes y después pudo aportar alguna, pero por razones de estética no nos decidimos á hacerla.

La arsenoresistencia espirilar no pudo sostenerse porque en el segundo caso no hay más que un tratamiento por cacodilato muy corto, antiguo, y muy anterior, á la infección sifilítica. Por otra parte, se explicaría por la arsenoresistencia una ineficacia del medicamento pero no una agravación.

Una explicación más verosímil, pero puramente hipotética, sería que la destrucción espirilar intensa libertara endotoxinas que produjeran una reacción de Herxheimer ganglionar.

Pero, no se puede hablar de reacción de Herxheimer, por lo menos típica, porque el proceso hipertrófico comenzó á los tres días, cuando otras lesiones mucosas ó cutáneas (segundo caso) ya iban en regresión. Quedaría siempre una incógnita y sería motivo porque esa reacción sólo se hubiera localizado á los ganglios, que factores locales eran causantes de esto.

El problema circunscribe á saber si la exacerbación era de naturaleza bacilar ó específica.

Pudiera pensarse lo primero, recordando la acción congestiva del salvarsán en procesos tuberculosos, por ejemplo en los pulmonares, donde ha producido á veces hemoptisis.

Pero la retrocesión franca y rápida por el tratamiento mercurial demuestra que la afección ganglionar era de naturaleza específica.

Ahora bien, hemos visto siempre que las poliadenopatías secundarias se borran rápidamente después de una inyección de salvarsán.

Casualmente, igual parte de la misma solución de salvarsán, que empleamos la segunda vez en nuestro segundo caso fué inyectada á un caso que tuvo esa evolución favorable, rápida.

Es probable, entonces, que la infección concomitante bacilar modificó la marcha del proceso sifilítico. Como se ve en nuestro segundo caso nuestra insistencia en la medicación salvarsánica fué nociva, y ante la progresión amenazadora de las lesiones no nos atrevimos á proseguirla.

Estos casos aconsejan una prudente reserva antes de instituir el tratamiento por el salvarsán en las adenopatías escrófulo sifilíticas, en las que nos parece más razonable preferir el tratamiento mercurial. Este último, por otra parte, combate eficazmente la exacerbación de la adenopatía consecutiva al salvarsán. No

queremos con sólo dos casos deducir que esa exacerbación sea constante ó muy frecuente en la adenopatía escrófulo-sifilítica, pero conviene saber que es posible.

Es posible también que circunstancias análogas de terreno ó de virulencia, más bien lo primero, expliquen muchos de los accidentes viscerales ó nerviosos del salvarsán.

La exacerbación de un proceso después de una ó varias inyecciones de salvarsán no prueba que no es sifilítico, y conviene buscar si ese hecho tan evidente en nuestros casos, no explica como decíamos, muchos accidentes nerviosos post-salvarsánicos».

**Estudio de la ley de Profeta, por la reacción de Wassermann,**  
por Mile. Berthe Sabin, (*Annales de Maladies Veneriennes*, número 4, 1913).

Fué en 1864, cuando Profeta, profesor de la Universidad de Palermo formuló la ley que lleva su nombre: un niño sano, nacido de madre sifilítica, no puede ser infectado ni por la leche, ni por los besos de su madre, no perdiendo esta inmunidad más que cuando su organismo ha sido renovado por el crecimiento». «Era para el niño el corolario de la ley de Colles y Baumes, relativa á la inmunización de la madre, hacia su hijo contaminado. Formuladas en estilo lapidario, estas dos leyes se impusieron largo tiempo á los sifiliógrafos y pediatras, que se preocupaban de la lactancia de los niños heredo-sifilíticos; la fórmula era categórica y en razón de la confianza que su autor inspiraba, se obedeció ciegamente.

Sin embargo observaciones clínicas un poco contradictorias fueron señaladas: citemos en primer lugar el caso de Arning: un pintor contagia á su mujer embarazada de 4 meses, el embarazo termina felizmente y el recién nacido no tiene traza de infección, la madre le lacta y un mes más tarde, presenta un chancro de la comisura derecha, seguido de un exantema maculoso y de placas mucosas en la boca y en el ano; el niño adelgaza y muere, no encontrándose en la autopsia lesiones viscerales características de la sífilis hereditaria. Hechos semejantes han sido citados posteriormente por Rozen, Bergh, Flindt, Thiry, Riocreux, Neuman, Heubner, Obtulovitz, etc.; Finger en 1896 ataca violentamente la ley de Profeta, publicando una estadística de 27 casos en los que esta ley manifestamente falta.

Ciertos autores para interpretar estos hechos, lanzaron la hipótesis de la infección del niño al paso del conducto genital, mas ningún caso auténtico se presentó, y Violet asistiendo una mujer contagiada en su embarazo y en la cual la vulva estaba recubierta de placas segregantes, no tuvo inconveniente en prolongar los contactos en el curso de una expulsión bastante lenta, no sufriendo contagio alguno el recién nacido. En realidad para interpretar la ley de Profeta, es necesario establecer una distinción entre la sífilis concepcional y la post concepcional.

Desde 1847, Ricord señala en una de sus lecciones clínicas, la benignidad de la sífilis post-concepcional tardía. «Si la infección de la madre tiene lugar en los tres últimos meses, no estoy seguro de que la infección sea posible» y Diday en su tratado de la sífilis de los recién nacidos, en 1854 afirma «el feto, si la sífilis se contrae después del cuarto mes del embarazo, tiene muchas probabilidades de escapar á la infección, el aborto es más raro á medida que el tiempo pasa, durante los últimos meses la influencia de la madre se debilita y después se aniquila». Un poco más tarde Bobrie estudia la cuestión presentando un cuadro que es clásico: cuanto más tardíamente es infectada la madre en su embarazo, más probabilidades tiene, de traer al mundo un niño vivo; 5 madres infectadas en el noveno mes; han tenido 5 hijos vivos, 4 que contrajeron la enfermedad en el octavo mes, tuvieron también hijos sanos y vivos, al contrario en 2 casos de infección en el quinto mes, un niño sólo nació vivo.

*Valor de la ley de Profeta.*—Hasta estos últimos tiempos los médicos y pediatras, que tenían que resolver la cuestión tan importante de la lactancia de los niños nacidos de madres sífilíticas que habían contraído la sífilis durante el embarazo, se atenían á la opinión emitida por Gaucher que afirmaba en parte la ley de Profeta. «La sífilis trasplacentaria, aunque se dice que es más benigna, no está probado más que durante los siete y durante los cinco primeros meses del embarazo; durante los cinco primeros meses, la sífilis del niño constituye la regla absoluta, durante el sexto y séptimo mes, es probable, siendo la excepción después del séptimo; sin embargo, hay observaciones de niños sífilíticos, nacidos de madres que habían contraído la sífilis, en el séptimo y octavo, ó noveno mes, estos casos son excepcionales pero auténticos. La consecuencia es: que cuando una mujer contrae la sífilis después del séptimo mes, el niño nace generalmente sano y no debe ser alimentado por su madre, por otra parte,

como no sería prudente darle una nodriza, se hará uso de la lactancia artificial».

La aparición de la reacción de Wassermann como medio de diagnóstico clínico de la sífilis, decide á numerosos autores á investigar cómo se comportan los recién nacidos de mujeres infectadas post-concepcionalmente, concluyendo varios en la sífilis fatal del embrión, cualquiera que sea la edad de la infección de la madre. Hace falta dice Wechdelmann en los recién nacidos de padres sífilíticos, instituir el tratamiento antisifilítico, sin tener en cuenta la ausencia de síntomas, ó de una reacción única negativa; Thomsen y Boas y después Rietschel, llegan á iguales conclusiones, sin embargo dos excepciones á la ley, confirmadas por el examen serológico lo que les da un gran valor, alteraron un poco estas conclusiones; una sirvienta en plena eflorescencia sífilítica, es admitida en la policlínica con su niño de cinco semanas, el cual bien constituido disminuía de peso desde hacía quince días; presentaba al mismo tiempo 7 ulceraciones de la cara, bien limitadas, irregularmente circulares ó ovales, en las cuales se veía por debajo de sus costras, una capa lisa, roja, oscura, con secreción serosa, en la región parotídea existía una glándula dura del tamaño de un guisante. Se encuentra el treponema pálido en las secreciones de las lesiones de la cara; la reacción de Wassermann fué primeramente negativa, haciéndose positiva mes y medio después de la entrada en el hospital. La infección de la madre parecía remontar á cuatro meses, la forma y disposición de los chancros en la cara del niño, correspondía exactamente con la aplicación de una de las ramas del forceps: Haslund admite, que la piel ha sido herida por este instrumento y que el virus ha encontrado allí numerosas puertas de entrada. La segunda observación es de Bering: una madre sífilítica con roseola generalizada, presenta una pápula al nivel del mamelon derecho, su hijo se infecta, y al 20 día presenta un chancreo del labio inferior con Wassermann positivo. La ley de Profeta, añade Bering recibe un rudo golpe por las nuevas experiencias que ponen en duda la realidad de la inmunidad en la sífilis.

El autor expone después 23 observaciones personales y las de diferentes autores, con las cuales formula las siguientes conclusiones.

Nuestras observaciones se aproximan sensiblemente de las obtenidas por los autores cuyas observaciones hemos relatado, demostrando que en la mayoría de los casos, la reacción de

Wassermann es positiva á la vez en la madre y en el niño, los que aunque de apariencia sanos deben considerarse como sifilíticos ya que pueden presentar en una época más ó menos aproximada, manifestaciones, resultando su pretendida inmunidad de la latencia de la infección.

Deben igualmente ser considerados como sifilíticos, los recién nacidos en los cuales la reacción negativa al nacimiento, se hace positiva algunas semanas después, hayan ó no tenido manifestaciones.

Por último, hay un cierto número de niños en los cuales la reacción negativa al nacimiento continúa durante muchos meses sin que ningún signo pueda poner en duda los resultados de los exámenes serológicos; un cierto número de autores: Bergmann, Hermann, Stern, Knapfelmacher y Lehndorff, más recientemente Carle, Dasros y Teissonniere, admiten que se trata en estos casos de sífilis latentes y que en ellos la reacción aparecerá más tarde. Estos niños deben ser considerados como excepciones á la ley de Profeta, es decir como absolutamente indemnes de sífilis, ó bien hace falta considerarles como sifilíticos latentes no obedeciendo á la reacción de Wassermann; actualmente se está de acuerdo para reconocer, que dicha reacción es el testigo de la infección humoral y no de la inmunidad, y si en ciertos casos de recién nacidos sifilíticos, se ha obtenido una reacción negativa, esta se hizo positiva antes de seis semanas como máximo.

La sero-reacción Wassermann cuando permanece negativa más allá del primer año, permite considerar al niño como indemne de todo ataque ulterior; si comparamos los resultados serológicos de las observaciones de sífilis post-concepcional tardía, de los obtenidos en recién nacidos salidos de padres sifilíticos antes ó durante la concepción, resulta nuestra estadística más favorable, y esta divergencia en los resultados, indica la importancia que tiene la distinción entre la sífilis anteconcepcional ó concepcional, de la sífilis post-concepcional.

La influencia de la sífilis de los ascendientes sobre los descendientes, está bien conocida lo mismo que la influencia de cada uno de los generadores; la sífilis de origen paterno, es tanto más nociva, cuanto más virulenta, pudiéndose atenuar bajo la influencia de la antigüedad de la infección y del tratamiento. Más dañosa es la sífilis de origen materno. «Cuando la sífilis materna es anteconcepcional, no se encuentra ningún recién nacido sano, ni uno solo escapa á la muerte, á la sífilis ó á la distrofia». Estas conclusiones

formuladas en el Congreso de Lisboa de 1906, han sido confirmadas por trabajos más recientes sobre la herencia en general y sobre la herencia sifilítica en particular.

Un trabajo de Ch Leroux y Labbé sobre la sífilis familiar, termina con conclusiones paralelas; la reacción de Wassermann dicen estos autores, indica que es la madre la que condiciona la sífilis activa del niño, sin embargo, nosotros no hemos encontrado nunca la fórmula: padre madre-niños y una sífilis activa en el padre pero extinguida en la madre, da un niño sano casi siempre. Ellos añaden, una madre con sífilis activa, da nacimiento á un niño con reacción de Wassermann positiva casi siempre, algunas veces una sífilis infantil con reacción negativa, tratándose entonces de una heredo-sífilis latente.

En lo que concierne á la sífilis concepcional, la ley Profeta, permanece exacta, porque sin prejuzgar el mecanismo de la aparente inmunidad del recién nacido, no hace más que proclamar la constancia de la herencia sifilítica no sufriendo ninguna excepción. En la sífilis post-concepcional la ley de Profeta falta?, la reacción de Wassermann de acuerdo con la clínica demuestra que algunas excepciones deben ser admitidas, sobre todo cuando se trata de una contaminación tardía; no se puede negar hoy, que un cierto número de recién nacidos confiados á su madre atacada de sífilis florida, hayan contraído chancros típicos seguidos en los plazos normales de accidentes secundarios; si la teoría de la sífilis al paso puede ser emitida hoy día, es solamente considerándola como una contaminación posible de un niño sano por accidentes eminentemente contagiosos; hacen igualmente excepción á la ley de Profeta los niños que en el nacimiento, no presentan ninguno de los estigmas de la heredo-sífilis y que permanecen sanos con un crecimiento normal, y en los cuales la sero reacción de Wassermann negativa permanece en igual estado durante el primer año de la vida.

La ley de Profeta es verdadera en lo que concierne á la sífilis concepcional y prácticamente tiene un valor incuestionable, pero de la generalidad misma de su texto se desprenden algunas imperfecciones que pueden exponer al médico á desagradables eventualidades; en los casos de sífilis post-concepcional tardía, que la reacción puede ser un guía precioso para el médico que tenga que tomar la responsabilidad de la lactancia del recién nacido. Todos los niños con ó sin accidentes y en los cuales la reacción sea positiva, pueden ser infectados tardíamente y en los que la

reacción es positiva, podrán todavía ser lactados por su madre; pero cuando la reacción sea negativa, cualquiera que sea la fecha de contaminación de la madre, se recurrirá á la lactancia artificial, mas como falta la certeza absoluta de que hayan escapado á la infección, no se les debe confiar á una nodriza, siendo lógico y prudente someterles á un tratamiento antisifilítico.

F. DOMINGO

## UROLOGIA

**Estado actual de la cuestión de la operación de la litotricia,**  
por Arthur T. Cabot, de Boston (*The journal of the American medical Association*, núm. 22, noviembre de 1912).

El autor se extraña de que los jóvenes cirujanos, abandonen la litotricia por la talla hipogástrica, dando la primera una mortalidad operatoria de 1'6 á 6 por 100, mientras que la última da de 10 á 20 por 100; para el autor, la litotricia es la operación de elección en los casos de cálculo vesical sin complicación. Al argumento de que la cistotomía permite enterarse de todas las lesiones que puedan acompañar al cálculo, responde que el empleo del cistoscopio antes de la intervención llena dicho cometido sin esos inconvenientes. Para el autor, el cirujano general debe tener en su arsenal, litotritores poco costosos, á pesar del empleo excepcional que de ellos pueda hacer, no debiendo tener la idea de que hace falta una habilidad especial para practicar la operación, en caso contrario debe enviar el enfermo á un especialista.

Antes este medio de ablación era empleado para extirpar cálculos ocultos detrás de las próstatas hipertrofiadas; sobre 185 casos antiguos de esta estadística, practicados bajo anestesia general, no señala más que 8 muertos, lo que hace 4'32 por 100; 2 sobrevivieron un mes después de la intervención, á la cual no pueden ser imputados, otras 2 muertes fueron debidas á causa de una pulmonía contraída en el curso de la anestesia, por tratarse de enfermos atacados de bronquitis crónica, por último el quinto murió á consecuencia de un ataque agudo de uremia. La técnica moderna de la extirpación de las próstatas hipertrofiadas, en las que la ablación del cálculo no es más que un hecho secundario, ha contribuido á disminuir la cifra de mortalidad en estas operaciones.

Desde la publicación por Bigelow de su manual operatorio, casi nada se ha cambiado, como no sea el litotritor evacuador de

Chismore del que el autor no se sirve más que excepcionalmente para retirar los últimos fragmentos. Cabot sigue fiel á la antigua operación de la cual está plenamente satisfecho, considerándola superior á la talla.

**El tratamiento de la tuberculosis infiltrada del riñón**, por León Bernard, de París (*Mouvement medical*, núm. 1, enero 1913).

La cuestión de la tuberculosis renal es uno de los problemas más graves que pueden presentarse á la conciencia del médico; en estos últimos años en Francia y en el extranjero, unos cuantos médicos han combatido la intervención quirúrgica en la tuberculosis renal, fundándose en los resultados obtenidos por el tratamiento médico, constituido por los remedios específicos de la tuberculosis (tuberculinas, sueros, etc.), con lo cual han provocado un movimiento de opinión sembrando la duda sobre la conducta á seguir ante estos enfermos, y provocando una discusión que parece haber sido resuelta.

El autor no ha tenido en cuenta más que la forma de tuberculosis renal, denominada «tuberculosis infiltrada ulcero-caseosa», forma lo más á menudo primitiva, diagnosticable por signos clínicos particulares, y dotada de caracteres anatómicos y evolutivos, que exigen precisamente las indicaciones operatorias. Se trata de una localización del bacilo de Koch, que llevado por la vía sanguínea se fija en pequeño número sobre los riñones y más ordinariamente sobre uno; el órgano es asiento entonces, del desarrollo de tubérculos, primero miliares, después por agregación nodulares, estos nódulos se caseifican, se reblandecen, dando lugar á la formación de cavernas en el parénquima, las cuales ulcerándose progresivamente por la evacuación en el ureter de la materia caseosa, terminan destruyendo el órgano; pero en el curso de este proceso diversas complicaciones se producen casi fatalmente: es primero la contaminación por el bacilo de las extremidades inferiores del aparato urinario y en particular la vejiga, ó también la contaminación del segundo riñón, que se traduce ya por lesiones no foliculares bien estudiadas por Albarrán, ó por lesiones foliculares que siguen la misma evolución que las del riñón primitivamente infectado; por último el foco tuberculoso renal termina por infectar todo el organismo; tales son los caracteres anatómicos y evolutivos de esta forma de tuberculosis renal, los cuales pueden ser resumidos: evolución progresiva hacia la destrucción del riñón

atacado, hacia la generalización á todo el aparato urinario, hacia la infección general de todo el organismo.

La tuberculosis infiltrada ulcero-caseosa del riñón, es casi siempre primitiva clínicamente. La tuberculosis infiltrada del riñón en los comienzos de su evolución, está generalmente limitada á este órgano; en efecto el bacilo llega al riñón: sea directamente, indirectamente ó secundariamente; en el primer caso el bacilo conducido por la vía sanguínea, no ha dejado señal en la puerta de entrada; en el segundo caso el bacilo ha partido de otro foco tuberculoso del organismo, mas casi siempre se trata de un foco tórpido ó latente.

La incurabilidad espontánea del riñón tuberculoso, está demostrada por pruebas anatómicas y clínicas; bajo el punto de vista anatomo-patológico, se ha invocado la existencia de procesos evolutivos favorables, que han sido clasificados por Delbet de la manera siguiente:

a) Transformación cretácea de los tubérculos: no se conocen más que los tres casos de Le Fur, desprovistos de todo detalle, lo que no permite tomarles en consideración; lo mismo que los demás autores, Bernard no ha encontrado jamás dicha transformación cretácea, en las numerosas autopsias practicadas en los tuberculosos.

b) Transformación esclerosa de los tubérculos (casos de P. Delbet, Macaigney, Vanverts, Rafin, Pousson, Estor, Loumeau y Brandeis, Lecene, Pechere, Genouville, Heitz-Boyer). En los casos de tubérculos fibrosos del riñón, existían folículos bacilares en plena actividad, que impedían considerar como curados los riñones sobre que asentaban; por otra parte se sabe lo raros que son los tubérculos fibrosos del riñón: Wildbolz en 70 piezas y Beckel sobre 64, no encontraron ningún caso. Se ha preguntado porqué el riñón, no puede como el pulmón ser asiento de tubérculos fibrosos, pudiendo responder que es el mismo caso de todos los órganos glandulares, el hígado en particular; por otra parte, no tiene razón de ser exponer de este modo la cuestión, ya que los tubérculos fibrosos del pulmón responde á una forma particular llamada abortiva ó latente, jamás á las formas úlcero caseósas.

No tiene razón Pechére, cuando pone en boca de Bernard la afirmación de que la tuberculosis, no cura nunca; este autor ha dicho, que los tubérculos cicatriciales pulmonares, encontrados á la autopsia por Brouardel, por Letulle, etc., y aceptados por los clásicos como la prueba de la curabilidad, corresponden á los

sujetos que estuvieren indemnes durante su vida de toda manifestación clínica de tuberculosis, á lo más se trató, de una forma frustrada ó tórpida de la enfermedad, y nunca de la tuberculosis infiltrada del pulmón á forma ulcerosa.

c) Reblandecimiento de las cavernas con evacuación del contenido caseoso: el riñón se transforma en una bolsa; pero las paredes contienen foliculos y el contenido bacilos, no siendo por tanto casos de curación.

d) Exclusión renal por obliteración ureteral: se trata de un proceso importante de conocer; el riñón excluido por obliteración de sus vías excretorias, contiene un pus espeso, una materia caseosa, ó un contenido claro. Los riñones excluidos sólo pueden ser considerados como curados por un abuso del lenguaje, en efecto por una parte conservan toda su actividad virulenta, y por otra parte cerrados, separados de la vejiga por obliteración ureteral, están funcionalmente suprimidos. Esta llamada curación, oculta en realidad una autonefrectomía bajo el punto de vista fisiológico, pero que no exonera al organismo de los daños de un foco infectado é infectante por el bacilo.

Añadamos que el proceso de exclusión renal puede limitarse á segmentos parciales del riñón, como claramente lo han demostrado Heitz-Boyer y Braun, comprobando el papel de la infección bacilar ascendente en su producción; así pues, ninguno de los procesos invocados en favor de la curabilidad anatómica de los tubérculos, puede considerarse como cierto.

Los hechos clínicos no son más demostrativos, no resistiéndose ninguno á la crítica. Para interpretar los casos de curación que han sido alegados, hay que tener en cuenta que la enfermedad es á marcha remitente; la tuberculosis infiltrada del riñón, da lugar á remisiones, á treguas prolongadas, durante las cuales todos los síntomas clínicos se disipan; las orinas se aclaran, el pus y los bacilos desaparecen, los dolores cesan, y el peso del enfermo aumenta, explicándose estos hechos por las exclusiones renales ya señaladas; se conocen numerosos casos de remisiones de larga duración (casos de Albarrán: 3 años, 12 años, caso de Oraison 20 años, casos de Pousson: 6 y 18 años) y en el último Congreso de Urología se han dado á conocer numerosos casos. Pero estas treguas son exclusivamente clínicas, durante su existencia silenciosa, la lesión evoluciona; cavernas después de ser vaciadas en los cálices, pueden obliterar su orificio, pero otros nódulos progresan y se ulceran á su vez, explicándose así los retornos de la

piuria bacilifera, después de largos periodos de orina clara y aséptica.

Es pues un error creer como Castaigne, que estas remisiones traducen una regresión de las lesiones, deduciendo «que lesiones susceptibles de regresar espontáneamente, no puedan ser curadas por un tratamiento médico», no es menester confiar por tanto en la lentitud de estas evoluciones, pues á pesar de la gran duración de ciertos casos, no por ello dejan de estar amenazados de grandes daños y peligros; tales individuos que gozan de aparente salud, pueden ser atacados de una uremia intensa y desarrollada insidiosamente. Heitz-Boyer cita dos casos de individuos que podía haberseles creído curados por exclusión renal, y que murieron rápidamente por accidentes urémicos; por esta razón delante de una detención de la enfermedad, conviene pensar siempre en la posibilidad de una simple remisión, pudiéndose afirmar solamente la curación, después de comprobar mediante un cateterismo ureteral, la persistencia de un buen funcionamiento del riñón supuesto enfermo y curado; en ausencia de esta prueba suficiente y necesaria, se pensará siempre en una exclusión renal, susceptible de un retorno ofensivo.

Verdaderamente que si las treguas prolongadas representasen la regla, se podría aceptar en los adultos la conservación de los riñones enfermos, ya que con ellos podrían vivir 10, 15 ó 20 años; mas estos son casos excepcionales, que explican las apariencias de curación excepcionalmente paralelas, y con toda seguridad son excepcionalmente más raras que las curaciones quirúrgicas mantenidas durante largos años.

Ordinariamente la tuberculosis renal evoluciona más de prisa y delante un caso diagnosticado, al tratarse de tomar una determinación, no se sabe si evolucionará con lentitud ó rapidez, así pues, todos los hechos actualmente conocidos invitan á concluir que la tuberculosis renal infiltrada, es una afección incurable espontáneamente. La necesidad de extirpar precozmente el foco infeccioso é infectante, siempre que se pueda y sin peligro, es evidente, siendo las objeciones que se han formulado contra este razonamiento, de dos clases: se ha insistido sobre la gravedad fisiológica de la ablación, y se ha reclamado el criterio de la indicación operatoria.

La extirpación quirúrgica de un riñón, no produce ningún trastorno fisiológico, como lo prueban las enseñanzas de la fisiología experimental y los hechos clínicos.

El criterio de la indicación operatoria, está comprendido en una palabra: el diagnóstico; cuando este sea dudoso, hay que suspender toda decisión; pero estos casos muy raros, constituyen una objeción seria contra los que infinitamente más frecuentes, el diagnóstico es fácil de establecer? en nuestro sentir, el diagnóstico de tuberculosis infiltrada unilateral del riñón, cualquiera que sea el estadio supuesto del sujeto que se examina, conduce á la indicación operatoria, ya que este diagnóstico en la mayor parte de los casos, puede ser formulado con una certidumbre absoluta.

E. CEBRIÁN

# CASOS Y CONSULTAS

---

## Diagnóstico de las cardiopatías sin soplos.

Sr. D. E. M. R.... El asunto que motiva sus preguntas es de una transcendencia tan grande que no puede exponerse dentro de los límites que á estas *Consultas* imponen las condiciones editoriales de nuestra publicación. Sólo tocándolo de un modo muy general y como quien tiene miedo á meterse en honduras he de permitirme la contestación.

Nada más fácil que diagnosticar una lesión cardiaca si en la práctica se presentaran siempre sus casos manifestándose por los característicos soplos de que nos hablan en el aula y, aún en los libros clásicos de medicina. ¿Que oímos un soplo sistólico en la punta con propagación axilar? no hay duda alguna, se trata de una insuficiencia mitral. ¿Que ese soplo sistólico tiene su máximo en los focos altos y se propaga en la dirección de los grandes vasos? tampoco hay que vacilar, estrechez aórtica y á este tenor todo lo demás, lo ya de todos conocido, por todos estudiado, leído y releído, por todos aprendido de memoria con sus gráficas, sus dibujos, con estrellas, cruces y flechas, que sin ser musicales por sus condiciones acústicas resultan muchas veces una especie de música celestial por su valor en el diagnóstico.

Y hablo así porque todos llegamos á aprender cuando llevamos algún tiempo estudiando del natural, es decir, en el enfermo mismo, que hay muchas lesiones sin soplos, muchos soplos sin lesión, soplos que no cor esponden al mal que les está señalado en el cuadro y otros en fin, que dislocados de su sitio con relación al tiempo ó al espacio sólo sirven para desorientar induciendo á error al clínico que en ellos se fía para fundamentar sus juicios. Estas inconstancias ó veleidades, si podemos hablar así, de los soplos admirablemente expuestas y explicadas por el doctor Mur (de Madrid), en un artículo cuyo extracto publiqué el año pasado en

esta Revista a propósito de la estrechez mitral son tales, que un cardiólogo de los vuelos de J. Mackenzi, ha dicho terminantemente que él prescinde por completo de los soplos para sus diagnósticos en la materia, lo cual resulta una herejía para muchos ortodoxos del viejo cuño.

Pues bien; en lo que va dicho está contestada su primera pregunta. No es que su oído no esté educado; no es que V., no sepa tras de lo que se anda: por el contrario veo en V., toda la perspicacia y buen sentido del joven clínico que en su fuero interno tiene la evidencia de un diagnóstico á pesar de lo incompleto del síndrome, y que se revela además contra la clásica rutina que lejos de esclarecer, oscurece los hechos y estrecha y oprime el campo de su criterio deductivo.

Y vamos á la segunda, la principal. ¿Cómo sabremos que un enfermo tiene una lesión cardiaca cuando ningún soplo, roce, ó anormalidad estetoscópica despierta la sospecha ó sirve de confirmación?

Prescindiré por supuesto de aquellos casos que en plena asistolia son tan ruidosamente ostensibles que un profano de mediana ilustración los diagnostica, para ocuparme sólo de los que en las primeras fases de su evolución pueden simular otro mal ó estar tan apagados que hacen del paciente una persona delicada, más bien que un enfermo verdadero, á dejarse llevar de las buenas apariencias de una salud relativa.

De 15 años á esta parte va ganando terreno una idea, ó mejor dicho, una opinión eminentemente clínica práctica y útil para la enfermería. Tal es la de no considerar como enfermo á un corazón, en tanto que su miocardio es capaz de llenar normalmente su cometido funcional en el reposo, en el ejercicio y en el esfuerzo que cae dentro de los límites de lo acostumbrado. Pues bien, en esta consideración precisamente se funda el mejor criterio diagnóstico de las afecciones cardiacas.

Un corazón que claudica en un esfuerzo desacostumbrado por lo violento puede ser un corazón hasta aquel momento sano, que cede agotado por la brutal exigencia que se le impone. Si aquello no ha determinado una rotura, un daño físico material inmediato, aquel corazón, tras un reposo compensador y proporcional, volverá á recobrar sus energías fisiológicas. No es pues un corazón enfermo.

Pero si ese mismo hecho acontece ante un esfuerzo, ante una exigencia que estaba acostumbrado á tolerar sin protesta en

épocas anteriores, aquel corazón, bien por razones intrínsecas, bien por extrínsecos motivos es un corazón enfermo, poco enfermo acaso, si sólo en el esfuerzo resulta insuficiente, pero enfermo al fin porque no cumple una misión que con anterioridad desempeñaba perfectamente.

Si aumentando la intensidad del fenómeno no es sólo el esfuerzo cuando el corazón claudica, sino también en el ejercicio ordinario y moderado, en la deambulaci6n, en el cambio 6 sostenimiento de una postura natural simplemente inc6moda sin fatigas ni violencias, entonces el coraz6n est6 enfermo tambi6n, pero anteponiendo el adverbio de cantidad muy, se expresar6 mejor la situaci6n del centro circulatorio.

Por 6ltimo, si dentro del reposo, en plena quietud, cuando las exigencias reducidas al m6nimum apenas piden poco m6s que el sostenimiento de una vida vegetativa, el coraz6n hace manifestaciones de desfallecimiento, claudicando, resultando insuficiente 6 su cometido funcional, no s6lo estar6 muy enfermo sino que en su mal habr6 llegado 6 esa peligrosa situaci6n que en cl6nica llamamos asistolia.

He aqu6 pues el mejor medio de investigar si un coraz6n est6 6 no sano. Interrogando, buscando cuidadosamente en los antecedentes y hasta provocando las situaciones en que puede surgir la manifestaci6n que se espera, se podr6 llegar al conocimiento de c6mo se comporta el coraz6n en cada caso, teniendo siempre presente el valor de la costumbre, de los h6bitos del enfermo sin olvidar tambi6n que no hay coraz6n, por sano y vigoroso que sea, que no tenga un l6mite de resistencia m6s all6 del cual no podr6 soportar una violencia que le rebase. Es cuesti6n de proporcionalidad y s6lo tiene valor cl6nico el trastorno que se presenta, dentro de proporciones con anterioridad toleradas sin protesta.

Ahora bi6n, 6en qu6 conoceremos que el coraz6n claudica, que desfallece, que la exigencia es superior 6 su tolerancia habitual?

Uno de los primeros hechos morbosos que tienen lugar en el preciso momento en que aflojan la energ6a contr6ctil y la tonicidad del miocardio es una *mayor lentitud en la circulaci6n* en el 6rbor *pulmonar*. Esta lentitud supone una merma de oxigenaci6n que la naturaleza procura corregir aumentando el ingreso de ox6geno por mayor frecuencia respiratoria y movilizandolo la sangre con mayor n6mero de latidos ventriculares. La disnea y la taquicardia ser6n pues, de las primeras manifestaciones de la insuficiencia cardiaca.

En efecto, todo el mundo sabe el valor que para el diagnóstico precoz de las cardiopatías tiene la que suele llamarse *disnea de esfuerzo*, síntoma muchas veces único por el cual se revela la cardiopatía y síntoma demás que marca el grado de intensidad del proceso que le da origen, por la desproporción que pueda haber entre su magnitud y la de la causa que de momento la provoca.

El valor de este síntoma no es absoluto más que en el caso de que una detenida exploración no ponga de manifiesto la existencia previa de una afección que disminuya el campo respiratorio ó un estado de la sangre en que por razones de cantidad ó calidad no permita á su hemoglobina fijar las proporciones de oxígeno requeridas en un momento determinado. No podemos incluir en estas excepciones los desfallecimientos que el esfuerzo provoca por pura impresionabilidad de los centros cardío-motores, porque al fin expresarán siempre una cardiopatía aunque nerviosa.

No siempre es la disnea el síntoma más llamativo de la insuficiencia producida por el esfuerzo. Otros dos síndromes nos informarán en muchas ocasiones de que el corazón desfallece cuando ningún otro hecho lo hace sospechar. Uno de ellos es el siguiente: Después del esfuerzo ó del ejercicio un poco vivo, en el hombre sano, el semblante y la piel en general se enrojecen y si duran algún tiempo se cubren de sudor caliente. Pues bien, en algunos cardiacos, aun muy incipientes, á dicho esfuerzo ó ejercicio sigue una densa palidez especialmente marcada en los labios, sudor frío, angustia, náuseas que pueden llegar al vómito, tendencia al síncope que se puede completar y aun explotar desde luego de una manera brusca. A todo esto se asocia una notable descomposición del pulso por excesiva pequeñez, taquí ó bradicardia é irregularidad del mismo. No hay para qué recordar que este síndrome tiene tanto más valor cuanto más pequeño es el esfuerzo que lo produce y es de rigor, repito, que sea un esfuerzo que no exceda de lo acostumbrado, pues por lo demás, en gimnastas, atletas, jugadores de pelota, etc., etc., yo le he visto bastantes veces, pero siguiendo siempre á un esfuerzo *brutal*, que por su intensidad ó duración iba muchísimo más allá de lo que era habitual en el sujeto.

El otro síndrome consiste en el hecho de que el esfuerzo moderado y aun el ejercicio más ó menos vivo pero corriente despiertan dolores bien sean precordiales ó en el esternón, entre las paletillas, en los hombros y especialmente en todo ó en parte del miembro

superior izquierdo. Estos dolores que ceden con el reposo de unos minutos constituyen ese síndrome que se designa hoy con el nombre de claudicación *intermitente del corazón* y suelen acompañarse de palidez y angustia; son esbozos de *angor pectoris*.

Para acabar. El síndrome disnéico, el más frecuente, puede significar una cardiopatía que afecta á la totalidad, digámoslo así, del órgano, pero representa siempre una especial perturbación en la musculatura del corazón derecho. El síndrome sincopal es la expresión de una dilatación aguda, momentánea y casi siempre transitoria del corazón, con anemia cerebral por impulso insuficiente del ventrículo izquierdo. Y el síndrome doloroso, en fin, si no es la manifestación de procesos inflamatorios en algún órgano del mediastino, reconoce siempre por causa lesiones de las coronarias que hacen á su circulación ineficaz en el momento del esfuerzo.

Mucho más podría decirse, pero con esto creo poner á V. en camino de descubrir una cardiopatía allí donde el estetoscopio no quiera contestar á las preguntas que se le hacen.

Suyo afmo. s. s.

DR. MORENO

## EL MEDICO Y LA PARTERA

---

### SU CONDUCTA Y ATRIBUCIONES EN LAS DISTOCIAS DE ORIGEN FETAL <sup>(1)</sup>

POR EL

**Dr. Josué A. Beruti**

Jefe de Clínica de la Maternidad de la Escuela de Parteras, adscripto  
á la Cátedra de Obstetricia.

---

Señoras:

En una conferencia que tuve el honor de dar el año pasado ante esta misma Sociedad, diserté sobre el comportamiento de la partera en el parto ANORMAL, entendiéndolo por anormal todo aquello que durante el trabajo entrañe para la madre ó para el niño un mayor peligro que el habitual en la presentación típica de vértice, es decir, en la única modalidad estrictamente fisiológica del parto.

Me ocupé allí, deslindando las atribuciones del médico, de las anomalías y distocias de origen materno. Trataré ahora de la conducta de la partera en las anomalías y distocia de origen fetal.

Pero antes de dar comienzo, os advertiré que hoy tampoco nada raro podré ofrecerlos, porque la índole del método que he elegido no me lo permite. Se trata en realidad de

---

(1) Conferencia dada en la «Asociación Obstétrica Nacional» de Buenos Aires, el 20 de junio de 1913.

una enumeración de preceptos prácticos y didácticos adaptados á las circunstancias especiales de cada anomalía; y toda enumeración es aburrida, Señoras.

Pido, pues, paciencia á mi auditorio ante la aridez inevitable del importante tema que entro á desarrollar.

## DISTOCIAS OVULARES

A. DE ORIGEN FETAL.—Las variadísimas anomalías comprendidas bajo esta rúbrica me obligan á ser más conciso que en la conferencia anterior.

GIGANTISMO FETAL.—Sobre la conducta de la partera en los casos de gigantismo fetal, muy poco puedo aconsejaros. Tanto el exceso de volumen fetal, total ó parcial (excesivo desarrollo cefálico ó del tronco, tumores, edemas, ascitis, retenciones urinarias en el feto) como la exagerada resistencia cefálica por falta de modelaje ó plástica suficiente, pueden, por razones obvias en este sitio: 1.º Determinar una expulsión difícilísima, en cuyo caso el desprendimiento del vértice obligará á la partera á esmerarse en la protección perineal. 2.º Detener el parto por completo, constituyendo una distocia mecánica que deberá ser interpretada exactamente igual á la producida por una estrechez pelviana, ya que también hay aquí una desproporción feto-materna. Y esto corresponde al médico.

MONSTRUOSIDADES. — Sobre teratología, naturalmente, nada práctico hay que decir.

DIÁMETRO BIS-ACROMIAL EXCESIVO.—Dos palabras sobre el excesivo diámetro bis-acromial que suele poner en serios aprietos á la partera experimentada: La conducta á seguir una vez expulsada la cabeza es esperar una contracción,

ó si esta tarda mucho, provocarla frotando el útero, para hacer bajar el hombro anterior; tomar con las manos puestas en extensión, ambas regiones laterales del vértice é inclinarla enérgicamente pero sin violencia ni brusquedad, hacia abajo, ó mejor dicho, hacia atrás. Si tal maniobra falla, introducir un dedo en la vagina, enganchar la axila próxima al periné (la inferior), rotarla si el diámetro bis-acromial no está en antero posterior y por último, inclinar y elevar ese hombro hacia el pubis.

Ahora, lo que jamás se debe hacer:

Traccionar con violencia la cabeza; torsionar el cuello del niño, ó sea hacer girar la cabeza en cualquier sentido. Si todo esto falla, acudir al médico.

**HIDROCÉFALO.**—Aquí la terapéutica reservada á la partera es casi nula. Si ha hecho el diagnóstico procurará que la mujer no puje (rupturas uterinas); no se le ocurrirá punccionar el vértice, y llamará al médico. Si el hidrocéfalo se presenta de nalgas, la llamada al especialista no será más tardía que en el caso de hidrocéfalo en presentación de vértice, porque la presentación de nalgas, por circunstancias que explicaremos más adelante, debe ser siempre asistida ó presenciada por lo menos por el tocólogo.

**PRESENTACIONES, POSICIONES Y SITUACIONES VICIOSAS.**—Entramos en la parte más interesante del parto anormal, donde la partera puede lucirse sin gran esfuerzo ó fracasar del modo más lastimoso, según la conducta que sus conocimientos la dicten.

**OCCIPITO POSTERIORES.**—Es sabido que la presentación occipital puede ofrecer tres principales anomalías: 1.<sup>a</sup> La occípito posterior. 2.<sup>a</sup> La transversa inferior. 3.<sup>a</sup> La hiperrotación.

La occípito posterior ocurre cuando la rotación turbinal se hace en sentido contrario ó cuando, al evolucionar en el buen sentido, cesa sin embargo prematuramente en su movimiento.

Ahora bien, la occípito posterior pura, ó mejor dicho, la presentación occipital anormalmente rotada hacia atrás, es una exclusiva anomalía de posición y no de actitud fetal, porque la flexión está conservada al máximo. Conociendo estos antecedentes y suponiendo un exacto diagnóstico, la partera comprenderá fácilmente porqué el decúbito no será tan eficaz como en las presentaciones bregmáticas ó sincipitales ó sea aquellas que responden no ya á un defecto de dirección ó de posición, sino á uno de actitud, dado que la presentación bregmática, con su parte más declive, la fontanela mayor, no es nada más que un comienzo de deflexión, una actitud intermedia entre presentación occipital y presentación de frente. En la presentación occípito-posterior *pura* (por otra parte muy rara, como Herzfeld y nosotros hemos tenido oportunidad de demostrarlo), el decúbito, pues, será infructuoso y la partera se concretará á atender pacientemente el parto, debido á la mayor lentitud y dificultad que presenta esta irregularidad del mecanismo. (Téngase presente que el diámetro en que sale el vértice será el occípito-bregmático, pero invertido). Por lo demás, el comportamiento de la partera se acomodará á la evolución ulterior, sobre lo que me parece inútil insistir.

PRESENTACIÓN DE BREGMA Ó SINCIPITAL.—Dada la gran confusión á que se presta este punto de la mecánica tocología, prefiero terminar aquí lo que me falta por decir sobre la presentación de bregma, mucho más frecuente que

las anteriores y bastante descuidada de los franceses. Vuelvo á insistir que las presentaciones bregmáticas no constituyen una anomalía de la presentación occipital, sino una anomalía de actitud, caracterizada por un primer grado de deflexión ó una moderadísima extensión á que está sometido el ovoide cefálico, obligado á salir por la vulva en diámetro fronto-occipital. Por lo tanto, el decúbito podrá ser aquí más eficaz. Este consistirá en colocar desde el comienzo del período expulsivo á la parturiente sobre el flanco homónimo en que está el dorso, y prefiero no decir «lado del occipital» porque en estas presentaciones, como la lamdoidea, está más elevada que el bregma; la primera, por lo común, no será alcanzada con el dedo, aunque sí la segunda. Y de ahí que haciendo bascular el ovoide córmico hacia dicho lado, el occipital tienda á descender más que el bregma, lo que transforma favorablemente la presentación, pues si el occipital resulta el punto más declive, hay muchísimas probabilidades (salvo la excepción de las occípito posteriores) de que este rote hacia adelante, por ajustarse al tipo flexionado ideal del feto y responder al mecanismo estrictamente normal. Concretemos con un ejemplo: Presentación bregmática ó de sincipucio izquierda (es decir occipital atrás y á la izquierda): Decúbito lateral izquierdo. Si la corrección de la presentación no tiene lugar, el parto se hará entonces en presentación de bregma, particularidad que la partera tendrá muy presente para evitar los traumatismos vaginoperineales tan frecuentes en dicha variedad. Demás está agregar que la partera no intentará ninguna clase de maniobras llamadas á transformar una presentación sincipital en una occipital. Intervenciones de esta naturaleza corresponden exclusivamente al médico,

**HIPER-ROTACIONES.**—Sobre las rotaciones cefálicas en exceso, que no deben confundirse con el cambio de posición total en determinados casos al principio del trabajo, no nos detendremos, ya que aquellas en el momento de la expulsión suelen corregirse espontáneamente.

**TRANSVERSALES INFERIORES.**—De mayor interés práctico es la persistencia del diámetro cefálico ántero-posterior en aquellos planos inferiores de canal pelvi-genital donde la rotación interna debe estar fisiológicamente terminada.

Las transversales SUPERIORES así como los asinclitismos EXAGERADOS no serán aquí objeto de atención especial, por cuanto sólo son de importancia en casos de desproporción feto-materna, de la que ya hemos hablado ampliamente. La transversal inferior tiene en cambio una positiva importancia desde que ocurre aproximadamente en el 2 á 3 por 100 de la totalidad de los partos. (Como dato interesante podré añadir que más del 20 por 100 de las aplicaciones de forceps se hacen en transversa inferior, variando naturalmente las estadísticas según las escuelas y el criterio más ó menos intervencionista del partero).

Sobre las ulterioridades que la falta de rotación turbinal puede ocasionar, conceptuo inútil insistir. Todas vosotras sabéis la suma de paciencia que tal anomalía trae consigo, para la parturiente y para la partera:

En cuanto el tacto acuse una transversa inferior—cosa que cuando el tumor sero-sanguíneo es muy marcado suele ser difícil—la partera recurrirá al decúbito (uno de los trucos, permítasenos el término, que mejor debe manejar la profesional hábil) y colocará á la enferma del lado correspondiente al occipital, es decir, si es una izquierda, sobre su flanco izquierdo. Algunos textos aconsejan detener

entonces en lo posible la prensa abdominal, pero á mi modo de ver no se puede ser tan principista. Si no hay sufrimiento fetal (en cuyo caso no habrá para qué llamar al médico) las fuerzas expulsivas aprovechadas durante un buen decúbito pueden hacer rotar una cabeza rebelde á dicho movimiento, porque para que se efectúe un movimiento que es mecánico, éste tiene que ser impreso por una fuerza, que es dinámica. La parturiente debe, pues, pujar y si no puede en la postura aconsejada, lo hará en decúbito dorsal. Ahora bien, si á pesar de no haber sufrimiento, la detención del parto se hace absoluta no obstante persistir las contracciones, se llamará al médico y no habrá porqué fatigar á la enferma con estímulos y esfuerzos infructuosos.

**PRESENTACIÓN DE FRENTE.**—Conocidas son las frecuentes incidencias y grandes dificultades que una presentación de frente puede engendrar, no obstante las probabilidades de una transformación favorable (bien escasas por cierto). Comprobada, pues, una presentación de frente, y habiendo resultado inútil el decúbito lateral, como en las sincipitales (lado del dorso fetal ó raíz de la nariz fetal), lo único razonable será llamar con urgencia al especialista, inducida la partera por el pronóstico más serio que tal anomalía adelanta. Tanto las maniobras de contrapresión ó retro-pulsión manual sobre la cara para obtener el descenso del occipital y sobre el occipital para obtener el de la cara, como cualquier maniobra interna realizada con el fin de transformar la posición, deben estar terminantemente prohibidas.

**PRESENTACIÓN DE CARA.**—Como la madre y el feto están más expuestas en la presentación de cara que en la de

vértice, viene de por sí la siguiente pregunta: ¿Se debe llamar al partero? y si la respuesta es afirmativa ¿cuándo debe éste acudir?

Por lo que al periodo de dilatación concierne, no creo que se deba exagerar: la presentación de cara en sí no implica una llamada al médico, aun cuando será mucho más prudente en las primíparas prevenir á éste con anticipación, dadas las dificultades que pueden aparecer.

Hecho el diagnóstico, la partera tratará por todos los medios á su alcance de no romper la bolsa, esté ó no esté encajada la cabeza, pues no son raros los casos de transformación espontánea de la presentación de cara en una de vértice, fenómeno que será facilitado con un buen decúbito, con el decúbito lateral sobre el flanco que corresponda al dorso del niño.

Para el periodo expulsivo, si se trata de una primípara, cualquiera que sea la posición del mentón, se llamará al tocólogo y si se trata de una múltípara, no habrá necesidad de recurrir á él cuando el mentón rota hacia adelante, lo que ocurrirá en la enorme mayoría de los casos. Pero si el mentón, lejos de rotar hacia el pubis, gira hacia atrás ó las partes blandas ofrecen gran resistencia, no obstante la turbinación anterior del mentón, se impondrá el auxilio tocológico.

Ahora bien, para facilitar ó acelerar la rotación mentoniana, se cambiará de decúbito, es decir, se acostará á la parturiente del lado á que está dirigido el mentón, ó sea, el contrario al dorso. Este cambio de decúbito se realizará en el periodo expulsivo, pero si hay una rotura precoz de la bolsa y la presentación no se ha transformado en occipital hasta ese momento, una sustitución ulterior no podrá esperarse

y entonces se pasará al decúbito opuesto, para hacer descender al mentón y por ende hacerlo rotar hacia adelante. La partera usará, pues, los dos decúbitos y si tiene paciencia, rarísimas serán las veces que observará la rotación del mentón hacia atrás. Nada, pues, de tracciones en el mentón ni de retropulsiones en la frente; déjense en paz á Schatz con su maniobra externa, casi irrealizable en el trabajo y á Baudeloque, Pinard y Thorn con sus maniobras internas mixtas ó combinadas; estas maniobras reductoras sólo debe utilizarlas el médico; pero aun así tampoco están éstas exentas de inconvenientes, á saber: 1.º Peligro de infección; 2.º Peligro de asfixia fetal por respiraciones prematuras provocadas; 3.º Peligro de precidencia del cordón; 4.º Peligro de fallar en la maniobra y de dar origen á una presentación de frente.

Demás está notar las dificultades del desprendimiento de la cabeza en las presentaciones de cara, tiempo durante el cual la partera, al proteger el periné (cosa que merece suma atención), pondrá buen cuidado de no comprimir el cuello del niño contra el pubis.

Un consejo que siempre se da y que nunca está demás repetirlo, es el de cuidar la cara fetal de los tactos groseramente hechos y el de no mostrar sin preparación previa á la madre, el niño tan monstruosamente deformado por el parto de cara.

PRESENTACIÓN PELVIANA.—Una vez diagnosticada la presentación podálica y habiendo fracasado la versión cefálica profiláctica, la partera, cualquiera que sea la variedad y el periodo en que ésta sorprenda el trabajo, reclamará insistentemente el concurso del tocólogo, debido al grave peligro de asfixia por interrupción circulatoria (compresión del cordón,

retracción uterina después de la expulsión del tronco) porque pasa todo feto expulsado en pelviana. Añádase á esto, la mayor lentitud del trabajo, por cuanto el vértice no tiene el canal bien preparado, y la facilidad de una rotura precoz de la bolsa con sus complicaciones derivadas. (Detención del parto, procidencia del cordón, sufrimiento fetal) y se comprenderá que únicamente con la medida más arriba enunciada, se podrá reducir en nuestra ciudad la mortalidad fetal por presentación de nalgas, aún tan elevada. Al requerir el médico, la partera nunca olvidará de estipular si es primípara ó múltipara, porque en las múltiparas el parto puede hacerse con gran rapidez hasta los homóplatos del niño. El médico al llegar, jamás debe encontrarse sin los preparativos habituales á una extracción de nalgas, con todo listo para la posición atravesada de la enferma y para combatir la asfixia del recién nacido.

Si en el periodo de dilatación ésta es incompleta y el médico no ha llegado aún, la partera cuidará antes que nada de conservar la bolsa de las aguas por las razones expuestas, manteniendo tranquila á la enferma, impidiéndole que haga cualquier esfuerzo abdominal y tactando con suma cautela.

Si la nalga está desviada, se colocará á la parturiente sobre el flanco homónimo al lado de la desviación. (Si la desviación es izquierda, decúbito lateral izquierdo) lo que además de llevar á la nalga á su ubicación natural, puede evitar una variedad de pies, que, como es sabido, siempre es más desfavorable que la primera.

Completada la dilatación, rota la bolsa y ausente el médico por voluntad de la partera ó por demora de éste, la conducta á seguir será la siguiente:

1.º La enferma será puesta en posición atravesada en la cama, cuidando de no enfriar las extremidades inferiores.

2.º La partera se desinfectará para no ser sorprendida por un parto inesperado; por un tacto comprobará además la falta de procidencia umbilical y no descenderá ningún pie, tratando de no tocar, rotar ó traccionar de la nalga ó de las extremidades, á fin de evitar excitaciones cutáneas inútiles. Este es el momento más tentador para la partera. Y los parteros que no se cansan de señalar los perjuicios que tal apresuramiento podría ocasionar, han bautizado á esto con un nombre; «Prurigo trahendi» ó sea la manía ó el prurito de la tracción. Bumm ha dicho: «Antes del desprendimiento de las nalgas no se ha de recurrir á ninguna clase de intervención». Ni la pérdida de meconio, ni la inmovilidad podálica, ni la cianosis de las extremidades inferiores constituyen una indicación para ejercer tracciones de la nalga ó de los pies, que si aparecen en la vulva se envolverán con una compresa caliente. El único signo para diagnosticar sufrimiento fetal debe ser para la partera, en este caso, la *auscultación*. Una impaciencia de la partera puede ser de fatales consecuencias, por cuanto al traccionar prematuramente, se deflexionará la cabeza, se elevarán los brazos y las dificultades del parto serán infinitamente mayores. Y ya sabemos que una dificultad en esta situación, por poco que dure, equivale á un desastre, á la muerte del feto.

3.º La partera regulará según el caso, la progresión y el movimiento de la nalga, mediante la variedad del decúbito que haga adoptar á la mujer: Una elevación del sacro (cojinete debajo de las nalgas) aumentará las resistencias; una elevación dorso-lumbar acelerará la traslación fetal.

En este caso hay una verdadera precipitación artificial del trabajo y en el primero la nalga quedará hasta cierto punto sofrenada, lo que es de gran eficacia, pues así se economizan las fuerzas necesarias á la expulsión del vértice y se procura un compás de espera hasta la llegada del tocólogo.

4.º Al comienzo del desprendimiento de la nalga, la mujer que, como hemos dicho, debe estar en posición obstétrica, no pujará aun con violencia y la partera protegerá el periné por primera vez, aplicando la mano sobre la región posterior de éste. Si hay circular ó circulares en alguna pierna ó el niño cabalga sobre el cordón, aquella lo aflojará para después poder deslizarlo sin dificultad en forma conveniente. El uso de ganchos, lazos y otros accesorios debe ser proscrito.

5.º Expulsada la nalga, que suele poner á prueba la paciencia de la partera en ciertas modalidades de la presentación, y parido el niño hasta la región del ombligo, se hará pujar poderosamente á la madre para expeler el resto. La partera protegerá el periné por segunda vez, después de haber esperado el desprendimiento espontáneo de los brazos, é inclinará el cuerpo del feto sobre el abdomen de la madre para facilitar el desprendimiento cefálico.

6.º Si á pesar de los pujos, la expulsión de las extremidades superiores y de la cabeza no se hiciera, ó si no obstante haber excitado la matriz con ligeras fricciones y de haber ensayado la presión abdominal sobre el fondo del útero (expresión uterina), la prensa abdominal no respondiese inmediatamente, ó si las inspiraciones fetales y la lentitud de los latidos ó falta de pulsación umbilical, acusaren una asfixia inminente del niño, la partera intentará

descender el tronco hasta el vértice de los homóplatos, traccionando con ambas manos de la nalga y de la región inguinal hacia abajo. Si las extremidades inferiores están aun en la vagina, serán éstas desprendidas una primero y otra después; ocurrirá lo mismo con los brazos, que serán descendidos por el plano anterior ó ventral del feto, comprimiendo algo dicha región; y si todo esto falla, la partera estará obligada á realizar acto continuo y sin aguardar más, la única maniobra ó manipulación permitida, haya ó no haya médico. El desprendimiento de los brazos y de la cabeza ó la extracción artificial, que á mi juicio no debe practicarse sistemáticamente en todos los casos como tan á menudo ocurre en esta tierra.

Sobre esta operación no puedo detenerme. Es una intervención que si bien en algunos casos resulta fácil, otras veces está llena de dificultades que disminuirán si se domina su técnica, es decir, si se sabe elegir la mano, si se sabe elegir el brazo á desprender, si se sabe tomar éste, si se sabe rotar, si se sabe introducir los dedos en la boca y si se sabe traccionar á tiempo.

Cuando la maniobra fracasa y el médico no ha comparcido aún, la muerte del feto puede darse por descontada, y como la vida de la madre no está sometida á un peligro inmediato, no se deberá insistir, pues, en tentativas inútiles de extracción, que será ir á pura pérdida.

SITUACIONES TRANSVERSAS.—Las situaciones transversas ú oblicuas, vulgarmente llamadas presentaciones de tronco ó de hombro ó de espalda, suelen ser las únicas variantes del mecanismo normal que merecen de innumerables tocólogos el calificativo de viciosas ó patológicas, porque en verdad no pueden serlo más. Salvo los rarísimos casos en

que la expulsión fetal termina espontáneamente, ya sea por versión y evolución espontánea ó por conduplicato córpore, á no intervenir, tanto el niño como la madre están condenados á sucumbir irremisiblemente; nada de más transcendencia para la partera que el diagnóstico precoz de una transversa; y nunca compensación tan grande como cuando á aquella, con una simple versión por maniobras externas le es dado evitar gravísimos accidentes.

Se suele decir que cuando la partera ha intentado practicar la versión del feto mal situado, ya nada más tiene que hacer. No es cierto. La partera puede hacer mucho, muchísimo, y así como se habla de una profilaxis de las rupturas uterinas evitando entre otras cosas la presentación de hombro, también puede hablarse de una profilaxis contra las graves complicaciones que puede originar una presentación de tronco, mediante la asistencia inteligente y cuidadosa de la partera.

He aquí en resumen la conducta á seguir:

1.º Si fuere al iniciarse el trabajo, la partera se esmerará en el diagnóstico precoz de la anomalía por el exclusivo examen externo, dada la insuficiencia de la exploración vaginal al comienzo del período dilatante y cuando la bolsa permanece aún íntegra. En caso de duda sobre el diagnóstico, por no descubrirse presentación alguna, llamará al médico.

2.º Si la palpación comprueba movilidad fetal dentro del útero, la partera intentará repetidas veces, durante uno ó varios intervalos, transformar la situación anormal en una presentación de vértice, mediante la versión externa, presentación que será asegurada: 1.º con fajas y almohadas, cinturas eutócicas ó vendajes combinados; 2.º con el decúbito,

colocando á la enferma sobre el flanco correspondiente al lado de la cabeza, sin preocuparse mayormente del dorso y 3.º rompiendo luego la bolsa artificialmente durante una contracción, siempre que haya una dilatación completa ó casi completa del cuello.

3.º Si la movilidad fetal es nula ó la versión externa se ha frustrado y la bolsa no se ha roto, la partera llamará presurosamente al tocólogo aprovechando las ventajas que la conservación de la bolsa puede brindar á este ultimo para la intervención ulterior que será inevitable. El mejor instante para dicha operación será precisamente cuando la dilatación esté por terminar y la bolsa esté aún intacta, pero el mejor instante para llamar al médico será siempre el más anticipado. Mientras el médico llega, la partera cuidará de refrenar la marcha del trabajo, no tactando para no romper la bolsa, haciendo reposar á la enferma en decúbito dorsal ó lateral y no importándosele absolutamente nada el haber ó no haber descubierto al través de la bolsa el descenso de alguna parte fetal.

4.º Si la bolsa se rompe sin haberse verificado la corrección de la anomalía, la partera no se entretendrá con exámenes y tactos inútiles, que excitarían el útero desventajosamente; tranquilizará á la enferma, le prohibirá que puje y llamará al médico con urgencia máxima. (Cuanto más se tarde más difícil será la intervención; acordaos de las presentaciones de hombro descuidadas ó negligentes).

Por lo demás, le será á la partera indiferente qué acromion es el que se presenta, cuál la variedad dorsal del niño, si hay ó no hay procidencia del cordón ó del brazo. En caso de existir la procidencia, envolverá ésta en una compresa caliente esterilizada y no se tocará luego para nada.

Deseo cerrar el capítulo con un punto de difícil solución: A las parteras prusianas les está vedada la versión interna salvo en determinados distritos donde las dificultades del auxilio médico son muy grandes. Cuando se llama al médico y éste tarda en venir ó la partera llega á la casa de la parturiente en un estado avanzado de la distocia, la expectación sería de fatales consecuencias para la madre y sólo una versión urgentísima podría salvarla. En dicho caso la partera alemana tiene no sólo el derecho sino la obligación de realizarla. A las parteras italianas el reglamento las permite realizar el «rivolgimento interno» sin puntualizar las circunstancias. En nuestro país el artículo 33 inciso 2 de la legislación de parteras dice: «Siempre que el parto presente dificultad, las parteras deberán pedir el concurso de un médico habilitado, con excepción de aquellos casos urgentes y de alta gravedad que requieren su inmediata intervención, por no encontrarse médico». Nuestras parteras, pues, podrán practicar excepcionalmente la versión interna, que ni siquiera exige el uso del menor instrumento obstétrico. Pero en nuestra ciudad con tanto médico y con un servicio de asistencia pública modelo, la partera difícilmente hallará pretexto que disculpe su operación, operación que sólo algunas veces estará justificada fuera de la metrópoli, en pueblos desamparados y faltos de asistencia médica.

PROCIDENCIA DE MIEMBROS.—Antes de comenzar este capítulo debo advertir que aquí no me ocuparé de la procidencia del cordón, incluida por razones de método, entre las distocias ovulares anexiales, que merecerán más adelante su debida atención.

Paso por alto todo lo que de etiología y diagnóstico pudiera exponerse en una conferencia que no se concretara

á una faz enteramente especial del asunto. Recordaré nada más, que al decir procidencia de miembros, quiero referirme también al procúbito de miembros ó sea al descenso de alguno de ellos más ó menos al nivel de la presentación, con persistencia de la bolsa. De modo, pues, que vamos á ocuparnos: 1.º de la conducta de la partera ante un procúbito y 2.º de su misma conducta ante una procidencia cuando la bolsa ya se ha roto.

En cuanto á las procidencias y procúbitos, demás está agregar que sólo interesan á la partera, la procidencia del miembro superior y del miembro inferior (más graves aún estas últimas) en la presentación cefálica.

En las presentaciones de nalga sólo tienen relativo significado las rarísimas procidencias de un miembro superior, puesto que la presentación podálica constituye de por sí una verdadera procidencia, porque el miembro procidente forma parte de la presentación siendo aquélla en este caso una incidencia y no un accidente. Por último, en las presentaciones de hombro, la procidencia tan frecuente del brazo, y que no es, entre paréntesis, ningún inconveniente, no modifica en absoluto la conducta á seguir de la partera en tales circunstancias, que como dijimos consiste, antes que nada, en llamar al médico perentoriamente.

Hecha esta pequeña digresión, paso á nuestro asunto.

En primer lugar, comprobado un procúbito, es decir, el descenso de un miembro, y cualquiera que sea el grado de dilatación (se sospechará en un procúbito siempre que la partera se halle en presencia de una gran múltipara, de una pelviviación, de un feto muerto, de un gemelar, de un hidramnios, de una situación ó presentación anormal, de

un feto pequeño, etc.) ¿debe la partera mediante el tacto vaginal al través de las membranas, formular un diagnóstico preciso respecto á la clase de miembro que se presenta? No, señoras. Basta la confirmación del descenso y nada más, dado el grave peligro fetal y las complicaciones maternas que pueden acarrear una ruptura prematura artificial de la bolsa; por lo tanto, el procúbito debe de descubrirse pero no especificarse. Despréndese de lo dicho que todo tratamiento empleado por la partera contra este accidente será hecho á base de NO TOCAR LA BOLSA, haya ó no haya dilatación completa, y tratando de conservar ésta el mayor tiempo posible. Tal tratamiento lo encontramos otra vez en el decúbito lateral, extendiendo á la parturiente sobre el flanco opuesto al lado del miembro descendido. Por ejemplo: Si la partera descubre del lado izquierdo una mano, cualquiera que ella sea, entre la pared del canal pelvi-genital y la cabeza del niño, habrá que colocar á la madre en decúbito lateral derecho, con lo que al hacer bascular el fondo del útero hacia ese mismo costado, el vértice se situará en una posición más central en la pelvis, el procúbito será rechazado, si es que no se eleva espontáneamente. Aquí por consiguiente no es la partera la que reduce, es la misma enferma la que corrige. Si la medida falla, no habrá razón para un llamamiento inmediato al médico, dado lo frecuente con que se hace la reducción espontánea, siempre que en la expectativa aquél esté advertido de la posibilidad de una llamada urgente. Diagnosticado un procúbito, es, como se ve, muy fácil evitar la procidencia mediante este facilísimo recurso; pero con respecto á esta última, pasa todo lo contrario. Es mucho más fácil diagnosticar la clase de la procidencia que reducirla.

Llegamos á la procidencia propiamente dicha. Ante todo ¿debe la partera reducir ó reponer el miembro procidente? Casi todos los tratadistas enseñan que no. Pero, á excepción de la procidencia de pie junto á la cabeza, que impone llamar inmediatamente al tocólogo, esta negativa no puede ser tan rotunda, y pasa como en la extracción pelviana. Sólo en casos en que la presencia del médico es imposible, la partera tendrá el derecho y la obligación de intervenir.

Pero no basta haber hecho el diagnóstico de una procidencia para que la partera se sienta movida á llamar con urgencia al especialista. No. Hay una excepción y ésta es cuando junto con la mano prolabiada ó prolapsada se ha encajado por completo la cabeza fetal. En dicho caso la partera esperará tranquilamente la evolución ulterior del parto en la seguridad de que esa extremidad no ocasionará accidente alguno; ó quedará elevada y se habrá producido una reducción espontánea, fácil cuando se trata de un primer grado de procidencia (la mano) y muy difícil cuando se trata del antebrazo ó del brazo, ó si desciende junto con la cabeza, será expelida sin mayores trastornos mecánicos.

Muy distinta cosa ocurre cuando la cabeza no se encaja, en cuyo caso el brazo constituye un obstáculo insalvable opuesto á la progresión fetal. La partera llamará entonces al médico, cualquiera que sea la región de la procidencia, esté el miembro situado adelante ó atrás, sea aquélla simple ó múltiple.

Sobre la técnica de la reducción manual no me ocuparé porque es de la incumbencia exclusiva del médico.

**PARTO MÚLTIPLE.**—En este capítulo conviene separar dos cuestiones: La conducta de la partera ante un parto

gemelar sin complicaciones, y la conducta de la partera ante una distocia por fetos múltiples.

Veamos lo primero.

Dejo de lado todo lo concerniente al diagnóstico de un embarazo ó parto gemelar, sobre cuya existencia no conviene á la partera suministrar datos categóricos en la casa de la enferma porque es muy fácil equivocarse.

Hecho un diagnóstico convendrá (sin ser indispensable) por un exceso de precaución, llamar al médico ó mejor prevenirlo para la eventualidad de un aviso.

Errado el diagnóstico, la partera habrá atendido el parto como un parto simple hasta el momento de la sorpresa, ó sea hasta el instante de la expulsión del primer feto. Hasta aquí, sin embargo, todo habrá marchado bien, porque las reglas de asistencia al parto del primer feto de un gemelar, son exactamente idénticas en el periodo dilatante y expulsivo á la asistencia de un parto simple, si bien la duración del trabajo es por lo general mayor. Comprobada la presencia de un segundo feto, lo único diferente al parto del primer feto y que merece especial cuidado es LA LIGADURA DEL CORDÓN, que jamás se hará simple sino doble, entre las que se seccionará éste para evitar una hemorragia que puede ser mortal para el feto.

Por lo que respecta á la placenta correspondiente al primer feto, la partera esperará tranquilamente su desprendimiento, que, por lo común, ocurrirá después de la expulsión del segundo feto.

Dos últimos detalles que la partera no debe olvidar después de la expulsión del primer feto y una vez diagnosticado el segundo por los diferentes signos que no vamos á enumerar, son:

1.º Notificar á la parturiente sin brusquedad, con prudencia y diplomacia la existencia de un segundo niño, y

2.º Señalar ó marcar con cualquier cinta ó lazo á ese primer niño á fin de evitar confusiones que eventualmente podrían adquirir trascendencia médico legal.

La conducta de la partera en el periodo expulsivo del segundo feto merece sumos cuidados. Dijimos ya que es prudente llamar siempre al médico en cuanto se haya formulado ese diagnóstico. Un nuevo examen externo é interno (tacto) será indispensable para saber si la bolsa permanece íntegra y cómo se hace la nueva presentación, que está más dispuesta á desviarse de la normalidad.

Al practicar este tacto, para el cual se intensificará la asepsia por el hecho de penetrar los dedos en un canal con soluciones de continuidad aptas para la infección, la segunda bolsa de las aguas puede estar ó no estar rota. Si está rota, la auscultación se hará con extremo cuidado y si no lo está, TAMBIÉN SE HARÁ CON MUCHÍSIMO CUIDADO porque el segundo feto siempre está más expuesto al sufrimiento que el feto de un parto simple.

Si la presentación del segundo niño es de vértice y el trabajo no sufre mayores perturbaciones, la partera podrá (digo podrá) asistir sola y sin ayuda de nadie ese segundo periodo expulsivo, que suele ser á veces muy lento y otras veces muy rápido. Pero la partera llamará indefectiblemente al especialista:

1.º Si no puede darse cuenta exacta de la presentación.

2.º Si descubre una presentación viciosa (de hombro) que no ha podido corregir por la versión externa y el decúbito apropiado.

3.º Si hay sufrimiento fetal.

4.º Si hay algún trastorno por parte de la madre.

La asistencia del periodo de alumbramiento es lo mismo en el parto simple que en el doble. No así la asistencia en las primeras horas consecutivas al parto. No necesito insistir aquí sobre las causas que en el parto múltiple predisponen á graves hemorragias; pero sí quiero encarecer el extremo cuidado con que se debe vigilar el post-partum inmediato. Yo nunca permitiría á una partera que abandonara á la enferma TRES horas antes de haber terminado la expulsión de las placentas. Y aún más, conceptuo encomiable el comportamiento de aquellas parteras que postergan para otro momento la toilette del recién nacido con el propósito de no abandonar ni un instante la vigilancia de la matriz amenazada.

Entramos ahora en las distocias por fetos múltiples. ¿Cuáles pueden ser esas distocias? Varias. Ya hablamos de las presentaciones de hombro; mencionaremos además la penetración simultánea de dos polos fetales, la prociencia de miembros de los dos fetos etc., etc.

La partera, por supuesto, nada puede hacer aquí y la única salvación es el especialista.

Demás está decir que todo lo establecido en esta conferencia para el parto gemelar, puede hacerse extensivo al parto trigemelar.

He terminado, Señoras.

# OPORTUNIDAD DEL MASAGE EN LAS FRACTURAS

POR

**JOSÉ SANZ SATO**

MÉDICO-MASAGISTA

---

La quietud y la movilidad son dos procedimientos que á pesar de su carácter marcadamente antagónico han sido utilizados en medicina, pretendiendo con ellos conseguir los mismos fines.

Todo órgano enfermo necesita reposo, dice el clasicismo patológico, y á pesar de que dicha afirmación parece una verdad que no necesita ser discutida, no siempre el reposo puede ser utilizado en beneficio del órgano ó del aparato que padece, porque no siempre puede conseguirse tan total, tan absoluto como parece necesitarse á creer las indicaciones de la clásica patología y porque no siempre tampoco sus resultados son tan lisonjeros como pudiera desearse y como hace esperar el considerar como verdad axiomática la clásica afirmación antedicha; y mucho menos aún cuando frente al reposo como medio curativo coloca la moderna fisioterapia otro procedimiento que, siendo totalmente opuesto, se ha demostrado conseguir con él un resultado más rápido, más positivo, más completo.

La movilidad activa y la pasiva, el masaje estimulante y todos los medios modernos de excitación con los cuales se pretenda tonificar un órgano, un aparato ó una función, tienen por base la frase de Guerin «la función hace al órgano». También parece verdad indiscutible porque es racional pensar que todo órgano ha de desarrollarse en proporción directa al trabajo que realice, (claro es que siempre dentro de los justos límites de su relativo poder); y sin embargo tampoco la movilidad y el masaje son aplicables en todas las ocasiones; tampoco los resultados obtenidos con este procedimiento son siempre linsojeros, porque hay dentro de cada organismo en particular, multitud de determinadas circunstancias que la contraíndican.

Pero no es mi propósito hacer la crítica de este ó del otro proceder terapéutico, ni siquiera refiriéndome á una determinada parcialidad nosológica, pretendo sólo circunscribirme al concepto expresado en el epígrafe.

Si se piensa con Championniere (1), si se admite con él, la posibilidad de proporcionar mayores beneficios con el procedimiento movilizador, si se reconocen las ventajas de éste sobre el de la quietud, es lógico pensar que al utilizarle se emplee por sí mismo y desde el primer momento, y sin embargo en multitud de ocasiones he observado que las cosas no suceden así. Un individuo sufre una fractura, avisa á su médico y éste, salvo contadísimas excepciones, procura la coaptación de los fragmentos, si es la fractura de reducción fácil; si hay inflamación, intenta vencerla con la aplicación de fomentos fríos ó ligeramente estípticos y después ó antes,

---

(1) Lucas Championniere. *Traitement des fractures pour le massage et la movilización*, Paris 1898.

según el uso, fija la parte afecta con un apósito inmovilizador; al cabo de treinta ó más días le levanta y sólo entonces dispone ó emplea el masage que en este caso sirve solamente para activar la vitalidad de los músculos medio-paréticos por una inacción forzosa, para rehabilitar su función contráctil casi perdida por tan prolongada quietud. No es así como debe entenderse el masage; sus aplicaciones son más amplias porque son sus indicaciones más extensas. El masage debe de ser empleado á raíz del incidente traumático que origina una fractura y si es posible con exclusión de todo otro tratamiento; digo si es posible, porque hay multitud de circunstancias que después señalaré, en las que el masage tiene necesariamente que ser precedido de otras intervenciones que no le excluyen del tratamiento de las fracturas, le sirven solamente de preparación.

Generalizando en este punto todo lo que es posible generalizar y refiriéndome sólo á las fracturas sencillas, subperiósticas, exentas de complicaciones *a priori*, en aquellas fracturas, en fin, en las que el masage puede y debe tener aplicación inmediata, debe de ser empleando en el primer momento sin escrúpulo, sin indecisión, sin vacilaciones, porque haciéndolo así se proporcionan al enfermo las ventajas de una cura más rápida, más perfecta, más completa (1).

El dolor y la inflamación que muchas veces acompañan á las fracturas, no son accidentes que se opongan á las prácticas masoterápicas, sino otras tantas indicaciones que llenar con ellas. El masage debidamente empleado es puramente sedante, porque al producir la fácil y completa relajación de

---

(1) Championniere, obra citada.

los músculos perifocales violenta y dolorosamente contracturados, favorece la descompresión de los filetes nerviosos aprisionados entre los haces musculares anormalmente contraídos y ésta es una de las razones por las que el dolor se calma; el masaje es también puramente resolutivo y si se emplea de modo regulado se vencen con él rápidamente las inflamaciones, la equimosis y hasta los hematomas que en muchas ocasiones acompañan á determinadas fracturas. Claro es que en estos casos no ha de emplearse para resolver una inflamación la malaxación que se utiliza para lograr la desaparición de edemas indoloros; en tales circunstancias, cuando á la inflamación acompaña un dolor de mayor ó menor intensidad; el masaje ha de ser resolutivo y sedante á la vez, y por lo tanto suave y gradualmente progresivo: variante mixta que nos permite llegar al maso-diagnóstico. Huelga decir que cada fractura en particular exige para su tratamiento una determinada forma de masaje diversa en cantidad y calidad, porque el masaje como cualquiera proceder farmacológico tiene, si se me permite la figuración, su dosificación y su modo de empleo según los casos; pero en todos ellos los beneficios que reporta son indiscutibles, porque calma ó abole el dolor, destierra la inflamación, favorece la vitalidad de los tejidos adyacentes y la del mismo hueso, al regularizar la circulación del miembro de la zona traumatizada, favorece también la formación de un callo regular y perfecto y lleva más rápidamente al enfermo á una curación completa librándole de las molestias de una convalecencia larga y casi tan penosa como la enfermedad misma.

Pero no solamente son estas ventajas de rapidez en la cura y mayor incruencia de la misma las que se consiguen con el masaje bien aplicado; con él también se logra una

mayor perfección de la cura misma, pues con la vigilancia constante del diario intervenir, se evitan las deformidades que por cicatrices viciosas subsiguen en muchas ocasiones á los accidentes traumáticos originadores de fracturas; que el masage no es sólo un conjunto de manipulaciones sino una serie de cuidados á los que se somete al enfermo para obtener un resultado más lisonjero en el tratamiento (Carnot).

Hace algún tiempo he conocido una mujer que sufrió la fractura del tercio inferior de su radio derecho, fué tratada por el procedimiento inmovilizador corriente y al despo-seerla de su apósito enyesado, se encontró con un acabalgamiento de fragmentos de cerca de dos centímetros, con una atrofia casi general de los músculos del antebrazo que la imposibilitaba verificar casi en absoluto los movimientos de pronación y reducía al mínimum los ejercicios manuales de prensión, á la vez que originaba una marcadísima deformidad que aún subsiste.

También en estos casos hay quien reconoce ventajas con la aplicación tardía del masage (1); pero aunque sobre este punto concreto no tengo ninguna práctica personal, me parece preferible dejar las cosas según hayan quedado después de la primera intervención, porque para conseguir la regularización de una cicatriz deforme por acabalgamiento de fragmentos, se necesita nada menos que la reducción violenta con cloroformización ó la osteoclasia, procedimientos, tan cruentos de suyo, que á mi juicio contraindican toda intervención masoterápica *a posteriori*.

Recientemente he conocido á otra fracturada de la clavícula derecha en su punto medio, tratada también por

---

(1) Caso citado por Kocher,

inmovilización, que dió por resultado final un acabalgamiento de más de un centímetro, que además de deformarla lastimosamente limita de modo considerable las funciones del miembro superior del mismo lado.

Así es que tomando por apoyo estos dos casos prácticos de la multitud de similares que como argumentos incontestables podrían citarse, son las mejores razones para inclinarnos del lado de un procedimiento que, aunque no pudieran reconocerse en él mayores ventajas, libra á los sujetos asiento de fracturas, de trastornos consecutivos de tanta significación como los reseñados y le hace preferir á otro que, además de retrasar el movimiento de la curación definitiva, también en ocasiones como consecuencia final de su aplicación da por resultado deformación ó inutilidad.

Y sin embargo, á pesar de reconocer las indiscutibles ventajas que el masaje reporta, no puede tal proceder cinésico ser ni con mucho elevado á la categoría de sistema; no se debe ni pensar siquiera en sistematizar, porque hay casos en los que no puede ser aplicado sino es precedido de una intervención preparatoria; hay otros en los que su aplicación resultaría por lo menos ineficaz; y existe, por último, un tercer grupo de circunstancias que le hacen por completo impracticable.

En aquellas fracturas que sin ser conminutas y en las que, aun después de reducidas subsiste una marcada tendencia á la descoaptación, hay que fijarlas previamente con un vendaje enyesado; al cabo de seis ú ocho días se corta el vendaje y las presiones empiezan, primero sobre el canal enyesado, después sin él, para ser seguidas inmediatamente de la movilidad pasiva y de la activa luego como final de tratamiento.

Si la fractura es de tal naturaleza que su reducción se hace muy difícil por una muy acentuada desviación de fragmentos, porque se acompañe de una contractura muscular casi invencible, ó por otra cualquier causa, y si á la vez la tendencia á la inestabilidad es extraordinaria, entónces la alta cirugía dispone para corregir estos trastornos de medios tales como la reducción clorofórmica y la sutura ósea, á los cuales sólo hay que recurrir en último extremo; pero después de su aplicación también el masage realiza señaladísimos servicios obrando como excelente coadyuvante.

Cuando las fracturas se localizan en el cuello del fémur son completamente inatacables por el masage, y aun cuando se quisiera actuar sobre las partes blandas adyacentes, tal actuación resultaría en absoluto ineficaz, como también sería improcedente el pretender emplear el masage en las fracturas de la ósteo-parosis.

Si fueran la columna vertebral ó el cráneo los fracturados, entónces se atiende principalmente á cuidar las vísceras que encierran, porque siendo órganos esencialmente vitales, sus traumatismos son mucho más significativos que las fracturas que de ordinario les preceden y acompañan. Pero fuera de estos casos, por fortuna excepcionales, las inmediatas prácticas masoterápicas y de movilización en las fracturas son la regla.

He dicho ya que las presiones moderadas sobre músculos contracturados consiguen por modo sedante y rápido su completa relajación, y es natural que del conocimiento de este hecho se desprendieran más amplias aplicaciones del procedimiento terapéutico que estudio, y así ha sido en efecto, pues el masage extiende también su acción benéfica hasta las contusiones, esguinces y luxaciones. En

estas últimas, sobre todo, es donde ha sido utilizado con más frecuencia, si bien al principio se empleaba sólo para corregir las rigideces articulares subsiguientes á una reducción violenta y á un tratamiento de inmovilidad. Después, y cuando Tuffier demostró que la dificultad de reducción en las luxaciones estribaba no en el contacto anormal de las epífisis óseas, sino en la contractura exagerada de los músculos periarticulares, el masage vino á llenar mayores indicaciones dentro de estos accidentes traumáticos; y sumando mayores observaciones vinieron posteriormente á demostrar las ventajas de su aplicación, haciendo que ya desde el 1894 se emplease desde el primer momento en toda luxación, no sólo para tratarla, sino para reducirla, y las reducciones conseguidas por él son tan fáciles y tan rápidas que por su misma facilidad se las ha dado en llamar espontáneas.

No intento señalar las ventajas de este tratamiento en cada luxación en particular, pero refiriéndome siquiera sea de pasada á la escápulo-humeral, haré advertir que los beneficios del proceder fisioterápico en su tratamiento son tan grandes que libran al enfermo de la narcosis en que casi siempre cae después de la reducción por cloroformo, y hace pasar á la categoría de recuerdo histórico los procedimientos reductores de tracciones bruscas é impulsiones violentas, que más que modos curativos parecían tormento de paganos impuesto á los antiguos mártires del Cristianismo.

En síntesis; si reconociendo el masage como verdaderamente ventajoso nos decidimos á emplearle en las fracturas, su aplicación, con ó sin preparación previa, debe de ser inmediata; proceder de otro modo es limitar indebidamente sus indicaciones y privar al enfermo de los beneficios que se desprenden de su regulado empleo.

El masaje, por la vigilancia constante que entraña su uso diario, evita las irregularidades resultantes de una cicatrización viciosa y la deformación é inutilidad que en muchas ocasiones origina un acabalgamiento de fragmentos.

Y por último, al emplear el masaje en las fracturas no sólo se sigue un procedimiento, sino moderno modernizado, al conseguir con él la disminución ó abolición del dolor y mayor rapidez y perfección en la curación que se busca, sino que se rinde culto á un sentimiento de humanidad y se obedece al hipocrático consejo de *primum non nocere*.

**ENSAYOS DEL PROCEDIMIENTO DEL DR. SPALTEHOLK  
PARA CONSEGUIR LA TRANSPARENCIA DE PIEZAS ANATOMICAS**

POR

**José Salaverri y Aranguren**

ALUMNO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

---

Es indudable que hoy poseemos numerosos métodos para el estudio de la Anatomía descriptiva; las radiografías, las piezas preparadas por corrosión, las hermosas láminas de los atlas y tratados didácticos, las fotografías estereoscópicas, las piezas conservadas por los procedimientos corrientes, son auxiliares poderosos para el estudio del organismo humano, pero estos métodos nunca llegan á enseñarnos como nos enseñan las piezas disecadas por uno mismo. Ahora bien; no pueden todos ser tan buenos disectores que lleguen á preparar las más finas ramas con sus anastómosis, tratándose por ejemplo de la Angiología. Se imponía por lo tanto la necesidad de buscar un método que sin destrucción de tejidos permitiese ver el interior de las piezas macroscópicas, con más perfección que lo permite la radiografía. Así lo debió pensar el sabio Profesor de la Universidad de Leipzig doctor Spalteholk cuando ya desde el año 1906 dedicó todo su empeño á buscar un procedimiento que nos diese

la clave de ver sin disecar, no ya imágenes más ó menos perfectas de los órganos, sino estos mismos en el plano que ocupan.

No tardó mucho en encontrar algo de lo que buscaba puesto que en 1907 presentó los primeros esbozos de su descubrimiento en el XXIV Congreso Médico de Wiesbaden. El mismo año presentó sus preparaciones en la 13.<sup>a</sup> reunión de Anatómicos de Würzburg y después en Berlín, Leipzig, Bale, etc., pero donde poderosamente llamaron la atención fué en la Exposición de 1911 en Dresden titulada «El hombre» y en la que el año 1912 se celebró en Darmstadt. Merced á este método del sabio Profesor de Leipzig, se presentan á nuestra vista las ramas vasculares más finas; las arterias nutricias de los huesos ó que atraviesan conductos óseos, si han sido previamente inyectadas, se observan con claridad en el interior de los mismos; preparando fetos de distintas edades y huesos de niños recién nacidos, se observa el desarrollo óseo, etc., etc.

El secreto del fundamento de hacer transparentes los órganos y tejidos, deja de serlo con el conocimiento de la siguiente ley de Física que aplicada á los tejidos orgánicos diría así:

«Una planta ó un animal refracta la menor cantidad de luz y alcanza el máximum de transparencia cuando están rodeados é imbibidos de una substancia cuyo índice de refracción es igual al índice de los tejidos de dicha planta ó animal». Como no todos los tejidos tienen el mismo índice de refracción, se procura que el de la substancia que les rodea sea igual al índice medio de los tejidos.

Voy á exponer el método tal como lo indica su autor, mencionando lo que para vencer sus dificultades hemos

hecho el Profesor de Anatomía Dr. Lopez Prieto y nosotros en las piezas preparadas durante el presente curso en el Laboratorio de Anatomía de esta Facultad.

La técnica de la transparencia es la siguiente:

- 1.º Fijación en solución de formol.
- 2.º Blanqueamiento en agua oxigenada (algo alcalina).
- 3.º Lavado prolongado en agua.
- 4.º Deshidratación en los alcoholes de 36-70 y absoluto.
- 5.º Sumersión en benzol cambiándole dos veces.
- 6.º Sumersión en una mezcla de líquidos finales. (wintergrünöl é isosafrol ó wintergrünöl y benzilbenzoato).

Si lo que se ha de transparentar son huesos, procede la decalcificación antes de tratar con agua oxigenada y después de tenerlos unos días en formol.

Los preparados que se pretenden obtener se deben colocar desde el primer día en el mismo frasco en que después se han de conservar, el cual debe ser rectangular con las paredes bien limpias; de ninguna manera se usarán los frascos cilíndricos. Para que las preparaciones ocupen un mismo plano y para los efectos de la fijación, se colocarán en un cristal del tamaño del objeto ó algo mayor y sujetas con crin de Florencia ú otros hilos que no sean atacados por los reactivos procurando ponerlas en extensión y no en flexión si se trata de miembros ó partes de ellos. Se coloca entonces en el mismo frasco una solución de formol al 10 por 100 durante un tiempo variable hasta que los tejidos hayan quedado completamente duros y ya no sea posible la deformación; entonces, sin manosear mucho la preparación, se cortan las crines que sujetaban la preparación al cristal y se coloca agua oxigenada á la que se añadirá algo de amoniaco para evitar su poder

decalcificante. Si se omite esta precaución de quitar los hilos se deformará algo la preparación puesto que la fuerza que el agua oxigenada hiciese de dentro á fuera una vez que estuviese imbibido el organo, sería en algunas partes contrarrestada por ellos lo cual produciría abultamientos en ciertos sitios y cortaduras en otros. En el agua oxigenada es donde no se debe escatimar el tiempo, teniendo las piezas hasta que estén completamente blancas por fuera y se comprenda que así deben estar también en el interior; si es necesario se cambia dos veces el líquido. Cuando se trata de preparar huesos no se debe añadir amoniaco al agua oxigenada.

Una vez blanqueada la preparación se lavará con abundante agua destilada y se dejará en ella un par de días; los huesos algo más tiempo según el tamaño. Luego se coloca durante unos días en alcohol de 36°, otros días en el de 70° después en el absoluto.

Se debe tener en cuenta el tiempo que se tuvo en el líquido fijador, y el mismo tiempo se debe tener en cada uno de los alcoholes.

Entonces se coloca en benzol y empezará á transparentarse; cuando se haya comprendido que está todo por igual transparente se coloca por segunda vez benzol durante un par de días, se prepara por último la mezcla final y se coloca en ella.

En seguida se llevará á la bomba pneumática, pues se habrá observado que la superficie del órgano quiere tomar un color lechoso y que existen burbujas de aire en mayor ó menor cantidad; haciendo el vacío desaparecen y al mismo tiempo se evapora el benzol pues es mucho mas volátil que los líquidos componentes de la

mezcla final; en la bomba neumática debe quedar unos 6 ó 7 días (1).

Una vez que no existen burbujas de aire, aun cuando la preparación no aparezca muy transparente, deberá cerrarse el frasco definitivamente con parafina ú otra substancia, en la seguridad que con el tiempo se irá transparentando cada vez más. Antes de colocar en los alcoholes se volverá á atar ya definitivamente al cristal, sin apretar las crines. En cuanto se coloque en agua oxigenada debe taparse bien el frasco. No deben aproximarse las preparaciones á las lámparas de alcohol ó mecheros de gas, puesto que, el benzol es muy inflamable.

Es conveniente practicar las inyecciones con gelatina coloreada; las masas corrientes que nosotros hemos ensayado dan resultado al principio pero concluyen por perder el color después de algún tiempo.

Este es el método tal como lo hemos empleado en el Laboratorio de Anatomía de esta Facultad después de unas pruebas con resultado satisfactorio.

Para terminar voy á exponer las proporciones en peso que indica el Dr. Spalteholk para formar los líquidos finales que son los que nosotros usamos.

Para huesos:

Cinco partes (en peso) de wintergrünöl y tres de benzilbenzoato ó tres partes (en peso) de wintergrünöl y una de isosafrol.

---

(1) En nombre del Dr. López Prieto y en el mío quiero hacer constar nuestro sincero agradecimiento al profesor de esta Universidad D. Rafael Luna por sus consejos referentes á algunos detalles del procedimiento y por su amable colaboración para resolvernó algunos detalles en su laboratorio.

Para cerebro y médula:

Una parte (en peso) de wintergrünöl y una de benzilbenzoato ó nueve de wintergrünöl y cinco de isosafrol.

Para anfibios y peces:

Tres partes de wintergrünöl y una de benzilbenzoato ó veintisiete partes de wintergrünöl y cinco de Isosafrol.

Para fetos y miembros de niños recién nacidos la misma proporción que para anfibios y peces.

Ahora bien; el índice de refracción del hueso es de 1,547 y el índice de refracción de las mezclas es también 1,547, por lo tanto esta mezcla es la exacta que se debe emplear; como todavía no sabemos bien los índices de refracción de los demás tejidos estas proporciones en las mezclas son sólo aproximadas, no exactas.

Cuando ensayemos el método de coloración de los huesos que combinado con este procedimiento emplea el Dr. Spalteholk, lo expondremos también. Es este método un gran progreso en la técnica porque nos hace vislumbrar lo que podemos lograr el día que encontremos reactivos colorantes que obren exclusivamente sobre determinados tejidos como los encontrados hasta ahora lo hacen sobre los huesos.

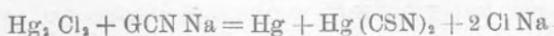
Quiero hacer también constar nuestro agradecimiento á los Dres. Guerra y López García por haber puesto á nuestra disposición cuantos animales existen en sus laboratorios para el ensayo del nuevo método, así como al Sr. Decano y al Dr. Sánchez que nos facilitaron en seguida todo el material necesario para conseguir con éxito lo que nos proponíamos y siguieron desde el primer día con verdadero interés nuestros trabajos.

# REVISTA DE REVISTAS

## FARMACOLOGIA Y FARMACIA

**Preparación extemporánea de un producto análogo al aceite gris**, por B. Sauton, (*Bull. des Sc. Pharm.* pág. 346-año 1913).

Los calomelanos son reducidos inmediatamente en frío por el sulfocianuro sódico según la siguiente reacción:



que también se efectúa cuando se mezclan los calomelanos con la saliva ó la clara de huevo. Según Pollacci, esta reacción se efectúa de una manera general cuando se introducen los calomelanos en el organismo, pues en éste se ha señalado la presencia del ácido sulfocianúrico en los tendones, músculos, hígado, jugo gástrico, médula, sangre, etc.

Utilizando esta reacción Sauton prepara fácil y rápidamente un producto análogo al aceite gris.

Se tritura en un mortero 23<sup>gr</sup> 55 de calomelanos y 8<sup>gr</sup> 10 de sulfocianuro de sodio con la cantidad de lanolina y de aceite de vaselina necesaria para obtener un total de 100 c. c. de mezcla.

La emulsión así preparada contiene 0.<sup>gr</sup>0 2 de mercurio por c. c. y por consiguiente 0.<sup>gr</sup>0 1 de mercurio metálico y 0.<sup>gr</sup>0 1 de sulfocianuro de mercurio.

El mercurio procedente de la reducción se encuentra muy dividido constituyendo emulsión muy homogénea, de la que no se separa el aceite en muchos días.

El sulfocianuro de mercurio poco soluble en el agua se disuelve en presencia del cloruro de sodio. Está por consiguiente constituido el producto, por una mezcla de mercurio metálico á alto grado de división (más que en el aceite gris) y de sulfocianuro de

mercurio soluble á favor del cloruro de sodio, que le acompaña en la reacción, y que está abundantemente repartido en el organismo.

Después de muchas semanas blanquea el producto, pasa después al color amarillo, y sin que en esta descomposición se genere sublimado.

Este aceite preparado por Lesure á indicaciones de Sauton, ha sido utilizado por el Dr. Janselme del Hospital de Broca, quien manifiesta que su actividad es idéntica á la del aceite gris.

**Pelidol.**—Es el derivado diacetilado del aminonitrotolueno que se presenta en cristales rojos ofreciendo dos variedades; una fusible á 66° y otra á 75°. El producto comercial es un polvo amarillo-rojo pálido, insoluble en el agua, soluble en los disolventes orgánicos, en la vaselina, aceites y grasas. Bajo la forma farmacéutica de pomadas se utiliza en las afecciones cutáneas.

Una mezcla á partes iguales de pelidol y de iodoleno (combinación protéica del iodol) existe en el comercio con la denominación de *Azodoleno*.

**Hediosita.**—Sustancia azucarada inofensiva para los diabéticos, de la que su constitución química es la de la lactona del ácido  $\alpha$  glucoheptónico. Fácilmente reabsorbible y disminuyendo frecuentemente la glucosuria se la administra á la dosis de 30 gramos por día.

**Brofenina.**—Es el derivado  $\alpha$ -bromo-isovalerico de la paraaminoacetilfenetidina que se presenta bajo la forma de polvo blanco, poco soluble en el agua, fusible á 157°, casi inodoro é insípido. Posee en alto grado propiedades sedantes y antineurálgicas que recomiendan su empleo en los diferentes estados febriles y neuralgias á la dosis de 0,50 á 1,50; tres ó cuatro por día.

**Hexal.**—Combinación equimolecular de ácido sulfosalicílico y de hexametenotetraamina. Cristales incoloros, insípidos, solubles en el agua conteniendo 60,9 por 100 de ácido sulfosalicílico y 39,1 por 100 de hexametenotetraamina. Recomendado como sedante y antiséptico urinario, en las inflamaciones de la vejiga y de la uretra, en las afecciones de origen gonorréico, la diatesis úrica, etc., se le administra á la dosis de 1 gramo repetido 3 ó 4 veces por día.

## MEDICINA Y CIRUGIA

**Consideraciones sobre el tratamiento de las hemorragias en los hemofílicos**, por el Dr. D. M. Vázquez Lefort. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 7 de agosto de 1913).

— Dice el autor que como la coagulabilidad sanguínea es factor indispensable para la cesación de las hemorragias, sobre todo de las que pudiéramos llamar médicas, cuando ésta falta, como sucede en los casos de hemofilia, la hemostasia fracasa y todos los esfuerzos empleados resultan inútiles.

Al hacer estas consideraciones acerca del tratamiento de la hemorragia en los hemofílicos, recuerda especialmente los casos de propia observación, concretándose á exponer las impresiones recogidas al encontrarse en situaciones verdaderamente trágicas, como médico de guardia de una de las más concurridas Casas de Socorro de Madrid, la del distrito del Centro, en la que con relativa frecuencia ha tenido ocasión de tratar enfermos hemofílicos, la mayor parte de ellos presentando hemorragias consecutivas á extracciones dentarias.

«En todos estos casos, dice, se ha tratado principalmente de hemorragias provocadas, aunque en algunos de ellos, los menos, las hemorragias han podido ser consideradas como espontáneas, revistiendo entonces la forma de epistaxis, pero repito que en la mayor parte de los casos la hemorragia ha sido consecutiva á la avulsión de algún diente.

»Las circunstancias concurrentes en dichos casos han sido análogas en todos ellos. Extracción dentaria, casi siempre de molares superiores; pequeña hemorragia consecutiva que parece ceder, pero que después continúa aumentando, y que en vista de la persistencia é intensidad decide el enfermo á someterse á asistencia médica. La mayor parte de los enfermos han requerido nuestros auxilios después de llevar algunas horas de hemorragia y de haber sido asistidos por el dentista ó por algún médico, que inútilmente habían empleado diversos homostáticos.

»En todos los enfermos he realizado primeramente la compresión de la encía y la obturación del alvéolo, rellenándole con gasa empapada en agua oxigenada ó en una solución de adrenalina al 1 por 1.000; pero generalmente el fracaso ha seguido á estas

intervenciones, sin gran sorpresa por mi parte, aunque con el natural desaliento por la del enfermo al observar que su hemorragia no es cohibida y perder la esperanza de que se ponga término á su inquietante situación.

»La circunstancia de disponer de suero antidiftérico recién obtenido me ha permitido permanecer tranquilo, pues convencido, ante el fracaso de los hemostáticos corrientes, de que se trataba de un caso de incoagulabilidad sanguínea, revelador de un estado hemofílico, opinión que casi siempre ha sido confirmada por el resultado de un interrogatorio rápido encaminado á buscar antecedentes fácilmente hallados, no he vacilado en utilizar las propiedades coagulantes de dicho suero, haciéndolo siempre con excelente resultado.

»Mi proceder en estos casos al emplear el suero antidiftérico ha consistido en empapar una bolita de algodón en dicho suero y con ella, sujeta por una pinza, tocar la superficie sangrante; al poco rato la hemorragia cesa completamente, formándose un coágulo que obtura el alvéolo. Pero si esto no se consiguiera prontamente, deberá rellenarse el alvéolo con una tira de gasa empapada en el suero, colocando después, abarcando las caras externa é interna de la encía, una pequeña compresa formada por cuatro ó seis trocitos de gasa también empapada en dicho líquido, y sujetando todo esto con una bola de algodón comprimida por ambas arcadas dentarias mediante inmovilización del maxilar inferior con un vendaje apropiado.

»La utilización del suero antidiftérico no supone preferencia sobre otros sueros análogos, siendo únicamente debida al hecho de tratarse de un remedio del que hoy se puede disponer con facilidad. Lo mismo podrá utilizarse cualquier otro suero antitóxico y mucho mejor el suero equino normal, como sería perfectamente utilizable el suero humano de persona sana en el caso de que pudiera obtenerse. Lo esencial es dar á la sangre del hemofílico el elemento que le es necesario para dotarla de propiedades coagulantes, sea la *tromboquinasa*, como pretende Sahli, sea la *plasma*, como supone Weil, sea el elemento químico que fuere, y cuya insuficiencia es motivo de que la coagulación no pueda verificarse.

»Mejor sería, si la urgencia no apremiase, introducir dichos elementos en el torrente circulatorio mediante inyecciones subcutáneas ó intravenosas, como se hace en los hemofílicos para prevenir estos accidentes cuando hay necesidad de someterlos á

un traumatismo operatorio; pero ante la necesidad de obrar con rapidez, lo esencial es usar el suero tópicamente en la superficie sangrante para procurar la formación del coágulo, obturando aquella puerta por donde la sangre se escapa.

»De todas maneras bueno será, una vez cohibida la hemorragia, completar el tratamiento aplicando alguna inyección de suero por vía hipodérmica, en cantidad de 30 á 60 cent. cúb., y prescribir alguna poción de cloruro de calcio para contribuir á modificar la sangre dotándola de un elemento favorecedor de la coagulación sanguínea, aunque en la eficacia de la acción de dicho medicamento no se puede fiar como en la del suero sanguíneo, que siempre debe ser el preferido cuando se trate de obrar sobre la sangre para aumentar sus propiedades coagulantes.

»En resumen, cuando nos encontremos ante una hemorragia persistente en un hemofílico presunto y no podamos contenerla por los procedimientos quirúrgicos ni por la aplicación de la medicación hemostática, debemos utilizar las propiedades coagulantes del suero sanguíneo de caballo, ejerciendo una acción tópica sobre la superficie sangrante y complementando esta acción mediante la introducción de dicho suero en el organismo por vía hipodérmica ó intravenosa, empleando, á falta del suero equino normal, un suero antitóxico, principalmente el antidiftérico, que por ser de uso muy general y corriente es fácil de conseguir, sobre todo atendida la urgencia con que tengamos que proveernos de tan eficaz y precioso remedio terapéutico».

Clasificación de las glándulas de secreción interna y de los productos por ellas segregados, por E. GLEY (La Presse Méd., 23 Julio 1913)

CUADRO de las glándulas de secreción interna, con los productos segregados, las correlaciones funcionales que de ellos dependen y las enfermedades ó trastornos que resultan de la supresión ó de las alteraciones de estos órganos y de sus secreciones.

	ÓRGANOS	Productos segregados	Papel fisiológico de los productos segregados	CORRELACIONES ENTRE	ENFERMEDADES	
<b>I</b> Glándulas nutritivas (que sirven para las mutaciones de materias) y que elaboran ó transforman.....	1.º Sustancias que sirven á la nutrición.	Glándulas de la mucosa intestinal.....	Cuerpos grasos. Albuminas de la sangre.....	Gasto energético. Reparación de tejidos.....	Intestino y tejidos..... Hígado y músculos.....	Diabetes por hipersecreción hepática del azúcar.
		Hígado.....	Glucosa.....	Gasto energético.....		
		Páncreas.....	Diastasa (?) que sirve para la glucogénesis ó la glucolisis.....	Formación de glucógeno ó destrucción de azúcar.....	Páncreas é hígado.....	Diabetes por supresión del páncreas.
	2.º Materias de deshecho.....	Suprarrenales.....	Adrenalina.....	Movilización del azúcar.....	Suprarrenales é hígado.....	Glucosuria por hiperadrenalinemia
		Hígado.....	Urea. Fenilsulfatos.....	Transformación de productos tóxicos en sustancias no tóxicas (función antitóxica del hígado).	Hígado y riñones.....	,
		Paratiroides.....	,	Función antitóxica (?).....	Tiroides y paratíroides.....	Tetánias por supresión de funcionamiento.
	3.º Sustancias que sirven para la morfogénesis.....	Glándula intersticial del testículo y cuerpo amarillo.....	,	Desarrollo del tractus genital y de las glándulas genitales accesorias. Desarrollo del esqueleto.....	Glándula intersticial ó cuerpo amarillo y glándulas genitales accesorias. Glándula intersticial y tejido óseo.....	Infantilismo de origen testicular.
		Tiroides.....	,	Desarrollo del esqueleto. Id. del sistema nervioso. Id. de la glándula genital.....	Tiroides y tejido óseo. Tiroides y cerebro. Tiroides y testículos ú ovarios.....	Retraso del desarrollo. Cretinismo. Estados mixedematosos.
		Hipófisis.....	,	Desarrollo del esqueleto.....	Hipófisis y tejido óseo.....	Acromegalia.
	<b>II</b> Glándulas que sirven para el sostenimiento del medio interior.....	Hígado.....	Antitrombina.....	Coagulabilidad de la sangre.....	Hígado y sangre.....	Hemofilia por exceso de antitrombina.
Plexos coroides.....		Líquido céfalorraquídeo.....	Papel físico conocido. Papel de eliminación (?).....	,	,	
Glándulas de la mucosa duodeno-yeyunal.....		Secretina.....	Secreción pancreática.....	Estómago, duodeno y páncreas.....	,	
<b>III</b> Glándulas reguladoras y excitantes de funciones.....	Suprarrenales.....	Adrenalina.....	Funcionamiento del sistema simpático.....	Suprarrenales y sistema simpático.....	Enfermedad de Addison. Insuficiencias suprarrenales (?).	
	Glándula miometrial ó placenta ó feto (?).....	Sustancia galactogoga.....	Secreción láctea.....	Útero, placenta ú órganos fetales y mamas.....	,	
	Tiroides.....	Sustancia excitante del catabolismo (yodotiroglobulina (?)).....	Cambios azoados y respiratorios.....	Tiroides y tejidos en general.....	Retardo nutritivo por defecto de secreción tiroidea.	
<b>Órganos no glandulares, pero que juegan el papel de glándulas endócrinas</b>						
Órganos que sirven para la nutrición ó la morfogénesis.....	Cuerpo adiposo.....	Grasa.....	Gasto energético.....	,	,	
	Bazo.....	Tripsinogenina.....	Activación de la tripsina.....	Bazo y páncreas.....	,	
	Timo.....	,	Desarrollo del esqueleto.....	Timo y tejido óseo.....	,	



CUADRO II

Clasificación de los productos de secreción interna según su papel

	Productos segregados	Órganos secretores	
I. <b>Materias nutritivas</b> .....	Glucosa.....	Hígado.	
	Grasa.....	Mucosa intestinal. Cuerpo adiposo.	
	Albuminas de la sangre.....	Mucosa intestinal.	
	Sustancias que regulan la producción del azúcar.....	Páncreas.	
II. <b>Hormonas (sustancias reguladoras de procesos químicos ó de funciones)</b> .....	1.º Sustancias que sirven para los cambios nutritivos	Adrenalina como sustancia movilizadora del azúcar.	
	2.º Sustancia que sirve para el sostenimiento del medio interior.....	Antitrombina.....	
	3.º Sustancias morfogenéticas (de acción química morfógena).....	,	Glándula intersticial del testículo y cuerpo amarillo.
		,	Tiroides.
		,	Hipófisis.
		,	Timo.
	III. <b>Hormonas (excitantes funcionales específicos)</b> ...	Sustancia activadora de la tripsina....	Bazo.
De papel químico... Sustancia catabolizante (aumenta los cambios azoados y respiratorios)....		Tiroides.	
Secretina.....		Mucosa duodenoyunal.	
De papel fisiológico. Adrenalina.....		Suprarrenales.	
IV. <b>Parhormonas (productos de deshecho que juegan papel fisiológico)</b> .....	Sustancia galactogoga.....	Glándula miometrial ó placenta ó feto.	
	Anhidrido carbónico	Músculos y glándulas	
	Urea.....	Hígado.	

**Tratamiento de la coqueluche**, E. Roux, (*La Province Médicale*, 8 de marzo de 1913).

Puede considerarse la coqueluche como una enfermedad infecciosa, de carácter predominantemente túsigeno, acompañándose en mayor ó menor proporción de catarro bronquial, y cuyo foco infeccioso parece estar localizado en la mucosa de las vías respiratorias.

Existe completo acuerdo en cuanto á las medidas higiénicas que en caso de coqueluche han de tomarse: aislamiento del enfermo; permanencia de éste en habitación de moderada temperatura, muy aireada, expuesta á la acción de los rayos solares y provista de una atmósfera medicamentosa emoliente y antiséptica; bebidas diuréticas, alimentación lo menos tóxica posible, etc.

En cuanto á tratamiento medicamentoso, el que se recomienda generalmente es el antiespasmódico. Atendiendo sólo á las quintas de tos, la mayoría de los médicos se preocupan exclusivamente de disminuir el número diario de éstas, creyendo que así abrevian la duración del mal. Los medicamentos que de preferencia se recomiendan son los bromuros, la belladona, codeína, antipirina, acónito, etc.; añadiendo á esta lista los pretendidos específicos de la tos coqueluchoide.

Los resultados que con este tratamiento antiespasmódico se obtienen son los que podían esperarse de una medicación exclusivamente sintomática. La mayor parte de las veces se consigue calmar la tos y disminuir el número de quintas, pero la duración de la enfermedad se prolonga y su carácter se agrava, porque se favorece y prepara la invasión de una de las más temibles complicaciones de la coqueluche, cual es la broncopneumonía.

Para instituir un tratamiento racional de la coqueluche es preciso examinar y auscultar cuidadosamente al enfermo.

Quando se ha de tratar un enfermo apirético y sin manifestaciones bronquiales, en el que la tos espasmódica no va seguida de expectoración, se pueden prescribir los antiespasmódicos de la farmacopea clásica (belladona, codeína, acónito) que, por medida de prudencia, se emplearán asociados en una preparación magistral con jarabe de Désessartz (á base de ipecacuana) que se dará en ayunas, antes de las comidas y al meterse en la cama, para evitar la tos post-prandium y la nocturna, que por los vómitos que

provocan y lo que el sueño perturban, tanto alteran la nutrición de los enfermos. Se auscultará con frecuencia para en el momento en que se inicien síntomas de bronquitis, sobre todo si se acompañan de elevación de la temperatura, suspender el tratamiento para instituir otro más adecuado.

Si el enfermo además de las quintas de tos tiene fiebre y bronquitis, conviene medir lo más exactamente posible la intensidad de los elementos infeccioso y flegmático bronquial, de manera que á los antiespasmódicos se asocien los expectorantes en las debidas proporciones, que variarán según los signos predominantes.

Ante todo hay que desechar todos los pretendidos específicos de la coqueluche: su acción paralizante del reflejo tusígeno y estupefaciente sobre los músculos bronquiales es altamente perjudicial. Cuando una bienhechora expectación, cuando un drenaje de los productos toxi infecciosos de las vías respiratorias es necesario, acarrea la intempestiva administración de estos específicos; una retención bronquial con todas sus terribles consecuencias: bronquitis capilar y broncopneumonía. En estos casos se asociarán á los expectorantes (medicación dominante) pequeñas dosis de bromuro, de belladona ó de codeína, únicamente para moderar la intensidad de la tos, disminuir la excitabilidad del sistema nervioso y para evitar en lo posible los vómitos.

El autor recomienda la asociación de las dos fórmulas siguientes, en las cuales las dosis de sus componentes variarán según predominen los síntomas quintosos ó los catarrales, pero dando siempre la preferencia á los expectorantes:

EXPECTORANTE	{ Jarabe de ipecacuana. . . 5 á 20 grs.	Bromuro de estroncio. . . 1 á 3 grs.
	{ Id. de polígala. . . 40 á 45 »	Jarabe de codeína. . . 10 á 30 »
	{ Oximiel escilítico. . . 10 á 20 »	Jarabe de belladona. . . 5 á 20 »
	{ Benzoato de sosa. . . 2 á 4 »	Tintura de acóniro V á XX gotas.
	{ Infusión de tilo c. s. para 300 c. c.	

Esta poción se tomará á cucharadas grandes ó pequeñas según la edad, y su número variará con la intensidad de los fenómenos morbosos.

A este tratamiento interno se añadirán los revulsivos: cataplasmas sinapizadas, tanto más frecuentemente aplicadas cuanto más intenso sea el catarro bronquial.

Con esta medicación la enfermedad seguirá su curso, evitándose casi seguramente las complicaciones y consiguiéndose algún acortamiento de su duración total.

En los casos complicados de broncopneumonía el problema consiste, más que nunca, en evacuar y drenar las vías respiratorias; estimular la defensa del órgano y despertar en lo posible su contractilidad. Se suprimirán en absoluto los antiespasmódicos; se emplearán los expectorantes; revulsión enérgica por las cataplasmas sinapizadas y sobre todo por los baños calientes á 38° cuya temperatura se elevará en algunos casos á 40° dados cada seis, cuatro ó dos horas, según la intensidad de las lesiones y de la disnea. El estado general se sostendrá con inyecciones de aceite alcanforado, de estriocina, de alcohol ó de electrargol.

G. CAMALEÑO

**La aortitis abdominal aguda**, por Minet Leclercq y Holleau.  
(*L'Echo méd. du Nord*, 1912, IX).

Describen esta enfermedad bajo los siguientes epígrafes:

1.º *Síntomas*. (A) *Accesorios*.—El dolor es el primer síntoma que habitualmente se presenta, creciendo de un modo rápido en intensidad. Reviste la forma de violentos calambres en el estómago, intestino, hígado ó riñones, y simula enfermedades de estos órganos. Puede irradiarse á los miembros inferiores. El decúbito supino, parece agravarle. Aunque son muy variables, pueden aparecer, náuseas, vómitos, constipación, flatulencia ó diarrea y á veces hemorragias. Intensa disnea, vértigo, intermitencias del pulso y sensación como si el corazón se detuviera ó latiera algunas veces entre el estómago y el vientre.

(B) *Síntomas esenciales*.—Lo más á menudo dolor precisamente alrededor del ombligo que aumenta á la presión: ensanchamiento de la aorta, la cual puede ser á veces perfectamente delimitada por el tacto, con desviación y movilidad del vaso hacia la izquierda, con pulsaciones violentas y contracción defensiva del músculo recto mayor derecho del abdomen: esta triada sintomática es característica y ya Potain había llamado sobre ella la atención. La hipertensión de las pedias es muy frecuente y Teissier encontró que el grado de irritación aórtica es proporcional á esta hipertensión. Casi siempre la fiebre acompaña y persiste por algún tiempo en estos ataques de aortitis.

2.º *Complicaciones*.—Crisis gástricas caracterizadas por violento dolor de estómago, náuseas y vómitos, con mayor frecuencia que las crisis intestinales con enteralgia y diarrea, pueden aparecer

en el curso de la enfermedad: la colitis muco-membranosa por su parte, parece tener estrecha relación con la aortitis abdominal. La nefritis y la apendicitis son raras y más aun los procesos embólicos. La asfixia del pie con gangrena seca ha sido señalada como complicación.

3.º *Evolución y pronóstico.*—La enfermedad aparece insidiosa ó repentinamente. La curación se verifica de un modo rápido ó se hace esperar semanas y aun meses, pero nunca la aortitis aguda toma carácter crónico. Aunque la muerte puede ocurrir, generalmente termina por curación: es muchísimo más benigna que la aortitis torácica.

4.º *Diagnóstico.*—El dolor abdominal al nivel de la aorta; la desviación é incurvación del vaso y la hipertensión de las pedias aseguran el diagnóstico. Las crisis gástricas é intestinales, no se confundirán con las de la tabes por la falta de síntomas de está última enfermedad. En los casos de aneurisma y de crisis producidas por otras enfermedades, la falta de hipertensión de las dorsales del pie, decidirá el diagnóstico.

5.º *Etiología y patogenia.*—La aortitis abdominal primitiva es muy rara y se cree puede presentarse después de un enfriamiento, fatiga ó traumatismo. Lo más frecuente es que siga á estados infecciosos como la gripe, el tífus, la escarlatina y sobre todo que sea efecto de la propagación de inflamaciones en órganos de su vecindad. La mayor parte de sus síntomas son de origen reflejo sobre los plexos peri-aórticos, pericardiacos y el gran simpático.

6.º *Tratamiento.*—Reposo en cama, fomentos muy calientes, belladona, cataplasmas, vejigatorios y sanguijuelas son los remedios aconsejados. La aspirina, salicilato, nitrito de amilo, trinitrina, bromuros con preferencia el de estroncio (uno á dos gramos por día) valeriana y belladona son las drogas que recomiendan especialmente para indicaciones sintomáticas. Royat, Plombieres y Châtel-Guyon (entre nuestros balnearios, Solares) son los establecimientos á que se mandará al enfermo en la convalecencia.

L. MORENO

## OFTALMOLOGIA

**La influencia de la herencia en oftalmología**, por D. Peters.  
(*Clinique Ophthalmologique*, junio 1913).

Los estudios clínicos tienen alguna vez por objeto los problemas de la herencia patológica. Martius hizo las primeras investigaciones en esta dirección.

Más tarde, en 1904 Groenaun hizo el primer trabajo de conjunto sobre las afecciones oculares hereditarias; hace el autor la distinción entre las afecciones hereditarias y las adquiridas y describe los diferentes factores de la herencia directa y colateral.

En un pequeño trabajo de Hess, se encuentra un estudio interesante sobre la influencia de la herencia en la catarata y en las anomalías de la refracción. Best ha demostrado la coexistencia del astigmatismo y de la ambliopía congénita. En primera línea hay que citar las deformaciones del ojo y de sus anejos; Hippel considera al coloboma y las alteraciones concomitantes como resultado de una inflamación fetal. En otros casos, se observa la influencia hereditaria en alteraciones bilaterales de la córnea, lesiones centrales de la membrana de Descemet, úlcera corneana, ausencia del canal de Schlemm, etc. En el estafiloma de la córnea, atrofia óptica hereditaria, algunos autores han encontrado lesiones al nivel de las fibras maculares del nervio óptico.

En el idiotismo familiar amaurotico, se encuentran lesiones sobre el territorio de inervación periférica y central del nervio óptico; lo mismo ocurre con la patogenia de algunas formas de catarata. Hay una predisposición constante á la catarata nuclear y á la catarata cortical en la misma familia.

Lo mismo ocurre con el estrabismo. Existen una serie de anomalías hereditarias de los músculos y de la inervación. Hay puntos oscuros en esta cuestión; porque todos los niños nacidos de madres estrábicas no padecen estrabismo y porque en ciertas circunstancias los niños empiezan á torcer los ojos; el alcoholismo y otras taras hereditarias tienen una gran importancia en el estrabismo. Sicherer cita una familia en la cual, las niñas emetropes, tenían los ojos derechos y los niños atacados de estrabismo interno del ojo derecho, tenían el izquierdo normal. El mismo autor cita casos de estrabismo convergente en la miopía hereditaria, colobomas del ojo, epicantus, etc.

El nistagmus familiar está unido á alteraciones de pigmentación y coincide con frecuencia con la coloración azul del iris, sobreviniendo con preferencia en los individuos albinos.

Aquí se presenta otro problema más vasto: Cómo puede explicarse la miopía, el estrabismo y otras anomalías, no pudiendo encontrar nada en la herencia? Nos contentaremos con preguntar al paciente ó á sus parientes si no hay algo parecido en la familia del padre ó de la madre. Por otra parte hay que recordar que las variaciones del plasma sanguíneo son hereditarias. No puede explicarse de otra manera la etiología del coloboma, donde no pueda establecerse ninguna influencia hereditaria y no puede encontrarse otra causa en ciertos casos de miopía y de estrabismo.

Gracias á la herencia, el oftalmólogo tiene bastante material entre las manos para estudios interesantes.

**Significación de las zonas hiperestésicas de la nariz en Oftalmología**, por Axenfeld y Lahr. (Congreso de los oftalmólogos del sur de Alemania).

Los autores hacen notar la importancia de las regiones descritas por Killian con el nombre de zonas hiperestésicas en el territorio del nervio etmoidal. Estas nociones son poco conocidas de los oftalmólogos que prescriben un tratamiento ocular intenso, en casos en los que no se trata más que de fenómenos reflejos. Los síntomas oculares pueden consistir en afecciones conjuntivales y palpebrales, hipersecreción, astenopia, etc., en particular se observa un tic convulsivo ó abscesos de bleforospasmos.

Citan los autores especialmente el caso de una señora nerviosa, no histérica: después de una conjuntivitis folicular, enérgicamente tratada, sufrió durante un año, dolores conjuntivales y blefarospasmos, que fué tratado por algunos optalmólogos con todos los medicamentos locales. El autor buscó entonces las zonas de hiperestesia nasal y después de encontrarlos los cauterizó con el ácido tricloroacético, lo que produjo en poco tiempo la curación del dolor y del bleforospasmos. El autor propone que en estos casos se solicite el auxilio del rinólogo para que examine la existencia de zonas nasales hiperestésicas.

Hahler.—Quiero añadir, como rinólogo, algunas palabras á las de mi colega Axenfeld.

Los casos citados deben considerarse pertenecientes á una neurosis nasal. Para comprenderlos bien, es preciso decir algo sobre los reflejos normales de la nariz, interesantes para los oftalmólogos. Todo el mundo conoce las irritaciones violentas de la mucosa nasal, que pueden suceder á una cauterización del ojo por el nitrato de plata. Se trata de reflejos regionales situados en el trayecto del trigémino. La mucosa nasal, en su mitad anterior está innervada por el nervio etmoidal, rama del nervio naso-ciliar, que sale de la órbita, por el foramen etmoidal anterior, penetra por la lámina cribosa del etmoides en las fosas nasales donde se divide en dos ramas de las cuales, la una se distribuye por la pared lateral de la nariz, la otra por el tabique.

El nervio naso-ciliar es una rama del oftálmico que va al ganglio ciliar y dá el nervio infratroclear, para la piel de la raíz de la nariz, del ángulo interno del ojo, saco lagrimal y caruncula. El segmento posterior de la mucosa nasal es innervado por la segunda rama del trigémino.

Milliam ha puesto en evidencia cuatro puntos donde la sensibilidad de la mucosa nasal es más acusada. Estos puntos se encuentran, en los dos lados, en las extremidades anteriores de los cornetes inferiores y en un punto del tabique nasal situado frente á la extremidad anterior del cornete medio. Por una excitación fuerte de estos puntos se pasa de la sensibilidad normal, á síntomas oculares, en particular lagrimeo.

Si tocamos un poco fuerte uno de estos puntos hiperestésicos, se produce un fuerte lagrimeo reflejo que proviene del nervio lagrimal, con inyección conjuntival y bleforospasmo.

Qué podemos hacer desde el punto de vista terapéutico? Tenemos dos medios: el más radical es la interrupción de la vía refleja; podemos seccionar el nervio etmoidal en la órbita, lo que constituye una intervención seria, ó los ramos de este nervio en las fosas nasales, con un pequeño bisturí. Podemos también obrar sobre el punto de partida del reflejo, es decir, atenuar la hiperestesia por cauterización de los puntos hiperestésicos, procedimiento que dá buen resultado en muchos casos. El autor hace estas cauterizaciones con el ácido tricloroacético ó con el galvanocautrio.

PABLO ALVARADO

## OTO-RINO-LARINGOLOGIA

**El naso-faríngeo como causa de enfermedad en otras partes del cuerpo**, por Indson Daland. (Société de laringologie de Philadelphie, sesión 15 abril 1913.

El cuadro clínico á que dán lugar las adenoides en los niños, es decir, la expresión facial particularmente estúpida, la boca abierta, el labio superior corto, el inferior grueso y rojo, la salivación ocasional, asociada á una disminución de la inteligencia, la existencia de una mala nutrición caracterizada por falta de crecimiento, de debilidad, de anemia con pérdida de peso, demuestran de manera terminante la influencia de las enfermedades del naso-faríngeo sobre el estado general.

Recíprocamente cuando las adenoides han sido extirpadas, la desaparición rápida de todos estos fenómenos y el aumento de peso, corroboran esta opinión. La estenosis nasal bajo el punto de vista de la patología interna puede considerarse como completa, parcial ó intermitente. La respiración nasal proporciona la temperatura y humedad del aire inspirado y suprime las partículas extrañas (polvo, etc.).

Los que respiran por la boca no tienen estas ventajas. A consecuencia de la respiración bucal, la inflamación catarral de la mucosa de la boca, de la faringe, de la laringe y de las vías traqueo-bronquiales son frecuentes y cuando el aire inspirado reclama humedad, es proporcionada por las mucosas del conducto respiratorio, boca y faringe. De la misma manera, el polvo y partículas irritantes entran en el canal bronquial provocando una irritación de la mucosa.

El aire inspirado que no puede atravesar el espacio nasal y pasa directamente á través de la boca puede considerarse como mal preparado para penetrar en los pulmones y su delicada mucosa es irritada; el espasmo de la mayoría de los pequeños bronquios es debido á esta causa, y el aire no puede llegar á los numerosos alvéolos que se encuentran constantemente en un estado de debilidad ó semi-debilidad.

El examen de los pulmones demuestra claramente que la respiración á través de la boca da lugar á un murmullo vesicular más rudo que en el estado normal.

La auscultación siempre corrobora la teoría que en la respiración bucal, el aire tiene dificultad de penetrar libre y fácilmente en todas las partes del pulmón y sobre todo en sus numerosos alvéolos.

La estenosis nasal causa de una expansión pulmonar insuficiente, da lugar á las correspondientes alteraciones de pecho. Los lados están más oblicuos, el diámetro vertical aumentado, el trasversal disminuído, el ángulo costal inferior más agudo, lo que predispone á diversas enfermedades; traqueo-bronquitis, faringitis, laringitis, laringitis espasmódica, asma y sobre todo á la tuberculosis. Como en cada inspiración muchos de los alvéolos están habitualmente hundidos ó parcialmente llenos de aire, sólo es posible una oxigenación y una descarbonización parcial, naturalmente esto dificulta el metabolismo y con más razón el crecimiento. La anemia se observa generalmente en grado moderado y siendo la pérdida de hemoglobina más grande que la de eritrocitos da lugar á la cloro-anemia.

Como la disminución de hemoglobina es debida en parte á una absorción defectuosa de oxígeno, esta forma de anemia es rara vez influenciada favorablemente por los medios ordinarios. Pero en cambio cuando se suprime la obstrucción y el enfermo adquiere el hábito de respirar normalmente, la sangre recobra el balance fisiológico. Todo obstáculo á la oxigenación y á la descarbonización de la sangre obra de una manera tóxica sobre las células dando lugar á una alteración de metabolismo, con grandes probabilidades de que cuerpos químicos más ó menos tóxicos circulen por la sangre.

La estenosis nasal en los jóvenes da lugar á cambios morfológicos en la boca; la arcada dentaria se estrecha, y, en consecuencia los dientes tienen un defecto de alineación, están acballados ó desplazados, la oclusión es defectuosa, lo cual es un obstáculo á la masticación que á su vez acarrea desórdenes digestivos.

En la obstrucción nasal completa, se produce un sentimiento de sofocación particular, de brevedad de la respiración, y cuando la presión se ejerce sobre el tabique puede dar lugar al asma.

La obstrucción nasal intermitente completa ó parcial es generalmente debida á una flojedad ó á una hipertrofia de la cabeza de los cornetes, por éxtasis venoso, como consecuencia de una fatiga excesiva ó agotamiento nervioso. Puede ser diurna pero generalmente es nocturna, y si el individuo está algún tiempo en

decúbito supino, la obstrucción nasal es completa. La respiración bucal nocturna es causa de una oxidación insuficiente y el individuo se levanta con una sensación particular de laxitud.

La obstrucción nasal parcial se encuentra alguna vez determinada por pequeñas adenoides que obstruyen uno de los orificios nasales posteriores.

El crup espasmódico en el niño sobreviene alguna vez á consecuencia de sequedad de la mucosa faríngea y laríngea y suele calmarse por la ingestión de agua á cortos intervalos.

Los micro-organismos que infeccionan habitualmente el conducto naso-faríngeo son los estreptococos, estafilococos, pneumococos, el de la influencia, difteria y sífilis, y pueden alojarse en las amígdalas, en los pasajes nasales ó los senos y mastoides. La infección puede ser aguda ó crónica y estar limitada á una ó muchas de las amígdalas, á uno ó varios de los senos y localizarse ó extenderse á los tejidos vecinos. En ciertos casos, que pueden llamarse (portadores de bacilos), algunos de estos microbios están constantemente en la nariz, en el seno ó la faringe aunque el sujeto tenga buena salud; y estos individuos pueden difundir inocentemente la influencia ó la difteria. El dolor de cabeza ligero ó violento, recidivante ó continuo tiene su origen algunas veces en la existencia de una sinusitis frontal, se retiene la secreción y el dolor es insoportable. En la sinusitis esfenoidal, los tejidos orbitarios pueden ser atacados por propagación y dar lugar á perturbaciones oculares de naturaleza refleja. La meningitis por extensión puede ser debida á una inflamación de las células mastoideas esfenoidales ó etmoidales.

La inflamación supurada del seno maxilar predispone á la neuralgia facial.

Una septicemia ó una pioemia ligera ó grave que es en ciertos periodos recidivante es á veces provocada por una sinusitis estreptocócica, una amigdalitis ó una faringitis de la misma naturaleza. La osteitis, la peri-artritis y la artritis deformante tienen su origen á su vez en una septicemia faríngea ó nasal. Del mismo modo que una infección pneumocócica, acompañada de pneumonía lobular, es á veces propagada de una infección pneumocócica localizada en la boca, faringe ó nariz.

Numerosos casos de poliartritis séptica son diagnosticados de reumatismo agudo ó crónico. Cuando la infección séptica puede estar localizada en cualquier parte del cuerpo, generalmente en la raíz de los dientes, las amígdalas, la nariz ó los senos; á menos que

la naturaleza séptica de la artritis sea reconocida y la fosa descubierta, las recidivas son comunes. El caso siguiente demuestra el error muy generalizado de confundir la poliartritis aguda séptica con el reumatismo.

Una mujer de 18 años, dice que tuvo á los nueve una amigdalitis grave, seguida de un reumatismo poliarticular agudo atacando las articulaciones de las extremidades superiores é inferiores con fiebre y delirio. En el periodo de la convalecencia tres meses después, observa una debilidad marcada, disnea, taquicardia y palpitaciones del corazón. El examen de este órgano pone de manifiesto una estenosis mitral marcada. Cuando yo la ví seis años más tarde, padecía de ataques recidivantes, de mal de garganta, de reumatismo de la garganta, cuello, escápulas y de dolores reumatóideos en diferentes partes del cuerpo. Las amígdalas estaban muy hipertrofiadas, los síntomas persistían. Las amígdalas que fueron extirpadas un año más tarde por Walter J. Freeman, estaban pequeñas, viéndose en la izquierda una sustancia caseosa descompuesta y un absceso quístico. Después de esta época no hay más recidivas de su falso reumatismo y de sus síntomas cardiacos. La compensación es completa no queda más que un poco de fluxión que da lugar á algún síntoma de insuficiencia cardiaca. Es evidente que el foco séptico de las amígdalas era la causa de la poli-artritis aguda y de la valvulitis mitral.

Niño de 16 años, tiene súbitamente ceguera del ojo derecho. Webster Fox, diagnostica de embolia de la arteria de la retina. El examen del corazón pone de manifiesto los signos corrientes de una valvulitis mitral. El enfermo refiere la historia de un supuesto reumatismo poliarticular.

Se supone una infección séptica y cuando no se puede encontrar por ninguna parte el foco y que el enfermo niega todo síntoma nasal, le examina Pross Hall Shilleru, y hace el diagnóstico de sinusitis etmoidal que fué drenada. El enfermo no ha vuelto á tener recidivas de su artritis aguda séptica, ni de su endocarditis.

RODRIGUEZ VARGAS,

## UROLOGIA

**Influencia de la fibrolisina en el tratamiento de las estrecheces infranqueables de la uretra**, por Levy-Weissmann, del Hospital de Urología, de París (*Journal d' Urologie*, núm. 5, 1913).

El tratamiento clásico de las estrecheces de la uretra comprende dos órdenes de medios terapéuticos, los unos mecánicos representados por los diferentes procedimientos de dilatación, los otros sangrantes como la uretrotomía interna y externa; sus indicaciones respectivas están formuladas por el grado de permeabilidad, de dilatibilidad, ó no dilatibilidad del canal, pudiéndose decir que resuelven la mayoría de los casos. Pero existen circunstancias en las que ninguno de ellos es utilizable, sea porque el canal de la uretra infranqueable á las bujías más finas no permite ni la dilatación ni la uretrotomía interna, sea porque el enfermo no pueda ó no quiera someterse á una intervención como la uretrotomía externa, que le obliga á interrumpir sus habituales ocupaciones y de la que teme el acto operatorio y sus consecuencias.

La situación sería evidentemente de las más críticas si no dispusiéramos de más modos de tratamiento, siendo el objeto de esta nota demostrar el beneficio que en parecidos casos se pueden obtener de las inyecciones hipodérmicas de fibrolisina, preconizadas por Frank de Berlín en la 1.<sup>a</sup> sesión de la Asociación francesa de urología (1905); daremos unas cuantas notas de sus propiedades químicas y fisiológicas.

La fibrolisina se obtiene, saturando la esencia de mostaza por el gas amoníaco; se hace obrar en caliente, una parte de alcohol absoluto y siete de amoníaco sobre la esencia de mostaza negra, precipitándose la fibrolisina por enfriamiento bajo la forma de cristales blancos, brillantes, de sabor amargo, poco solubles en el agua fría, algo más en la caliente y en el alcohol; esta débil solubilidad obliga á Hebra á servirse de una solución alcohólica al 15 por 100, desprovista de toda acción por la vía gástrica y muy dolorosa por la vía hipodérmica; hacía falta encontrar un modo de administración, llegando por fin Mendel á encontrar el producto fibrolisina, soluble en el agua en la proporción de 15 por 100.

Según Lermoyez y Mahu, la fibrolisina tiene el inconveniente de descomponerse rápidamente al salir de la ampolla que la

encierra, alterándose al aire ó á la luz, dando un olor de ajo, característico; por ello Michel y Moreau tratan de obtener una solución más concentrada y menos alterable que la precedente, aumentando su solubilidad en el agua por la adición de la antipirina (media molécula de antipirina por una de tiosciamina), dando esta combinación un líquido siruposo, incoloro, soluble en tres partes de agua, ofreciendo la ventaja de conservarse al aire y á la luz: la fórmula siguiente:

Tiosciamina. . . . .	15 gramos
Antipirina. . . . .	7    »
Agua destilada. . . . .	100   »

representa una solución al 15 por 100, completamente indolora. En fin Renon da la preferencia á una fibrolisina francesa, mucho más soluble que la alemana (5 á 6 por 100), y que se puede emplear pura sin la adición de antipirina ni de ningún otro producto, que venga á sumar su acción terapéutica á la del medicamento; utilizando una disolución al 4 por 100 en el agua destilada y esterilizada.

La inyección hipodérmica de una solución acuosa, en general es bien tolerada, produciendo un ligero escozor que desaparece rápidamente; Lermoyez y Mahu señalan la formación posible de pequeños nódulos en el sitio de la inyección, por cristalización rápida de una parte del líquido inyectado, tardando algunos meses en resolverse estos núcleos. La absorción de la fibrolisina es bastante rápida, como lo demuestra el gusto de ajo sentido por el enfermo poco tiempo después de la inyección; la reacción general es variable según la dosis y duración del tratamiento, no observándose ni fiebre ni albuminuria; á dosis terapéuticas, el efecto producido sobre la salud general es el de un ligero tónico (Sinclair Tousey); á dosis más elevadas y largo tiempo continuadas, los enfermos pueden acusar una gran laxitud, cefalea, vómitos con diarrea y algunas veces la aparición de un ras purpúrico. Renon inyecta á sus enfermos durante 25 á 30 días, una dosis diaria de 20 centigramos, lo que hace por la duración del tratamiento 5 á 6 gramos de fibrolisina, habiendo tratado de tal modo 200 casos de fibrosis cardio-vasculares ó de aortitis sin el menor inconveniente; la fibrolisina es pues inofensiva á dosis moderadas, su toxicidad existe solamente en los tratamientos prolongados, siendo necesaria una vigilancia activa para evitarla.

Bajo el punto de vista terapéutico, la acción de la fibrolisina ha sido diversamente interpretada por los autores; Sinclair Tousey cree que obra estimulando los cambios y la absorción por la vía linfática; al mismo tiempo que el tejido cicatricial se reabsorbe poco á poco, la región se reblandece y toma su forma normal. En realidad la fibrolisina posee la curiosa propiedad de reblandecer el tejido conjuntivo patológico; sin obrar sobre el mismo tejido al estado fisiológico (Mendel, Dolliquer); esta acción verdaderamente electiva, tendría por origen el aumento al doble del número de leucocitos coincidiendo con una disminución de los hematies (Renon). Bajo la acción linfagoga, se ven la fibras conjuntivas de las cicatrices hincharse y disociarse, se forma un verdadero edema intersticial con reblandecimiento (Glas) comparable al del éxtasis venoso del método de Bier (Lermoyez y Mahu). Las fibras conjuntivas, dice Mauricio Perrin, presentan contornos indistintos, sus límites son confusos, los núcleos disminuyen, el tejido cicatricial pierde una parte de su ligera diferenciación, tomando caracteres embrionarios que permiten una orientación diferente para su evolución ulterior, siendo posible hacer intervenir las influencias mecánicas, á las cuales habían resistido hasta entonces las cicatrices, para reblandecerlas y distenderlas, dando lugar á poner en juego las manipulaciones diversas masaje, métodos de reblandecimiento para completar la acción preparatoria de la fibrolisina, sin la cual ningún tratamiento era posible; el olvido de este hecho capital haría el método estéril, porque los efectos de la fibrolisina son esencialmente transitorios. Nosotros añadiremos que estamos lejos de justificar la opinión de Sugar, según el cual los leucocitos ejercerían sobre el tejido conjuntivo, una acción comparable á la fagocitosis (Lermoyez y Mahu), ya que no existe reabsorción del tejido cicatricial y la acción medicamentosa debe siempre ser seguida del tratamiento mecánico.

¿Pero la acción de la fibrolisina está siempre exenta de daños y no tiene formales contraindicaciones? diversos autores se han ocupado de la cuestión, y aunque ellas sean raras, debemos mencionar las que se derivan de la tuberculosis pulmonar en la que los focos viejos se reblandecen, con acompañamiento de fenómenos febriles (Hebra) y en segundo lugar la coexistencia de un tumor maligno, en el cual la abertura de las vías linfáticas amenaza con la presentación de metastásis; en fin la presencia de cicatrices operatorias, debe hacernos muy circunspectos en su empleo y frecuentemente prescindir de ella, ya que este producto ejerce su

acción electiva sobre todos los focos cicatriciales de la economía, y queriendo curar una estenosis en un enfermo con una cicatriz antigua de gastrostomía (caso señalado por Teleky) ó de enterostomía, nos expondríamos á provocar una perforación mortal; se puede admitir con Lermoyez, que el beneficio de la fibrolisina debe ser proscrito, en todos los enfermos que tengan un pasado quirúrgico abdominal.

Fuera de estas excepciones muy raras, las indicaciones de la fibrolisina son múltiples, habiéndose ensayado su acción en los casos más diversos de los que daremos una ligera reseña. En primer lugar están las retracciones cicatriciales cutáneas ó tendinosas, de las cuales acabamos de observar un caso muy claro en un joven violinista atacado de retracción de la aponeurosis palmar, sobrevenida en la primera infancia á consecuencia de una quemadura; al lado del aparato visual citamos: el ectropión de los párpados, las opacidades y manchas de la córnea datando de 15 á 25 años (Galezovyski) curadas con retorno integral de la agudeza visual; Lermoyez y Mahu han obtenido buenos efectos en las otitis adhesivas por el empleo de la fibrolisina asociada á la movilización por masaje neumático del tímpano, Hagenbach Burckhardt, de Bale, señala dos casos de estrechez muy pronunciada del exófago sobrevenidos en dos niños de 4 y de 5 años, á consecuencia de la ingestión de potasa cáustica; desde la segunda inyección de fibrolisina se pudo franquear la estrechez con una sonda de 3 milímetros, y alternando las inyecciones con las sesiones de dilatación, se llegó rápidamente á restablecer una permeabilidad suficiente para alimentar los enfermos. Combe señala en 1906 un caso de estrechez congénita del piloro curada después de 20 inyecciones, verificándose el tratamiento mecánico por el paso diario del quimo á través del orificio pilórico.

El conocimiento de estos resultados puede conducirnos á la admisión *a priori* de que las estrecheces de la uretra son susceptibles de encontrar en la fibrolisina un adyubante útil al éxito del tratamiento local, puesto que están constituídas por una esclerosis mucosa y sub-mucosa procedente de la infiltración embrionaria en el tejido esponjoso que hace como parte del dermis de la mucosa, se ve una infiltración embrionaria más ó menos extensa, á la cual sucede un día la esclerosis que será la estrechez que envuelve y ahoga las glándulas (Legueu). Nosotros acabamos de demostrar en unión de Mauricio Perrin, cómo bajo la influencia de la fibrolisina, el tejido cicatricial pierde su diferenciación para

tomar caracteres embrionarios que le permiten una evolución nueva bajo la influencia de maniobras de reblandecimiento apropiadas; tal es precisamente el resultado que tratamos de obtener en la cura de las estrecheces, ejerciendo la fibrolisina en este sentido, una acción preparatoria indudable, siendo esto suficiente para que merezca ser ensayada en grande escala. Los fracasos obtenidos por varios autores en sus tentativas, provienen de haberse olvidado de hacer al mismo tiempo el tratamiento mecánico, puesto que debe ser considerado como el factor primordial y esencial del tratamiento de las estenosis.

Frank menciona en su trabajo 12 observaciones de estrecheces de la uretra que se han beneficiado del tratamiento de la fibrolisina; de ellos 11 casos eran estrecheces blenorragicas y una traumática, un enfermo había sufrido la uretrotomía interna y otro la externa, 8 enfermos presentaban accidentes de retención que alcanzaba en uno de ellos 1500 cs. cs., con ó sin accidentes febriles y dando lugar en uno de ellos á epididimitis de repetición; 5 veces se trataba de estrecheces infranqueables, de los cuales 4 estaban infectados, y 4 veces de enfermos en los cuales hubo que renunciar á la dilatación, á causa de las uretrorragias consecutivas á la dilatación; un caso concierne á un litiasico ya uretrotomizado, y el cual aunque admitía una filiforme era refractario á toda dilatación, 4 inyecciones en 6 días hicieron posible la dilatación que fué continuada hasta el número 18 Charriere, expulsando después el enfermo 4 piedras fosfáticas muy rugosas.

En todas estas observaciones, el primer efecto de la fibrolisina es el restablecimiento de la micción que se hace más fácil, al mismo tiempo que disminuyen los dolores y desaparecen los esfuerzos que la acompañan; después de la 3.<sup>a</sup> ó 4.<sup>a</sup> inyección, se hace posible la introducción de una bujía filiforme, y el comienzo de la dilatación que puede alcanzar un grado variable, desde el número 9 al 30 de la escala Charriere; pero sucede que después de haber progresado satisfactoriamente durante un cierto tiempo, la dilatación del canal se detiene bruscamente, á pesar de las inyecciones de fibrolisina, siendo necesario entonces recurrir á la uretrotomía (2 observaciones); en otro de sus enfermos, Frank prefirió practicar la uretrotomía interna, después del paso de la bujía filiforme; no es menos cierto que en casos desfavorables, la acción del medicamento ha sido de las mas preciosas, puesto que ha permitido la introducción de la bujía filiforme, sin la cual hubiera sido necesario recurrir á la uretrotomía externa. Una vez la filiforme introducida,

se puede considerar dominada la situación, y en camino de combatir la estrechez por el procedimiento mejor adaptado á la estrechez y á las circunstancias: dilatación progresiva, dilatación electrolítica, uretrotomía con Beniqués cortantes, uretrotomía interna, etc.

El autor ha tenido ocasión de emplear la fibrolisina en dos casos personales que refiere y confirman las ventajas de tal agente medicamentoso. En vista de ello, podemos admitir sin reserva las conclusiones de Frank y recomendar este procedimiento como un excelente medio de ataque contra las estrecheces infranqueables; si la acción de la fibrolisina es sólo preparatoria, no por ello deja de ser precioso su empleo, los mejores procedimientos terapéuticos tienen sus límites, no pudiendo pedirles más de lo que pueden dar.

Todas nuestras inyecciones fueron bien toleradas, siendo indoloras y no dando lugar á ninguno de los trastornos señalados por Lexer, no habiendo observado ni nudosidades, ni ulceraciones consecutivas á gangrenas circunscritas. No es necesario hacer la inyección intravenosa, ni en las inmediaciones de la cicatriz; la acción del medicamento se ejerce á distancia, é inyecciones cotidianas de 20 centigramos, practicadas durante 3 ó 4 días, permiten poner á las viejas estrecheces en condiciones de ser sometidas á los procederes de terapéutica corriente. En definitiva, la fibrolisina permite reblandecer los tejidos de esclerosis, dejando á los procedimientos mecánicos, dilatación y masaje, el cuidado de intervenir para favorecer la reabsorción

**Tratamiento de los papilomas benignos de la vejiga, por medio de la corriente de Oudin de alta frecuencia, introducida en la vejiga con la ayuda de un cistoscopio, por Edwin Beer, de New-York (*Medical Record* 8 febrero 1913).**

Los instrumentos esenciales para este procedimiento terapéutico son: 1.º, una máquina de alta frecuencia con resonador de Oudin; 2.º, un cistoscopio cateterizador; 3.º, un electrodo de cobre bien aislado.

Después de haber lavado la vejiga y llena de agua destilada, el cistoscopio armado del electrodo, se introduce en la vejiga, se hace penetrar el electrodo en el espesor de las vellosidades, dejando pasar la corriente durante 15 ó 30 segundos en cada aplicación; al paso y á medida que el electrodo penetra en la base del tumor, se

tiene cuidado de disminuir la duración de las aplicaciones de la corriente, para evitar la perforación de las paredes de la vejiga, lo que se conoce por el dolor acusado por el enfermo, mientras que cuando está en la masa tumoral no hay ningún dolor; repitiendo las aplicaciones, el papiloma se destruye rápidamente siendo eliminado en trozos pequeños; para los gruesos papilomas pueden ser necesarios varios meses.

Los efectos inmediatos son brillantes; no se observan chispas si el electrodo está colocado en medio de las vellosidades; observándose por el contrario si el papiloma es plano; cuando se retira el electrodo puede producirse una hemorragia, que se detendrá con facilidad cauterizando el punto que da sangre, debiendo estar prevenido para no quemar la vejiga ni producir una perforación, daños que pueden evitarse obrando con muchas precauciones y haciendo las cauterizaciones con prudencia.

Las contraindicaciones del método son tres:

1.º No se puede emplear este procedimiento en los casos de carcinomas vegetantes, porque estos tumores no son alterados por la corriente, no pudiendo operarles más que por la vía transperitoneal.

2.º Los enfermos que no pueden soportar el examen cistoscópico, no podrán evidentemente ser tratados por la vía trans-uretral.

3.º Los casos raros por otra parte, que no son visibles á la visión directa ó indirecta y los grandes tumores colocados en las proximidades del cuello vesical, por ser traumatizados á cada introducción del cistoscopio, por la hemorragia que producen, que es un obstáculo para toda intervención.

**Influencia del espasmo de la uretra en la patogenia de las parálisis vesicales de origen neurasténico; acción de las corrientes galvano-farádicas,** por Denis Courtade, de París (*Bulletin et memoires de la Société de medecine de Paris*, 22 fevrier 1913).

Se da el nombre de espasmo de la uretra á una contracción más ó menos permanente de este conducto, siendo al nivel de los esfínteres vesico-uretrales, donde el espasmo debe ser localizado, ya que rara vez el esfínter liso ó interno puede ser incriminado.

El esfínter externo debe ser considerado como el guardián de la vejiga; en seguida que nosotros sentimos la menor necesidad, se

contrae de una manera inconsciente si la necesidad es ligera, ó de una manera consciente cuando el deseo es grande.

El espasmo se presenta en los neurasténicos de dos maneras diferentes:

1.º Puede producirse á consecuencia de una alteración ligera de las vías urinarias, la cual en un individuo exento de taras nerviosas sería insuficiente para determinar alteración, y que en los neurasténicos produce espasmos por reflejo, con facilidad en muchas ocasiones, ya que se observa en estos enfermos una sensibilidad más ó menos marcada de la región prostato-membranosa de la uretra, pudiendo apreciarse por una presión ejercida en esta región, sea por el periné ó por el recto, siendo de todos conocida la facilidad con que se produce el espasmo en estos enfermos por el cateterismo.

2.º El espasmo puede reconocer otra patogenia; muy á menudo existen en los neurasténicos un estado más ó menos deficiente del músculo vesical, sobre todo al nivel del cuello, asociándose con mucha frecuencia el espasmo á la paresia; tan pronto como la vejiga se llena un poco, la menor contracción vesical ó el menor movimiento, son suficientes para forzar el esfínter liso; para evitar la incontinencia que amenaza producirse entonces, el enfermo hace contraer su esfínter externo, aun en el intervalo de las micciones; al cabo de un tiempo más ó menos largo, el músculo se encuentra en un estado de irritabilidad exagerada y cuando la micción debe producirse, la cesación de la contracción del esfínter no se hace con rapidez, el comienzo de la micción es lento, existe retardo urinario y la retención puede producirse; esta retención puede ser pasajera ó acompañarse á consecuencia de la distensión que sobreviene de una parálisis mayor ó menor de la vejiga, con tanta mayor facilidad puesto que el músculo vesical es deficiente, produciéndose entonces la incontinencia por rebosamiento.

El tratamiento eléctrico, consigue con mucha facilidad poner todo en orden, siendo suficiente suprimir el espasmo y dar al músculo vesical la fuerza que le falta, debiéndose servir para esto de las corrientes gálvano-farádicas. Se coloca un polo indiferente, formado por una placa húmeda, sobre la región dorsal ó sobre el vientre, y con otro reóforo colocado sobre el periné, se hace pasar una corriente de 5 miliamperes, con el polo positivo sobre el periné, y la corriente farádica de la bobina á grueso hilo, con intermitencias lentas y con muy débil intensidad.

# CASOS Y CONSULTAS

---

## ¿Se presentan en los sífilíticos erupciones pruriginosas?

Sr. D. H. M. C.

Mi apreciable y distinguido compañero: Los sífilíticos no están exentos de padecer erupciones pruriginosas y de hecho las sufren como cualquier otra persona no sífilítica. Ahora bien, yo supongo que V. no planteará la cuestión para resolver una cosa tan general, sino saber algo más íntimo y substancial en las relaciones de las erupciones pruriginosas y de la sífilis, y conocer el valor que pueda tener este síntoma para el diagnóstico.

Hay que afirmar, contrariamente á lo que por lo general se acepta, que existen lesiones sífilíticas, erupciones sífilíticas típicas que son pruriginosas, de donde resulta que el clínico no debe nunca abandonar el diagnóstico de sífilis frente á un enfermo por el sólo hecho de que la erupción que presenta sea pruriginosa. Esto no debe olvidarse si no se quiere cometer grandes errores. Puedo hablar á V. de un enfermo que no tenía más síntomas ni antecedentes de sífilis que una erupción serpiginosa de la piel, desde hacía cinco meses, con un prurito intenso sobre todo al poco tiempo de acostarse.

La erupción ocupaba, la piel del tronco, sobre todo las nalgas y raíz de los muslos. Estaba formada por unas pequeñas pápulas, de meseta plana y brillante, de color rosáceo, unidas unas á otras formando círculos, del tamaño de una pieza de cinco céntimos, y algunas más, que se unían unos á otros formando festón. Esta erupción tan típica, tan netamente sífilítica, era pruriginosa, y así he tenido ocasión de comprobarlo en otros enfermos en donde los antecedentes y demás síntomas de la sífilis la hacían fácilmente diagnosticable. Pero no sólo estas erupciones, otras más vulgares pueden ser pruriginosas

No es raro tampoco, que aparezca prurito, en los enfermos de sífilis, después de algunos meses de tratamiento y coincidiendo precisamente con él.

Lo he observado en aquellos sujetos sometidos á la cura mercurial por inyecciones de aceite gris. Y claro está, que las ofensas á la piel por el rascado á que se entregan los enfermos dará lugar á una erupción de tipo variable.

Hay todavía más. En los sifilíticos aparecen erupciones pruriginosas, cuyo aspecto general no es el de las manifestaciones sifilíticas puras, y que muy bien podían incluirse en cualquiera de esos grupos de dermatosis que también describen en los libros de dermatología, pero teniendo en cuenta que el cuadro clínico tiene un sello especial que alguna vez hace posible descubrir la sífilis enmascarada de esta manera.

Esto ocurre en aquellos individuos, sifilíticos de muchos años, mal tratados ó tratados de un modo deficiente y que al cabo del tiempo llegan á ser invadidos por esta clase de erupciones, eminentemente pruriginosas, que nunca desaparecen sin el auxilio del tratamiento mercurial.

Así es como ocurren las cosas y tienen su explicación en la etiología y patogenia de lo que el maestro Brocq llama *Reacciones cutáneas*, y sobre las cuales no podemos en este lugar detenernos en consideraciones.

Pero quédese satisfecho con saber, si no quiere tomarse la molestia de leer por lo menos la patología general, concerniente á este hecho, que en este título agrupa el maestro aquellas enfermedades de la piel á las que todavía no se las ha asignado ningún agente vivo, (sean bacterias ó parásitos animales ó vegetales) que pueden determinarlas, y cuyo aspecto clínico demuestran bien, son dependientes de estados generales, en los que toman una buena parte, esas diatesis que se admitían antes, y que hoy mejor estudiadas, aunque con diferentes nombres, vuelven á ser el asunto del día. Estados constitucionales de los que se impregna el organismo para marcar una orientación bien determinada en las enfermedades ó evolución de una enfermedad que pueda sufrir un sujeto cualquiera. ¿Y quién duda hoy que la sífilis puede ser la motora ó modificadora de uno de estos estados constitucionales?

Y aquí corto estimado colega, por que el camino por recorrer, para explicar todo esto, es muy largo.

De V. como siempre affmo. a. y c.

FÉLIX DOMINGO

# Sobre algunos de los fundamentos científicos de la medicación coloidal

POR EL

**DR. FÉLIX DOMENECH,**

FARMACÉUTICO,

JEFE DEL LABORATORIO QUÍMICO DE LA INDUSTRIAL CASTELLANA

---

La Terapéutica, lo mismo que las demás Ciencias Médicas, sufre en los actuales momentos una honda evolución en los principios que la informan: los agentes terapéuticos, teniendo como finalidad el restablecimiento del equilibrio biológico, han de ejercer principalmente una acción dinámica, no aportadora de materia, sino de actividad modificadora de las funciones fisiológicas alteradas. Según ésto, fácilmente se deduce que á la intervención de un agente modificador debe preceder el conocimiento no sólo de la índole de dicho agente sino también el de la de aquellos otros cuyas actividades se traten de modificar. Esta orientación es la de la Terapéutica moderna, que parte del principio de que la vida, como manifestación de energía, no es más que un sistema dinámico en perpetuo cambio con el exterior; punto de vista que no debe perderse en el estudio de la moderna medicación coloidal, que adquiere carta de naturaleza en la práctica médica de las enfermedades infecciosas de carácter general y local.

En efecto, en los nuevos derroteros en que se asienta la Biología, el concepto *energía* lo llena todo, y únicamente,

relacionando las manifestaciones de ésta en sus diferentes modalidades con el predominio que en la constitución celular tiene el *estado coloidal*, es como podremos explicarnos de un modo satisfactorio los medios de acción por los que se rigen los fenómenos del protoplasma; acumulador de energía en tal grado de potencial que, por éste, puede efectuar todas y cada una de las diferentes transformaciones de que, traducidos en funciones fisiológicas, la vida es síntesis.

Encontrándose el protoplasma formado esencialmente de materias protéicas, á las que caracteriza un elevado peso molecular, y siendo propiedad inherente al *estado coloidal* un igual carácter, ello ha de implicar necesariamente un predominio de éste en el estado físico de los protéidos que es tanto más de afirmar si, según el concepto actual de la Bioquímica, consideramos como derivando de éstos á la mayoría de aquellos elementos que constituyen, según frase de Lambling, verdaderos instrumentos del trabajo químico de la célula, *los fermentos*, agentes de las delicadas é intensas acciones catalíticas afirmativas de uno de los principios establecidos por Spencer y que puede servir de divisa á los agentes terapéuticos coloidales: *á desintegración de materia, integración de energía*.

La vida, según frase de C. Bernard, es una fermentación; y, en efecto, ningún acto de los que aquella realiza deja de tener tal carácter, si bien revistiendo aspectos variables según la índole del *fermento* ó *diastasa* actuante y las condiciones del medio en que la acción se efectúa. Siendo indiscutible que el funcionalismo fisiológico no puede referirse á una sola clase de fenómenos ó modalidad de acción, sino que ésta es varia, hay que admitir en las diastasas actitudes diversas, y por ellas tendremos á este factor (á las diastasas)

como el taumaturgo que ha de realizar las innumerables transformaciones que desde las síntesis constitutivas de los complejos moleculares, representados por los nucleoprotéidos, hasta la descomposición regresiva de los albuminoides en cuerpos de potencial químico cero, el organismo efectúa.

Resalta, en efecto, como principal carácter de las diastasas, el de la especificidad de su acción por la que trabajan en dirección determinada, según fué demostrado por Pasteur en sus conocidos trabajos de desdoblamiento del racemotarttrato amónico por el *Penicillium glaucum*: dichas diastasas son agentes de hidratación y deshidratación, de oxidación y de reducción, de análisis y de síntesis; es decir que provocan las mismas acciones que la Química estudia, ejerciéndolas además de orden físico-químico, como la coagulación y descoagulación, el mantenimiento del equilibrio de tensión osmótica entre líquidos y tejidos del organismo, el grado de ionización de las sales de que son vectores los humores, etc.

Entre otras cualidades que á las diastasas caracterizan no menos salientemente, se hallan, á más de la de su enorme desproporción entre su masa actuante y el efecto que producen, la de su indestructibilidad y la no menos importante de la reversibilidad de sus acciones por las que pueden realizar procesos de análisis y de síntesis, preliminares los primeros por una simple hidrólisis, hecho que explica el gran número de diastasas de esta naturaleza interviniendo en las reacciones biológicas.

Fijado el concepto de que las diastasas son los verdaderos agentes de los fenómenos biológicos, procede establecer la índole química de las mismas, y nada más difícil, ya que su composición no obedece á la de cuerpos químicos definidos:

complejos moleculares ofreciendo reacciones especiales de grupos—la naturaleza albuminoide no es precisa—su gran masa no es más que soporte de *un algo* que por su acción de *presencia*, empleando la frase de Berzelius, determina procesos puramente químicos del orden de los que la intuición genial de este químico denominó *catalíticos*.

Toda acción diastásica se halla bajo la dependencia inmediata de *catalizadores* ó sustancias que, según la expresión de Ostwald, sin aparecer en los productos finales de la reacción, modifican su velocidad mediante formación de una serie de productos intermedios entre los estados inicial y final, que se descomponen inmediatamente á su formación liberando grandes cantidades de energía. Es decir, que estos catalizadores, más que provocar la reacción, lo que hacen es actuar: en algunos casos como agentes de puesta en marcha, y en otros muchos como reguladores dinámicos de las distintas velocidades de la acción química, acelerándola unas veces, retardándola otras, pero manteniendo siempre el equilibrio que caracteriza toda acción reversible, efectuada á las bajas temperaturas á que trabaja el organismo, aun en los casos de mayor inercia química.

El catalizador sintetiza en él las funciones elementales de la vida, y su acción depende, más bien que de la índole química, del estado físico de gran división que alcanza por su *estructura coloidal*.

Es hoy fundamento de la Biología la idea de que los constituyentes esenciales de la materia viva, líquidos ó sólidos, son coloides, de los que sus acciones físico-químicas son todas las de la vida.

Se halla representada la unidad de ésta, en la *micela*, y si bien es cierto que en el estudio de la complejidad de su

trabajo hay aún muchas lagunas para una explicación completa de su mecanismo, no es menos cierto que la estrecha relación que une al estado coloidal con las acciones diastásicas, permeabilidad celular, fenómenos de coagulación, etcétera, etcétera, permiten establecer una teoría físico-química de algunos de los dinamismos de aquella por la que puedan explicarse la realización de funciones tan variadas como las constitutivas de la nutrición, efectuándose automáticamente en sentido determinado y bajo la dependencia de coordinaciones químicas, que lo son de coloides, acopladas unas á otras en la pequeñísima extensión del elemento celular micela, unidad físico-química de las pseudosoluciones ó mezcla mecánica de los coloides.

Si las múltiples modalidades de acción que los seres vivos manifiestan dependen de las de los coloides, es indudable que sus propiedades estarán extraordinariamente diversificadas, y esto parece implicar una especificidad subordinada á la índole química; pero es más que probable que las determinadas variedades de acción correspondan no á aquella, sino á grados distintos de energía, dependientes no sólo del grado de división física, sino de la estructura, de la disposición isomérica de los coloides, de la naturaleza de los cuerpos con los que estén en contacto y de las acciones que en virtud de unos y otros factores se deriven.

Un mismo coloide, químicamente considerado, debe poseer aptitudes muy diversas dependientes de sus afinidades físicas, como así de la orientación é intensidad de las mismas.

Por consiguiente, las acciones que se producen en el sér vivo entre sus materiales constituyentes (protéidos y productos fragmentarios de éstos, hidratos de carbono,

grasas y cuerpos minerales, que representan unas veces productos de reserva del organismo, de desecho otras, de especial trabajo celular en muchos casos) no son más que cuestiones de estructura física dependientes del estado coloidal que poseen los líquidos y tejidos del organismo; las acciones entre coloides, como las de éstos con cuerpos ionizados, obedecen á la extremada división de las partículas coloidales y á los fenómenos eléctricos que se producen en las superficies de contacto entre las envolturas líquidas de los coloides.

El coloide ó el complejo coloidal, micela, está suspendido en el líquido intermicelar en estado de finísimas granulaciones ultramicroscópicas, y por esto su superficie de acción, con relación á la masa, se encuentra considerablemente aumentada. De la extensión de la superficie de contacto entre el coloide y el líquido y de la naturaleza de uno y otro dependen primordiales propiedades de la solución coloidal. Derivando de dicho contacto se produce una intensísima *adsorción* (1) determinante de cambio en la estructura física, no sólo de las partículas coloides, correspondiendo á una modificación de la del líquido, sino también de la constitución de éste que se hace distinta en la superficie ó lámina de contacto de la del resto del líquido.

Esta lámina de contacto ó zona de tránsito posee una estructura física análoga á la de las emulsiones ó espumas de Quincke, que manifiesta como principal propiedad la de su estabilidad.

---

(1) Se designa con esta palabra los fenómenos de adhesión molecular que se efectúan entre coloides en las superficies de contacto.

Depende ésta en parte, según se deduce de la experiencia de Ramsden,—formación de películas en la superficie libre de soluciones de albúmina—de hallarse la tensión superficial entre el líquido y la sustancia emulsionada considerablemente disminuída, por efecto de un aporte por adsorción á la zona de tránsito de gránulos coloidales, que, acumulándose en aquélla, generan las membranas que recubren las masas protoplasmáticas sirviéndolas de material de soporte.

Dos soluciones coloidales que llegan á ponerse en contacto provocan coagulación generadora del complejo coloide membrana, dotada de la propiedad fundamental de ser, por un lado, impermeable á los dos coloides que la han formado y por la que se eliminan acciones del uno sobre el otro, y, además, la de ser permeable á otras sustancias.

La célula, circunscrita por membrana de índole coloide, se nutre y crece merced á esta semipermeabilidad, factor importantísimo en el dinamismo biológico.

Determinan á su vez, la estabilidad de los coloides con gran influencia, el signo de la carga eléctrica que los acompaña—según atestiguan los fenómenos de transporte eléctrico—y que, dependiendo para unos del frotamiento originado por el movimiento browniano, deriva para otros del hecho de que hallándose el coloide rodeado por soluciones de electrolitos, sufren éstos, como consecuencia de la gran adsorción que experimentan de sus sales por las micelas, disminución en la concentración salina, que provocando una disociación por hidrólisis, libera iones, que se fijarán ó no sobre los coloides, según el signo eléctrico que acompañe en la superficie de contacto.

Los fenómenos de adsorción, no sólo se efectúan entre coloides, generando *complejos coloidales*, sino también entre

coloides y electrolitos y bajo dependencia estrecha de disminución de la tensión superficial, como así del signo y valor exponencial que tenga la carga eléctrica en la lámina de contacto: estos factores, tensión superficial y carga eléctrica, se hallan relacionados de modo, que á una disminución de la primera corresponde un aumento de la segunda.

Si los gránulos de dos sustancias coloidales en presencia, que estarán disueltos ó lo estará uno sólo, son portadores de cargas eléctricas de igual signo, pueden permanecer al estado de tenues y suspendidas granulaciones sin precipitarse; pero si mediante las acciones de adsorción, que se producen en las láminas de contacto, llega á éstas un coloide ó un ion portador de carga eléctrica opuesta á la del coloide de la lámina, será fijado, disminuyendo ó anulando, por un lado, el valor de su carga y paralelamente la del líquido circundante, y produciendo, por otro, una concentración origen de variación en las condiciones de equilibrio, que puede ir desde el punto límite de estabilidad, hasta la precipitación parcial ó total, según el valor de la proporción de coloides en presencia.

La precipitación ó coagulación cuando es originada por iones, la produce, de los radicales del electrólito—generalmente el catión—el que al incrementar al coloide, formando otro distinto, desplaza en proporciones equivalentes ciertos radicales del coloide por otros de la solución iontizada, que según Hardy, serán los que se sustituyan en el campo eléctrico en sentido inverso al del coloide; es decir, que cuando un coloide es precipitado por iones de un electrolito, son los positivos los que representan el papel activo y se encuentran en exceso en el precipitado, teniendo subordinada la intensidad de su acción al valor exponencial

de la valencia. Dependientes de estas acciones se hallan muchos de los fenómenos vitales.

Cuando se inyectan á un organismo ciertos cuerpos, se determina la aparición en su suero de nuevas propiedades íntima y específicamente subordinadas y opuestas á peculiares acciones del cuerpo inyectado: estas propiedades de los *anticuerpos*, opuestas á las acciones de los *antígenos*, no son más, según Víctor Henri, Zannger y otros, que un caso particular de adsorción de coloides, que según su intensidad y condiciones determina fenómenos de fijación de los anticuerpos por el antígeno, de precipitación ó coagulación de éstos, ó de redisolución en un exceso de anticuerpo.

Esta teoría coloidal de inmunidad encuentra su confirmación en el hecho de que á la acción electiva de las células para ciertos venenos se puede oponer la de determinados coloides: la toxina tetánica mezclada con sustancia cerebral es inactiva.

La formación de cálculos biliares se hace depender de la precipitación del coloide coleslerina por otro de signo contrario ó por inversión del signo de otro coloide coexistente con aquélla.

La sangre, líquido de naturaleza coloidal, recoge á nivel de las distintas células los coloides que elaboran, y vectora de los mismos, sin alterarlos en su seno, no los cederá á los cambios de la vida, más que al llegar á contacto de los coloides de otras células que ofrezcan una simetría semejante; así se explican las coordinaciones químicas regulares por secreciones glandulares.

La coagulación de la sangre es determinada por la intervención de un cuerpo extraño que, uniéndose á los coloides trombógeno, fibrinógeno y trombozima, rompe el equilibrio

de su fase líquida, hidrosol, por formación de complejos nuevos, fibrina, de la que su mayor parte es insoluble, hidrogel y trombina que constituye el suero. Encargada por otra parte de mantener las coordinaciones fisiológicas de la sangre, se supone la presencia en ella, procediendo del hígado, de otro coloide, la antitrombozima.

Creemos sea suficiente lo expuesto para poder afirmar que los actos vitales son determinados por la influencia preponderante de tres factores sintetizados en uno solo: *en el estado coloidal*, fuente de grandes energías. En efecto, actúa la *diastasa* mediante el *catalizador* que soporta, y la índole del dinamismo de éste queda subordinada al grado de división que afecte por su *estado coloide*.

De aquí, que ejerciendo los metales llevados á este estado físico, acciones análogas á las catalizadoras de las diastasas del organismo, se ha tratado de restablecer las alteraciones funcionales de éstas por administración de aquellos, principalmente en las infecciones microbianas, metabolismo y cambios nutritivos.

# ¿ARTRITISMO Ó BRADYTROFISMO?

POR EL

**Dr. Eloy García**

---

Los redactores de la CLÍNICA CASTELLANA han tenido la atención de invitarme, como amigos cariñosos, á que publique algún artículo en dicho periódico, honrándole con mi humildísima firma, sin tener en cuenta que, el honrado al dirigirse á mí en la forma que lo hacen lo soy yo, tanto más cuanto que, me hacen forjar la ilusión de que aún sirvo para algo á pesar de mis 66 y de no ejercer la medicina desde hace trece años.

Pero como no puedo negarme, siendo el primero en reconocer que ya no sirvo para nada, á lo que con tanta deferencia y consideración me piden, haciendo un esfuerzo intelectual titánico, pues mis energías las voy perdiendo poco á poco, dejaré correr la pluma recordando tiempos pasados para trasladar al papel lo que tal vez no esté conforme con las ideas modernas y sirva de pesada carga y hasta de enojo al que se tome la molestia de leer esto que escribo.

En tal concepto diré en muy pocas palabras el que tengo formado acerca del artritisimo.

El artritisimo, sinónimo de diátesis artrítica, es para la mayoría de los clínicos y según Bouchard, un vicio de

nutrición general, caracterizado por la nutrición retardada. Es decir, un estado morbozo especial que dispone á las enfermedades de este grupo, sostenido por una causa morboza permanente, como lo está la diátesis en general, que neutraliza, si así puede decirse, el esfuerzo continuo de la naturaleza medicatriz.

Este trastorno nutritivo de diverso orden, puede consistir en metamórfosis de la materia por exceso, por defecto ó por perturbación, que se demuestra por la presencia en los excreta de productos incompletamente elaborados, cuales son entre otros el ácido úrico, el oxálico y los ácidos grasos volátiles.

Tal perturbación nutritiva, es la que enlaza en opinión de Bouchard, los diversos accesos de una enfermedad con diferentes enfermedades sucesivas ó simultáneas en apariencia desemejantes.

En una palabra, el artritismo comprende la mayor parte de las enfermedades que en otro tiempo se consideraban como diátesis especiales, producidas por un trastorno nutritivo general caracterizado por nutrición retardada, cuales son la polisarcia, diabetes, gota, litiasis, etc., etc., y por las relaciones que tienen con estas enfermedades como manifestaciones de las mismas las dermatosis é inflamaciones de las mucosas, muchas neuralgias rebeldes, hemorragias, asma y otras.

Si para explicar el artritismo ó diátesis artrítica, nos atuviéramos exclusivamente al sentido etimológico de esta palabra, que procede de la del griego *Artron* y significa articulación, diríamos que, estaba representada únicamente por las enfermedades que tienen su asiento en las articulaciones; y que por lo tanto sólo comprendería las artríticas

en cuyo caso se referiría nada más que á trastornos nutritivos de todos los elementos que constituyen las articulaciones; y en tal concepto la base sobre que se sustenta, no tendría relación alguna con el significado general que se la da.

Desde el momento que esta palabra se aplica al estudio de muchas enfermedades relacionadas unas con otras por su naturaleza, más que por su asiento, y se toma convencionalmente, aun cuando en las articulaciones recaigan las perturbaciones nutritivas que la caracterizan, si no la confusión, engendra por lo menos la duda de lo que es; y esto, no puede menos de dar lugar á interpretaciones diferentes con perjuicio de la realidad; puesto que no hay consecuencia entre la palabra y su significado.

Convengo en que, en medicina, se acojan convencionalmente algunas palabras para dar explicación de alguna cosa que no se puede precisar; pero abusar de ellas cuando la cosa ya es relativamente conocida y hay otras con las cuales se la puede expresar mejor, lo considero como una falta de lesa formalidad en el estudio de un asunto que es importantísimo.

La palabra artritismo es una de tantas que á mi corto entender embrolla hasta cierto punto el conocimiento de la cosa de que se trata. No sin razón lo dice ya implícitamente en su obra «Retardo de la nutrición,» el insigne Bouchard, cuando sin rodeos manifiesta que, «seguirán designándose como *artríticas* esas diferentes enfermedades que se refieren á esta diátesis á condición de no conceder á esta palabra su significación etiológica».

Mejor que la palabra artritismo podría aplicarse la de oligotrofismo que supone disminución en la nutrición, ó la

de ocnotrofismo que expresa la pereza en las mutaciones nutritivas; pero habiendo ya otra propuesta por Landouzy, cual es la de Bradytrofia, del griego *Brados* que significa lento, y *Trofe* que significa nutrición, la creo preferible á todas las demás; puesto que por ella se representa el hecho que constituye la diátesis, cual es, la combustión incompleta de los materiales aportados, y como consecuencia la lentitud nutritiva, resultando productos que han de obrar posteriormente como tóxicos dando carácter á la enfermedad.

Así pues, partiendo de este principio, considero preferible el nombre de diátesis Bradytrófica ó Bradytrofismo, en vez de Artritismo, al estado morboso general caracterizado por el retardo de la nutrición, dada á conocer en sus múltiples manifestaciones de Polisarcia, Diabetes, Litiasis, etc., etc., como he dicho anteriormente.

El Artritismo, mejor dicho el Bradytrofismo, de conformidad con Landouzy, es como un corpulento árbol, de cuyas profundas y tortuosas raíces asciende la savia patológica que ha de alimentarle repartiéndose por sus múltiples ramas que ofrecen formas diferentes, como sus ramos y ramitas diferentes también sólo aparentemente, pero que, en realidad, reconocen todos el mismo origen, siendo las ramas y ramitas muchas de las diátesis conocidas antiguamente.

He aquí explicado el por qué ya no se consideran como diátesis especiales las 17 comprendidas por Grisolle, ni las 22 por Baumes, por ejemplo; ni alguna de las poligénicas comprendidas por Guitrac: y si á alguno de los médicos antiguos se nos escapa decir algo acerca del herpetismo ó diátesis herpética, ó de la diátesis hemorrágica, se sonrien

maliciosamente los modernos, replicándonos: «Si ya no existen esas diátesis, han pasado al panteón del olvido, pues de tantas como había han quedado reducidas nada más que á cuatro, cuales son la gotosa ó artrítica, la escrofulosa, la sifilítica y la cancerosa; y algunos las reducen á dos, la artrítica y la escrofulosa» y al describirlas no tienen inconveniente en separar sus múltiples manifestaciones formando agrupaciones distintas como si fuesen enfermedades diferentes, sobre todo, de algunas que obedecen á la existencia de un microbio que es el que en realidad sostiene la enfermedad y determina, si así puede decirse, todos los trastornos patológicos.

HOSPITAL CIVIL DE BILBAO.—CLÍNICA MÉDICA

---

SINDROME DE LAS AFECCIONES DEL SEGMENTO INFERIOR DE LA MÉDULA  
Y DE LA COLA DE CABALLO.—CASO CLÍNICO

POR EL

Dr. D. Cesáreo Diaz Emparanza

---

Habiendo tenido ocasión de observar varios casos de afecciones de la terminación de la médula espinal y de la cola de caballo que dan lugar á cuadros clínicos muy característicos, y no siendo su frecuencia muy grande, me ha parecido interesante la descripción de uno de los más clásicos, entre los que he visto, precedida de ligeras consideraciones generales.

No existe ningún límite natural visible á simple vista entre el cono terminal y el abultamiento lumbar, del que es continuación aquél. Reymond, basándose en razones clínicas, establece como tal límite el intermedio del nacimiento de las raíces sacras *segunda y tercera*; bajo el punto de vista anatómico, está demostrado por Müller, que la porción de médula que da origen á los tres últimos pares sacros y al coxígeo, difiere bastante, histológicamente, de la parte que la precede.

Las lesiones de este territorio medular, llevan aparejada una sintomatología característica: el cuadro sintomático está

constituído por: anestesia limitada á las márgenes del ano, periné, escroto y pene, (vulva y grandes labios en la mujer) y á la mucosa uretral—trastornos de los esfínteres, vesical y rectal—á veces, una parálisis sensitivo-motriz en la región del peroneo. Frente á este síndrome, se debe colocar otro, que además de estos elementos, comprende los siguientes:

1.º Una parálisis, motora más ó menos completa, de los músculos de la región posterior de los muslos, piernas y pies.

2.º Anestesia total ó disociada, que ocupa la parte media de la cara posterior de los muslos y piernas, y borde externo de los pies; y á veces, toda la superficie de éstos, menos una estrecha banda del borde interno.

3.º Abolición del reflejo del tendón de Aquiles: (1).

Es decir; una parálisis sensitivo-motriz del plexo sacro, y sacro coxígeo, formado por el 5.º par lumbar, los pares sacros y el nervio coxígeo.

La punta del cono terminal no pasa del nivel medio del cuerpo de la 2.ª lumbar: el resto del canal está ocupado por el manajo de raíces lumbo-sacras, que forman la cola de caballo: ahora bien, teniendo en cuenta que este agrupamiento está formado por los pares lumbares y sacros, y rodea no sólo al *filum terminalis* sino al mismo cono terminal, es evidente que una lesión de conjunto de este manajo radicular determinará síntomas, no sólo en el territorio del gran ciático, sino también en el del plexo lumbar, dando lugar á una parálisis sensitivo-motriz total, de las extremidades abdominales, con alteración de esfínteres.

---

(1) Reymond-Clinique des maladies du système nerveux.

Sin embargo, es costumbre ya, llamar afecciones de la cola á los casos de parálisis limitadas á la región inervada por el plexo sacro, con integridad funcional del plexo lumbar; este abuso ó costumbre está en parte excusado por los caracteres especiales de los síntomas correspondientes á una lesión de la cola, situada por debajo del cono terminal, sintomatología que á su vez se encuentra en las lesiones del cono, que interesan el origen de aquellas raíces, destruyendo sus centros espinales; es decir, hay un cuadro común á las lesiones de la cola y de la parte correspondiente de la médula, puesto que es lógico que el mismo síntoma se produzca por la lesión de cierto número de raíces de la cola, como por la de sus correspondientes centros espinales.

Los trabajos de Schultze, de Bonn, ponen de manifiesto con toda claridad estas ideas.

Una lesión en el abultamiento lumbar y cono, por debajo del origen del crural, y otra en la cola, debajo del punto de salida en el canal de dichas raíces, que interesa solamente aquellos cordones que van á formar el plexo sacro, y cuyo origen está precisamente en la porción que interesa la primera lesión, dan lugar al mismo cuadro sintomático.

Esto es lo que se debe entender por síndrome de la cola y del cono terminal.

CASO CLÍNICO.—E. Pérez, de 32 años, natural de Riva, (Santander), ingresó en la clínica médica del Hospital de Basurto en septiembre de 1912.

Sus antecedentes hereditarios, patológicos personales, no tienen interés en el momento actual: su enfermedad comenzó el 1.º de septiembre; á consecuencia de un esfuerzo grande para levantar un peso del suelo, sintió repentinamente un fuerte dolor en la región lumbosacra; á las 24

horas de este accidente, se presentó dificultad para andar y parálisis de la vejiga.

Pocos días después ingresó en la clínica; su aspecto exterior era bueno; desarrollo muscular propio de un obrero peón.

No tenía ningún dolor espontáneo; se pudo observar en él lo siguiente: anestesia completa al tacto y pinchazo en los vértices de ambas regiones glúteas, márgenes del ano, periné, cara posterior de ambos muslos, en su tercio superior; hipoestesia en la cara posterior de ambas piernas, y en el borde externo de ambos pies; percusión dolorosa al nivel de la última lumbar.

Síntomas motores: parexia de las extremidades abdominales, que le impedían en absoluto tenerse de pie y caminar: echado en la cama puede flexionar los muslos y pies, costándole trabajo la extensión de las piernas sobre el plano de la cama. Movimientos del tronco normales.

Reflejos: normales en ambas rodillas; anulado el de Aquiles en ambos lados: Babinski, no existe:

Retención completa de orina y de heces.

Nada de particular en el resto del cuerpo.

En octubre, se hizo una punción en el espacio epidural, en la punta del sacro, extrayendo sangre: punción clásica, negativa:

La retención de heces se convierte en incontinencia: presenta síntomas de cistitis.

Sometido primero al reposo, y luego á tratamiento físico, parece mejorar, razón que influyó para no intervenir quirúrgicamente de primer momento: los meses de noviembre y diciembre el estado del enfermo queda estacionario: tuvo algunas alternativas de mejoría, y de pronto días de agravación

con aumento de la cistitis, dolores de las extremidades, fiebre, etc.; la insensibilidad, primera uretral, se convirtió más tarde en hiperestesia grande al paso de la sonda, negándose en absoluto á dejarse lavar: dolores espontáneos pasajeros á lo largo de los ciáticos, en particular del derecho: cierto grado de atrofia muscular, particularmente en los de la cara posterior de las piernas: los trastornos de esfínteres han tenido también grandes variaciones, alternando la retención con la incontinencia, predominando aquélla en el recto, y ésta en la vejiga: su estado general ha desmejorado, se ha desnutrido; sin embargo, nada especial hay en los órganos vegetativos.

Actualmente su estado es el siguiente, por lo que respecta al cuadro medular: la sensibilidad, casi normal, en la región glútea derecha, y en el tercio súpero-posterior del muslo derecho; y anulada en la región glútea izquierda y parte súpero-posterior del muslo del mismo lado; hipoestesia en la cara posterior de la pierna, y borde externo del pie izquierdos.

Movimientos de las extremidades abdominales relativamente fáciles en la cama, (mucho más que antes, según el enfermo) sobre todo del lado derecho; pero continúa la dificultad de tenerse de pies, sin apoyo; con muletas puede andar arrastrando los pies. Los reflejos cremasterianos y rotulianos, se conservan y siguen anulados los del tendón de Aquiles; estreñimiento grande, pero se vence mejor, no habiendo incontinencia hace tiempo: respecto de la vejiga, tiene que orinar gota á gota y haciendo algún esfuerzo; de noche alguna incontinencia; algo de cistitis.

Presenta una pequeña ulceración superficial en la parte alta de la región sacra, pero fuera de la zona anestésica y

probablemente debida á los meses que ha llevado en la cama y á la humedad (en un caso típico observado hace dos años, las ulceraciones aparecieron en la punta de la región coxígea, talón y borde externo de los pies; puntos anestésicos), la atrofia muscular persiste, con falta de R. á la C. F.: persisten los dolores espontáneos en cinturón é irradiados.

No puede decirse que haya mejorado gran cosa, pero es verdad que no ha empeorado, pues la anestesia ha desaparecido en uno de los lados, se mueve mejor, la cistitis ha disminuído, y aunque continúa la incontinencia de orina, ésta es parcial, pues de día puede retener y orinar casi á voluntad.

*Diagnóstico.*—Ninguna duda puede haber al hacer el diagnóstico de afección de la cola de caballo, pues el cuadro es verdaderamente clásico, y comparable en un todo á lo que hemos dicho al principio de estas líneas: si aquel síndrome es digno de tal nombre, y pertenece evidentemente á la localización dicha, este caso hay que incluirlo en él: en efecto, en él vemos á consecuencia de una causa traumática indudable, una parálisis sensitivo-motriz correspondiente á la región inervada por el plexo sacro, quedando indemne el territorio del plexo lumbar, cuyas terminales, obturador y crural, animan los abductores, músculos ántero-externos, etc., del muslo: están lesionados, pues, ó los orígenes ó las raíces que forman el pequeño y gran ciático: esta lesión debe radicar en el canal lumbo-sacro, sobre la cola del caballo, sobre los cordones que van á formar el plexo sacro ó sobre el trozo medular del que toman su origen.

Esta diferenciación es difícil, pues ya hemos indicado la analogía de síntomas, y, sin embargo, puede tener importancia para el pronóstico y tratamiento.

Ante todo hemos de tener en cuenta su origen: recordemos que en nuestro caso fué un esfuerzo grande, para levantar un cuerpo pesado; el enfermo sintió un dolor vivo al nivel de la R. sacro-lumbar; á las pocas horas sobrevinieron los síntomas paralíticos: esto no puede explicarse más que por un desgarro que dá lugar á una hemorragia meníngea, la cual es lógico pensar ha obrado mecánicamente sobre los cordones de la cola: de ser una hemorragia medular los síntomas hubieran aparecido instantáneamente.

La escasez de dolores habla más en favor de una localización en el cono; en nuestro enfermo ha habido periodos dolorosos; actualmente existen irradiados, carácter radicular.

El carácter del dolor provocado, su irradiación, ó no, localización fija, etc., son datos importantes para fijar el diagnóstico; en nuestro caso, el punto doloroso es bajo.

La asimetría actual de los síntomas paralítico-sensitivos, escasez de lesiones tróficas de la piel, son datos que también hacen pensar en la lesión caudal, además de que la escara no es exclusiva de la lesión central; una neuritis radicular á la larga la produce también; la atrofia muscular es propia de ambas localizaciones, si bien en las centrales aparece rápidamente: podemos unir á estos datos las alternativas del curso, de mejorías y agravaciones.

De todos modos, á pesar de estas indicaciones, el diagnóstico de localización será casi siempre de suposición, puesto que no tienen esas diferencias un valor absoluto, pudiendo ocurrir, además, que existan lesiones mixtas, centro radiculares, precisamente en las de origen traumático. El diagnóstico de naturaleza es importantísimo para el pronóstico y tratamiento: no lo discutimos por ser en el caso nuestro, muy claro.

*Pronóstico.*—En el caso actual puede creerse en un principio, dada su tendencia aparente á la mejoría, en una regresión rápida de las lesiones; más tarde, el periodo de agravación nos hizo pensar en un pronóstico sombrío, por temer verdaderas lesiones degenerativas, (que por segunda vez hicieron al cirujano desistir de una intervención operatoria); actualmente el pronóstico mejora, pues vemos una tendencia acentuada á la disminución de los trastornos; el porvenir, en la lesión central, es sombrío; y se comprende, por la secuela de trastornos tróficos de la piel, mayor facilidad para las infecciones vesicales, é intestinales, etc., que conducen á la caquesia.

Cuando se trata de otro orden de causas productoras, fracturas, luxaciones, y tumores vertebrales, que comprimen la cola y en los cuales es precisamente más necesario aproximarse todo lo más posible á un diagnóstico topográfico, el pronóstico puede ser favorable, pues son susceptibles de una intervención quirúrgica, que puede ser curativa. (Casos de Laquer y de Sachs).

*Tratamiento.*—En nuestro enfermo ha sido puramente sintomático: en un principio el reposo, para favorecer la reabsorción; más tarde terapéutica física, masaje, electricidad, en unión de los tónicos generales: no hay necesidad de añadir el mucho cuidado que hay que tener con los sondages vesicales por su propensión á infectar. Cuando la causa es un traumatismo, debe observar el caso un cirujano, por si es factible la intervención quirúrgica. Si no es un traumatismo la causa, hay que tener en cuenta la sífilis, pero tratándose la mayor parte de las veces de una paquimeningitis, el resultado será mediano, pues esta lesión es muy refractaria al tratamiento específico.

Si se sospecha un tumor extra espinal, caracterizado especialmente por dolores intolerables, que de la R. sacrolumbar se irradian á los miembros, se impone también la intervención quirúrgica.

Las indicaciones sintomáticas van dirigidas al dolor, y á evitar en lo que se pueda las infecciones urinarias y sépticas por medio de lavados, irrigaciones, etc., y á tratamientos dirigidos á los músculos interesados.

Podríamos añadir á este caso clínico, otros, uno también de origen traumático, otro probablemente de naturaleza heredo-sifilítica, pero como no habíamos de hacer más que repetir lo dicho á propósito del primero, desistimos de hacerlo, con lo que ahorramos una molestia á los lectores, ante los que, nuestro objeto era exponer un caso práctico relativamente curioso.

# REVISTA DE REVISTAS

## MEDICINA Y CIRUGIA

**Tratamiento de la ptiriasis y del impétigo del cuero cabelludo en el niño**, por R. B. (*La Presse Medicale*, 6 agosto de 1913).

La pediculosis complicada de impétigo es un hecho frecuentísimo en los niños de las clases pobres y aun en algunos de clases acomodadas. La asociación de piojos é impétigo es tan común, que puede decirse con Sabourand, que el impétigo del cuero cabelludo en el niño, no se presenta si no hay pediculosis. Combatiendo esta última desaparecen las costras con facilidad.

En los niños se cortarán al rape los cabellos, pero como en las niñas este medio no suele ser aceptado se las prescribirán envolturas húmedas de una loción parasiticida al sublimado ó al alcohol alcanforado, recubriendo con goma de caucho, para facilitar la caída de las costras. Una vez esto conseguido se aplicará una de las pomadas siguientes: *óxido amarillo de mercurio*=1—*Vaselina rubia*=20; ó bien *manteca*=30—*precipitado blanco*=2—*naftol*  $\beta$ =2; ó *ungüento de estoraque*=20—*aceite de olivas*=10—*bálsamo del Perú*=1.—Se empapa con cualquiera de ellas el cuero cabelludo ó la cabellera, por la tarde, y se lava la cabeza al día siguiente con agua jabonosa caliente. Si la abundancia de costras es grande y el cabello muy enredado, son necesarias varias aplicaciones. En los medios pobres puede bastar la mezcla poco costosa de aceite de olivas y aceite de petróleo, á partes iguales, con la que se impregna la cabellera por la tarde y se jabona á la mañana siguiente. Las liendres son muertas así, pero no caen; es preciso reblandecer la quitina que las fija al cabello lavándolas con vinagre caliente y peinando con peine fino, Sabourand preconiza la aplicación de una gruesa capa de vaselina en una sola vez, á las

doce ó veinticuatro horas se enjuga el cabello y la piel con algodón hidrófilo. Los parásitos muertos flotan á centenares en la vaselina que ha penetrado por capilaridad en su sistema traqueal. Las costras de impétigo, después de una ó dos aplicaciones de vaselina se reblandecen y se quitan fácilmente con peine fino.

Cuando los parásitos son más numerosos se puede emplear la mezcla: *vaselina pura*=50 grs.—*Xilol puro*—gotas núm. ciento. Si aun existen liendres se las disuelve y despega con algodón hidrófilo impregnado de—*licor de Hoffmann*=150 grs.—*ácido acético cristalizado*=59 grs.; quitándolas después con un peine fino.

Una vez desaparecida la pitiriasis se tratará el impétigo—si subsiste—con una de las pomadas siguientes: *subacetato de plomo*=1—*vaselina*=30; ó *alcanfor porfirizado*=0,50 grs.—*ácido bórico porfirizado*=1 gr.—*óxido de zinc*=6 grs.—*lanolina*=6 grs.—*vaselina*=10 grs.; ú *óxido amarillo de mercurio*=2—*óxido de zinc, lanolina y vaselina aa*=8 grs. ú *óxido de zinc*=2 grs.—*calomelanos*=0,20 grs.—*vaselina*=20 grs. Si existen costras, convendrá, antes de aplicar la pomada, hacer pulverizaciones de vapor de agua ó seis á diez lociones diarias con un tapón de algodón empapado en el líquido siguiente: *agua destilada alcanforada á saturación y filtrada*=600 grs.—*sulfato de zinc*=7 grs.—*sulfato de cobre*=2 grs. Las erosiones subyacentes á las costras se curarán con pomadas anodinas.

**Los grandes síndromes de la insuficiencia cardiaca**, por H. Vaquez. (Comunicación presentada al XII Congreso Internacional de Ciencias médicas, celebrado en Londres, 6-12 agosto 1913). (Sección V).

La insuficiencia cardiaca es total ó parcial según que afecte á todo el corazón ó á parte de sus reservorios. Puede ser aguda, recidivante ó progresiva. Por todas estas diferencias se nos presenta con aspectos diversos, pero las formas clínicas que reviste, distintas en su fase inicial, son semejantes en el periodo asistólico. Sin embargo, aun en este último periodo es posible reconocer, entre los trastornos complejos que á la observación se presentan, los que tienen por causa común la disminución de la actividad funcional de tal ó cual región determinada del corazón. Su agrupación constituye síndromes á los que es lógico denominar *grandes síndromes* de la insuficiencia cardiaca.

*Síndromes de insuficiencia auricular.*—Frecuentemente la insuficiencia cardiaca queda localizada durante bastante tiempo á las aurículas, cuya actividad es inmediatamente atacada, sin que resulten siempre trastornos graves en el dominio de los círculos sanguíneos mayor ó menor; siendo en muchas ocasiones un hallazgo clínico casual, ya que el sujeto que la padece no experimenta ninguna molestia. El signo que la delata es una irregularidad del pulso, una arritmia completa, en la que suele estar aumentado el número de pulsaciones, aunque no de un modo excesivo, siendo irregular su sucesión: latidos fuertes suceden á otros débiles é inversamente, con intervalos desiguales.

La ausencia frecuente de fenómenos subjetivos en el curso de la arritmia perpetua, no es motivo de sorpresa, porque como no da lugar á dificultad notable del trabajo ventricular, no origina trastornos en la esfera de las dos circulaciones. Mas no por esto se debe considerar como una curiosidad patológica sin gravedad; pues tal interpretación, aun demasiado corrientemente admitida, no puede ser sostenida en la actualidad, porque al lado de estos casos en los que la irregularidad del pulso parece constituir toda la enfermedad hay otros acompañados de fenómenos subjetivos, que coinciden de ordinario con la disminución de capacidad funcional del corazón (dificultad respiratoria, disnea de esfuerzo, palpitaciones). En estos casos el mal no solamente ha atacado á la aurícula sino también á las otras cavidades cardiacas, no siendo entonces la insuficiencia auricular más que uno de los elementos de una insuficiencia cardiaca incipiente.

La insuficiencia auricular puede aparecer en las más diversas condiciones, ya en sujetos anteriormente atacados de cardiopatía valvular, ya en individuos indemnes.

En los casos de cardiopatía valvular preexistente se presenta principalmente en el curso de las lesiones mitrales, coincidiendo muy á menudo con el principio de los accidentes asistólicos á los que acompaña hasta su terminación.

En otras circunstancias la insuficiencia auricular y la arritmia completa aparecen como un síntoma aislado, no siendo raro que vengán á constituir el preludio de accidentes graves, rápidamente progresivos, revistiendo la forma de una asistolia aguda, Lewis ha referido ejemplos de ello y nosotros también los hemos expuesto.

Pero ordinariamente la insuficiencia auricular no conduce en seguida á esta fatal terminación; lo más común es que en el momento de aparecer provoque un trastorno momentáneo, un poco

de opresión, una disnea de esfuerzo más marcada; después el sujeto se adapta poco á poco á este nuevo ritmo normal y suele sobrevivir largo tiempo. Sin embargo estos enfermos están siempre en inminencia de asistolia y requieren en periodos cada vez más próximos un tratamiento que retrase la aparición de accidentes graves.

El síndrome de insuficiencia auricular no es siempre el corolario de cardiopatías valvulares. Se le ve aparecer también en el curso de las miocarditis subagudas (miocarditis alcohólica) ó en sujetos que de antiguo están atacados de hipertensión arterial. Frecuentemente constituye entonces el primer signo de la dificultad que el corazón experimenta para seguir luchando contra una resistencia periférica excesiva. Puede suceder, en este último caso, que sea difícil fijar la verdadera causa de la arritmia perpetua, porque no es raro que la tensión arterial anormalmente elevada hasta entonces, descienda repentinamente y se produzca al mismo tiempo una insuficiencia inicial adquirida. La comprobación, entonces, de una elevación anormal de la presión diastólica, coincidiendo con una presión sistólica de apariencia normal, puede prestar muy buenos servicios para establecer un diagnóstico retrospectivo. De cualquier modo que sea, el síndrome de insuficiencia auricular presenta aquí las mismas modalidades evolutivas que en los casos en que acompaña á una lesión valvular adquirida. A veces es el preludio de accidentes graves que se sucederán rápidamente y que consistirán en una insuficiencia cardiaca total progresiva ó en una insuficiencia ventricular izquierda. Otras veces el sujeto después de haber presentado algunos trastornos pasajeros más ó menos acusados, de desfallecimiento cardiaco, se adaptará poco á poco á las nuevas condiciones de la circulación. El pulso quedará definitivamente irregular, pero será posible una larga vida á menos de no sobrevenir complicaciones intercurrentes. Entre éstas es preciso no olvidar la muerte súbita que está muy lejos de ser excepcional en los enfermos atacados de arritmia perpetua.

*Síndrome de insuficiencia ventricular izquierda.*—Suele esta anunciarse de un modo más ó menos precoz por la aparición de síntomas especiales reveladores del desfallecimiento cardiaco en sus principios: palpitaciones, aceleración insólita y habitual del pulso y disnea dolorosa. Los estados patológicos que estos síntomas vienen á complicar consisten ordinariamente en lesiones aórticas y en hipertensión arterial.

Casi siempre las palpitaciones están constituidas por fenómenos extrasistólicos que se presentan ó de tarde en tarde ó en periodos aproximados ó reuniéndose en forma de pequeñas crisis taquicardias. Unas y otras indican ya la existencia de un cierto grado de distensión del músculo cardiaco.

Otras veces las palpitaciones revisten el aspecto más común de una simple aceleración del ritmo cardiaco y del pulso. Esta taquicardia es frecuente en los aórticos y en los hipertensos. Constituye una especie de medio defensivo, por el cual el corazón tratando de sobrepujar al esfuerzo requerido, (Marey) aumenta la amplitud y el número de sus contracciones.

La disnea dolorosa tiene de particular el que, contrariamente á la disnea de esfuerzo, se acompaña de sensaciones de esfuerzo en la región retroesternal. Además es frecuentemente una disnea de decúbito que suele aparecer al iniciarse el sueño ó en el curso de la noche. Presenta grados variables: poco intensa, á veces se disipa al cabo de algunos instantes; más fuerte en otras ocasiones obliga al enfermo á dejar la cama y se acompaña de fenómenos asmatiformes.

Este periodo premonitorio puede durar semanas ó meses. Puede ocurrir que falte por completo y el sujeto entra de repente en la fase de insuficiencia aguda del corazón izquierdo ligada á la dilatación del ventrículo.

Los accidentes que caracterizan la dilatación aguda del corazón izquierdo, aparecen durante el día ó más frecuentemente por la noche, porque tienen como carácter el ser una especie de reacción del decúbito. Su intensidad es á menudo espantosa; cuando el enfermo duerme tranquilamente es despertado por dolor, primero sordo pero que rápidamente aumenta de intensidad, en la región retroesternal; dolor que invade progresivamente todo el pecho, que aprieta el corazón, que oprime el torax y se propaga hacia atrás á la región vertebral, entre los omóplatos, irradiándose en seguida por los hombros á lo largo de los brazos, principalmente del izquierdo. Por la constricción que este dolor provoca, el enfermo se sienta con el tronco y los brazos inclinados adelante y la cabeza baja, como si tuviera sobre los hombros una chapa de plomo. Está cubierto de sudor frío; su cara está pálida y los rasgos contraídos por la angustia. Esta trágica escena suele durar algunas horas y sólo á la madrugada en los casos más favorables, es cuando el enfermo vuelve á encontrar algún reposo. A veces en el curso de esta crisis anginosa sobreviene una

expectoración espumosa, sanguinolenta, testimonio de un edema pulmonar, que es la complicación siempre temible y esperada de la dilatación aguda del corazón. En algunas ocasiones la enfermedad no se hace ostensible hasta que se presenta un acceso anginoso ó de edema pulmonar que puede ser mortal. Otras veces el enfermo puede avisar, se mejora un poco, pero las crisis se repiten, las orinas disminuyen de cantidad, los pulmones se llenan de estertores y en poco tiempo muere de insuficiencia cardiaca sobreaguda.

Entre estas formas graves hay una, bien estudiada por Traube, que se caracteriza por la aparición rápida de fenómenos asistólicos complejos. En estos casos, á consecuencia de accidentes pulmonares se ve aparecer la distensión de las yugulares, el aumento de volumen del hígado, el edema de los miembros inferiores; la cara que estaba pálida, se cianosa; los pulmones llenos primero de estertores finos, acusan después á la auscultación estertores subcrepitantes, con tendencia á la congestión de las bases. El examen directo demuestra entonces que la dilatación de las cavidades derechas ha sucedido á la insuficiencia del corazón izquierdo. La particularidad más notable de esta forma es que la entrada en escena de la insuficiencia del corazón derecho, suele modificar el cuadro morboso, atenuando los dolores de la angustia cardiaca y disipando el edema pulmonar pero aumentando aun más la gravedad de los accidentes. La presión arterial desciende, aparecen las insuficiencias funcionales y el enfermo muere al cabo de algunos días en estado de asistolia.

La insuficiencia aguda del corazón izquierdo no se termina, felizmente, siempre de la misma manera. En los casos más favorables y también más numerosos, las crisis nocturnas se repiten, pero atenuándose de intensidad y acabando por desaparecer por la influencia del tratamiento (emisión sanguínea, reposo absoluto, dieta hídrica y después láctea). En estos casos puede decirse que el corazón ha ganado momentáneamente la partida, pero la reserva pronóstica para el porvenir queda subsistente cuando existen lesiones aórticas ó renales, que quitan toda esperanza de una remisión prolongada. Por el contrario en los casos en que no existen lesiones orgánicas constituidas ó adquiridas, la supervivencia puede ser relativamente considerable, aun cuando la insuficiencia aguda del corazón izquierdo haya dado lugar á toda la serie de complicaciones que acaban de describirse. En tales circunstancias la súbita aparición de una insuficiencia mitral

funcional, lejos de ser un fenómeno de extremada gravedad, es, por el contrario, capaz de atenuar el pronóstico. Sucede, en efecto, que individuos con insuficiencia mitral funcional por dilatación ventricular en el curso de los accesos anginosos, se adaptan progresivamente á esta nueva lesión y disfrutan consecutivamente de una supervivencia más ó menos prolongada.

La dilatación aguda del corazón izquierdo no es cortejo exclusivo de los estados patológicos citados, es decir, de la hipertensión arterial y de las lesiones aórticas. Se la puede ver aparecer á consecuencia de fatigas excesivas ó de prolongados esfuerzos, en sujetos indemnes, hasta entonces, de toda alteración del sistema cardiovascular. Es la dilatación cardiaca aguda, por agotamiento (*surmenage*). En estos casos la dilatación puede interesar á todo el corazón. Es muy habitual, sin embargo, como la radioscopia lo ha demostrado, que se localice sobre todo en el ventrículo izquierdo y en la aorta. Esta dilatación aguda del corazón izquierdo por agotamiento, puede provocar la muerte rápida; pero lo más frecuente es que retroceda en su curso, aun después de haber puesto al enfermo en gran peligro.

En ocasiones en vez de presentarse bruscamente la enfermedad, lo hace de un modo progresivo y lento, adaptándose entonces el ventrículo, á medida que se dilata, á las anormales condiciones de la circulación. Sólo de esta manera se pueden explicar casos muy numerosos en los que se ve aparecer insidiosamente una insuficiencia mitral en sujetos que, hasta entonces, no habían presentado más que una moderada disnea de esfuerzo ó algunas crisis de opresión nocturna, coincidiendo con una hipertensión arterial más ó menos elevada. La radioscopia permite ver entonces, que la aparición del soplo de insuficiencia mitral ha tenido como corolario una distensión más ó menos notable de la cavidad ventricular. Esta insuficiencia relativa, se hace ulteriormente orgánica á causa del trabajo de esclerosis que se establece fatalmente, después de un tiempo más ó menos largo. No es, pues, cosa que pueda sorprender el que en la autopsia se encuentren alteraciones profundas, que puedan hacer creer que estas insuficiencias han sido primitivamente orgánicas, cuando en realidad no lo han sido más que secundariamente.

Un hecho que importa señalar es que la insuficiencia mitral consecutiva á la hipertensión arterial, es ordinariamente muy bien soportada por el enfermo, al menos durante un tiempo bastante largo. Parece que el trabajo del corazón izquierdo es notablemente

descargado por la inoclusión de su orificio aurículo-ventricular, del mismo modo que la insuficiencia tricúspide retrasa por algún tiempo los accidentes que resultan de la replección exagerada del corazón derecho.

*Síndrome de insuficiencia ventricular derecha.*—La insuficiencia primitiva del corazón derecho se hace ostensible por un síntoma subjetivo clásico, que es la disnea de esfuerzo. Esta disnea, en sus primeros estadios, se calma por el reposo, porque sólo está interesada en esta fase la fuerza de reserva del corazón.

La disnea de esfuerzo, contrariamente a la de la insuficiencia del corazón izquierdo, no es dolorosa; se acompaña de una moderada aceleración de los latidos cardiacos, y las palpitaciones resultantes no son tampoco sensibles habitualmente.

Los síntomas objetivos que caracterizan la insuficiencia del corazón derecho, son apreciables por palpación y percusión, que demuestran la desviación de la punta hacia afuera en relación con el aumento del diámetro transversal del corazón y el desbordamiento de la macidez á la derecha del esternón, provocados por el ensanchamiento de los contornos de las cavidades derechas. La radioscopia confirma estos datos de un modo preciso, y por ella podrá solamente tenerse noción exacta de la dilatación de las cavidades derechas en el principio de la enfermedad.

Cuando la insuficiencia ha adquirido cierto grado y sobre todo cuando persiste desde largo tiempo, resultan trastornos que revisten siempre el mismo carácter, y que consisten en fenómenos más ó menos acusados de éxtasis periférico ó visceral. A la disnea de esfuerzo sigue la disnea continua persistente de día y de noche que imposibilita á los enfermos de extenderse en la cama, en la que no pueden reposar más que teniendo muy elevada la cabeza. Después se dificulta la circulación venosa periférica provocando dilatación de las yugulares, tensión dolorosa del hipocondrio derecho y del epigastrio con aumento de volumen del hígado, éxtasis renal con disminución de la cantidad de orina y edema, progresivamente creciente, de las extremidades inferiores. Si este periodo se prolonga, ó si después de haber retrocedido se repiten los accidentes varias veces, sucede al periodo puramente mecánico el de las lesiones orgánicas confirmadas, consistentes en fenómenos de esclerosis visceral, hepática, renal, etc., resultantes de infecciones ó intoxicaciones diversas favorecidas por la ingurgitación circulatoria persistente.

El cuadro clínico de la insuficiencia primitiva del corazón

derecho es realizado principalmente por las lesiones del orificio mitral, sobre todo la estrechez. Puede serlo también por todas las afecciones pulmonares que prolongándose determinan un trastorno de la circulación menor, tales como el enfisema, la tuberculosis de forma esclerosante, etc. La insuficiencia secundaria del corazón derecho es la que sobreviene como consecuencia de la insuficiencia del corazón izquierdo. Recuérdese que ella es susceptible de manifestarse en enfermos atacados de hipertensión arterial á consecuencia del desfallecimiento del corazón izquierdo, acompañada de distensión aguda del ventrículo, con angina de pecho, edema pulmonar, etc.

La insuficiencia ventricular derecha puede suceder también á la insuficiencia auricular. Como ya se ha dicho, esta última tiene ordinariamente una evolución muy lenta, durante la cual los únicos síntomas apreciables son la disnea de esfuerzo y las irregularidades del pulso, de tipo de arritmia perpetua. Pero llega siempre un momento en que el corazón acaba por cansarse y en el que la insuficiencia no queda limitada á la aurícula. Entonces las cavidades derechas son las atacadas principalmente. Inversamente, por razones idénticas, es habitual ver la arritmia perpetua ó insuficiencia auricular suceder al desfallecimiento del ventrículo derecho. Esto es lo que explica el por qué todas las lesiones capaces de obrar primitiva ó secundariamente sobre este ventrículo, como las lesiones valvulares, se acompañan tan frecuentemente de arritmia perpetua. Ya lo habían notado los autores antiguos, y á la asistolia aórtica en la que el pulso suele permanecer regular hasta un periodo avanzado de la enfermedad, oponían la asistolia mitral ó arrítmica en la cual los trastornos del movimiento cardiaco constituyen uno de los síntomas más precoces y habituales de la insuficiencia.

*Síndrome de insuficiencia cardiaca total.*—Esta, á la cual puede ser legítimamente reservado el término *asistolia*, no constituye una fase morbosa, por la que necesariamente haya de pasar todo enfermo atacado de cardiopatía para llegar á la muerte. La insuficiencia del ventrículo izquierdo, por sí sola, puede conducir á este final, pero es más frecuente ver que la insuficiencia progresiva del ventrículo derecho conduce á la terminación fatal, sin que el corazón izquierdo haya sido notablemente afectado. Sin embargo lo habitual es que, al menos en las formas subagudas, la insuficiencia cardiaca acaba por interesar, en grados diversos, al uno y al otro ventrículo.

La insuficiencia total aguda del corazón es primitiva ó secundaria. En el primer caso puede manifestarse en sujetos indemnes hasta entonces de toda lesión orgánica del sistema vascular, constituyendo lo que se llama distensión aguda por *surmenage*. (*Veberanstrengung des Herzens*, de los alemanes). En ocasiones esta distensión no ataca más que al corazón izquierdo, pero es capaz de afectar las dos variedades ventriculares. La insuficiencia total secundaria es más frecuente y afecta dos tipos principales: el de dilatación aguda y el de dilatación progresiva.

La dilatación aguda secundaria total se observa en el curso de ciertas enfermedades infecciosas como el reumatismo. Bien estudiada por E. Besnier, Herringham y Merklen, se anuncia por una disnea intensa y súbita con sensación constrictiva y dolorosa en el pecho, angustia excesiva, expectoración viscosa sanguinolenta y cianosis consecutiva. Como lo ha demostrado Herringham, la autopsia demuestra que no existe pericarditis ni endocarditis, no observándose más que una considerable dilatación ventricular. Estos casos, aunque muy graves, son susceptibles de curación, como Merklen lo ha demostrado.

La dilatación progresiva secundaria y total es la que sobreviene en los sujetos atacados de cardiopatía antigua en los que la insuficiencia cardíaca ha llegado á su último grado. En el curso de las lesiones mitrales es donde ella se manifiesta con sus caracteres objetivos más claros y sus trastornos funcionales más marcados. Su sintomatología es la de la asistolia. La radioscopia demuestra que en estas circunstancias la dilatación es total interesando el aumento á todas las cavidades del corazón. La silueta cardíaca va adquiriendo, á medida que el mal avanza, la forma globulosa que al final se hace triangular de base diafragmática.

G. CAMALEÑO

**Sobre las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el pneumotórax artificial, por el Dr. Jaquerod. (*Argentina Médica*, 2 de agosto de 1913).**

Hasta hoy no estamos definitivamente informados sobre los resultados alejados del tratamiento.

El número de enfermos ya tratados es considerable, pero sobre este número apenas se citan diez casos que datan de tres ó cuatro años.

Sería, pues, temerario actualmente, proponer un pneumotórax á «enfermos afectados de un catarro del vértice, de un comienzo de infiltración» ó de otra lesión capaz de curar espontáneamente.

Por otra parte, para los tuberculosos más avanzados, portadores de lesiones cavitarias é incurables, pero sin fiebre y gozando aún de buen estado general, la cuestión no es menos delicada de solucionar.

Numerosos enfermos viven más de diez años y con lesiones localizadas y estacionarias que no les impiden llevar una vida activa y útil.

Semejantes enfermos, tratados por medio de un pneumotórax ¿vivirán aún diez años después de su operación?

Otra consideración invita á rechazar el pneumotórax en los casos que comienzan ó en los enfermos avanzados en equilibrio de salud, la experiencia ya ha probado que después de una curación obtenida consecutivamente á un pneumotórax artificial pueden producirse recaídas bastante rápidas.

Ahora, en estos casos, es generalmente imposible rehacer el pneumotórax. Es pues, un tratamiento reservado solamente cuando los otros medios han fracasado, pues, solamente se lo puede poner en práctica una sola vez.

El pneumotórax debe ser evitado cuando existen complicaciones extrapulmonares que pueden peligrar la vida: tuberculosis miliar, tuberculosis intestinal, degeneración amiloide, etc.

La bilateralidad de las lesiones no es una contra-indicación formal. Sin embargo, en estos casos es necesario ser prudente.

En primera línea, el estado febril, constituye una de las indicaciones más precisas del pneumotórax artificial. Naturalmente no debe ser practicada esta operación á todo tuberculoso atacado de fiebre.

Después de haber luchado vanamente durante meses por todos los medios conocidos, se asiste á la caída completa y á menudo inmediata de la temperatura. El estado febril permanente, es pues una de las más importantes indicaciones del pneumotórax artificial.

La extensión rápida de las lesiones ó el reblandecimiento progresivo dando lugar á una expectoración abundante, son también contra-indicaciones de primer orden.

En fin, como última indicación, deben citarse las hemoptisis graves ó frecuentemente repetidas. M. Galliardi ha obtenido resultados favorables.

Es necesario, no temer de emplear este tratamiento aún en plena hemoptisis, y en los casos graves ó refractarios á otros tratamientos.

**La quimioterapia, sus principios científicos, sus métodos y sus resultados. Comunicación presentada al Congreso internacional de Londres, por Paul Ehrlich. (*Paris Medical*, septiembre 1913).**

El principio de la quimioterapia es sencillo, natural podría decirse. Si en química el adagio «*Corpora non agunt nisi liquida*» es exacto, en quimioterapia, se transforma así: «*corpora non agunt nisi fixata*».

El profesor Ehrlich después de haber estudiado la constitución del Salvarsán y su acción quimioterápica, insiste sobre la extraordinaria y peligrosa dificultad que hay para pasar del dominio del laboratorio al de la práctica.

Dos factores esenciales constituyen esta dificultad y este peligro.

«Desde luego, se encuentran en el hombre, casos de idiosincrasia, formas de hipersensibilidad que no existen en el animal, en una palabra, un defecto constitucional de resistencia que predispone, á los addisonianos, por ejemplo, á esta intolerancia natural.

«El tratamiento del enfermo representa una tarea extremadamente ardua y una grave responsabilidad. Schreiber Wechselmann, Iwersen, merecen nuestro más caluroso agradecimiento. Ellos han dado la primera luz sobre las cuestiones más importantes (posología, indicaciones y contraindicaciones).

Del considerable número de observaciones se deduce lo que yo llamaré «la táctica terapéutica» y es lo que deseo exponer aquí brevemente».

La *terapia sterilisans magna*, consiste en liberar al organismo de sus parásitos por medio de una ó dos inyecciones. La experimentación ha justificado claramente esta concepción que traduce el viejo adagio terapéutico, *herir fuerte* y *herir pronto*. Herir fuerte: Naturalmente, la dosis debe ser proporcional á la intensidad de la enfermedad, tanto más cuanto que la destrucción rápida de los parásitos, libra de nuevas endotoxinas cuya acción nociva puede continuarse en este mismo caso en que el agente infeccioso ha desaparecido completamente. Para obtener esta *therapia sterilisans magna*, el tratamiento debe ser tan precoz como sea posible y *herir pronto* constituye la condición esencial de un tratamiento específico.

¿Cómo una inyección única puede poseer propiedades destructivas tan eficaces? En virtud de la formación de anticuerpos paralelos á la desintegración de los parásitos y particularmente de los protozoarios, y si la droga no hace desaparecer más que el 95 por 100 de estos parásitos, el 5 por 100 que resta, sucumbirán bajo la acción de los anticuerpos.

Desgraciadamente puede suceder que un cierto número de parásitos haya escapado al proceso destructor y se transformen en variedades resistentes á la droga y formar una nueva floración. En la espirilosis de las gallinas, la cura quimioterápica es fácil, pues es totalmente esterilizante; en la fiebre recurrente puede observarse después de esta cura tres ó cuatro nuevos brotes que determinan las recaídas sucesivas. Pero en otras espirilosis el número de generaciones que pueden sucederse es mucho más grande; esto es lo que pasa en la sífilis humana.

Es suficiente que un solo parásito escape á la *therapia sterilisans magna* para que vuelva á renacer la infección.

Cuando se desinfecta un local existen ciertos sitios «ángulos muertos», en los cuales el antiséptico no obra más que con una eficacia relativa. Del mismo modo los parásitos que están instalados en estos «ángulos muertos» del organismo no son atacados por la droga. La cavidad sub-aracnoidea parece formar uno de estos ángulos muertos; el líquido cefalo-raquídeo que contiene es segregado por células que parecen ser casi impermeables á la mayor parte de los componentes del organismo y no dejan pasar más que una cantidad limitada de substancias. Los cuerpos complejos (como el Salvarsán) son retenidos, no penetran en el líquido cefalo-raquídeo y no pueden atacar por lo tanto á los parásitos en él contenidos. Estos hechos esclarecen la patogenia de la tabes y de la parálisis general.

Si el parásito es alojado en un ángulo, puede ser ventajoso probar una larga serie de inyecciones en lugar de una tentativa única: *guttat cavat lapidem*. Se puede aun utilizar un agente terapéutico cuyo volumen molecular sea tan pequeño como sea posible; tanto es así que Flexner ha empleado con éxito la urotropina en la parálisis infantil. Por último, Swift y Moore del Instituto de Rockefeller, han ideado un método que parece dar resultados interesantes en el tratamiento de la tabes. (Inyección en la cavidad sub-aracnoidea de suero de un enfermo tratado por el Salvarsán).

En el tratamiento de las enfermedades infecciosas se obtendrá el máximum de resultados multiplicando la variedad de las

agresiones. Nuestra conducta debe ser la máxima militar; marchar separadamente pero combatir juntos. Tales combinaciones, sin ser más tóxicas para el organismo, presentan una notable multiplicación de sus propiedades terapéuticas. Tan es así que un oxifenilarsenosulfito, diez veces más tóxico que el salvarsán, cuando se añade al «606» en cantidad determinada no hace á la mezcla más tóxica pero el poder esterilizador de esta mezcla para un cierto tripanosoma del ratón es cuádruple. En la malaria, la combinación quinina-salvarsán neutralizará las cualidades quinino-resistentes de los hematozoarios.

Por todas estas razones, creo, que en el porvenir, el campo de acción de la terapéutica combinada no dejará de extenderse. Broden, del Congo, en el tratamiento de la tripanosomiasis humana en el primer periodo de esta enfermedad incurable) ha obtenido buenos resultados por la combinación de Salvarsán y de dos materias colorantes básicas (tripallavin y triparosan), durando el tratamiento alrededor de una semana.

Si se quiere estudiar imparcialmente los resultados de la terapia sterilisans magna, se convendrá en que en cierto número de enfermedades espirilares, se muestra altamente eficaz.

Una sola inyección de «606» cura la frambesia y un hospital de Surinan que podía recibir 300 enfermos atacados de esta afección ha sido cerrado. Parece que en un día la frambesia debe desaparecer.

Resultados casi siempre favorables se han obtenido en la fiebre recurrente. Una sola aplicación local de Salvarsán cura la angina de Vicent. El arseno benzol es soberano contra la malaria terciaria y el botón de Alepo.

Los esquizomicetos presentan al ataque quimioterápico una resistencia más grande que los protozoarios y los espirocetes.

Para concluir, la quimioterapia se apoya actualmente sobre principios científicos claramente definidos; el camino que se nos ofrece es visible y sino fácil al menos practicable, esperándonos brillantes éxitos en la lucha contra la viruela, escarlatina, tífus exantemático y en una palabra contra las enfermedades causadas por gérmenes invisibles. Sin embargo, la lucha será difícil contra las enfermedades bacterianas comunes y más particularmente contra la tuberculosis.

A pesar de todo, considero el porvenir y sin que deba ser tachado de un optimismo exagerado, creo poder predecir que antes de cinco años, los progresos de la más grande importancia habrán sido efectuados en esta vía.

Existen problemas cuya solución exige el esfuerzo colectivo. Si se considera el número enorme de combinaciones químicas que podrían ser utilizadas en la lucha contra las enfermedades, ciertamente un capricho de la suerte, de la fortuna ó de la intuición descubrirá el agente específico favorable.

Unamos pues nuestras fuerzas: *Viribus unitis*, tal es la noble leyenda de la bandera que ondea sobre este gran Congreso Internacional; por millares habéis acudido de todos los países para testimoniar que sobre el terreno de la ciencia todas las barreras nacionales desaparecen.

CUADRADO

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**Anestesia en el parto normal**, por el Dr. J. A. Beruts. (*La Semana Médica*, 24 de julio de 1913).

En la imposibilidad de transcribir íntegro tan hermoso trabajo, daré á conocer á mis lectores sus importantes conclusiones.

No habiendo por el momento ningún método abolutivo del dolor de parto *inocuo é infalible*, conviene usar con mucha parsimonia aquellos procedimientos que, dentro de su inferioridad, conceptuamos como mejores.

En el parto estrictamente *fisiológico*, la sedación del dolor está contraindicada, desde el momento que para que sea tal, este último nunca puede ser excesivo; la dificultad estriba precisamente en establecer con exactitud las indicaciones y contraindicaciones, puesto que hay partos dinámicos, mecánicos y orgánicamente *normales*, acompañados, sin embargo, de una hiperalgesia *anormal*; circunstancia muy de tener en cuenta en nuestras ciudades, donde la constitución cada vez más neuropática de las mujeres, va adquiriendo con alarmante rapidez el mismo agotamiento nervioso de las norteamericanas. El dolor de parto, cuya percepción aumenta en intensidad paralelamente al refinamiento de las costumbres, constituye para estas mujeres un *verdadero traumatismo* que es humano evitar, porque, como ha dicho Richet, el dolor patológico es una fatiga y la fatiga á su vez aguza la sensibilidad.

Esto no implica que el médico deba adaptarse discrecionalmente á la voluntad y á los caprichos de la parturiente, sobre

todo si se tiene presente que todavía hay por ventura en nuestro país un buen porcentaje de mujeres física y psíquicamente aptas para soportar, en condiciones ventajosas, un parto natural sin anestesia. La complacencia del médico nunca será, pues, aquí una indicación. Pero no hay que llegar al otro extremo. Ahí estriba la dificultad: ni ser puritano ni ser anestésista furioso.

Si la mujer reclama de antemano y con energía una mitigación del dolor, el médico no puede negarla rotundamente, pero tampoco debe prometerla, porque la indicación científica y sería de la analgesia artificial debe hacerse *durante el trabajo y no fuera de él*, y no corresponde al especialista fomentar en mayor ó menor escala ese «miedo degradante al dolor y al trabajo» á que ha hecho referencia un sabio español.

En cuanto á los métodos á elegir, no se puede ser sistemático. De todos los enumerados en esta disertación, hay cinco que merecen preferencia: la *sugestión*, la *escopolamina-morfina*, el *pantopón*, el *cloroformo á la reina* y el *cloruro de etilo*.

La analgesia por sugestión es la ideal. Y como en un buen número de casos resulta eficaz, no debe ser un método de excepción, sino de regla, porque cuando falla, siempre hay tiempo para reemplazarlo por otro. Es por otra parte, el único procedimiento que escapa á las leyes generales, de la sedación artificial.

El sueño crepuscular, con el que se pueden conseguir mitigaciones admirables y de larga duración, es sólo utilizable en ciertos establecimientos de personal adecuado y abundante.

El pantopón puro, aplicable indiferentemente en cualquiera de los dos periodos, no es tampoco apto para la clientela urbana; pero este método como el anterior, tienen la indiscutible superioridad de hacerse por inyección, no olvidando que, como Mantegazza ha dicho: «La cura hipodérmica del dolor es una de las más gloriosas invenciones de la medicina moderna».

El cloroformo á la reina, con todas las desventajas de los anestésicos por inhalación, es sin embargo, bajo el punto de vista práctico, el mejor recurso *para el final del periodo dilatante*, siempre que no se administre por *largo tiempo* y con *técnicas antiguas*.

Por último, para el instante del desprendimiento, el cloruro de etilo no tiene rivales.

**Embarazo extrauterino. Niño vivo á término, extraído por laparotomía,** por Noël Hood. (*The Lancet*, n.º 23-1913).

Mujer de 28 años que, presa de dolores al final de un embarazo que parecía normal, fué enviada al hospital, donde Hood comprobó, de una parte la presencia de un feto en el abdomen, y por otra, una masa independiente, que parecía ser el útero, en tanto que el cuello estaba elevado y no presentaba signo alguno de desaparición.

La laparotomía permitió confirmar el diagnóstico de embarazo extrauterino y retirar un niño muy fuerte, de término y vivo, que sobrevivió. La madre curó por completo.

**Acción de los solutos hipofisarios y de su principio activo sobre la secreción láctea,** por los Dres. B. A. Houssay, L. Giusti y C. Maag. (*Revista de la Sociedad Médica Argentina*. Vol. XXI, pág. 365).

#### RESUMEN, COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

«Los extractos ó solutos hipofisarios poseen una poderosa acción galactógoga en gatas, perras, cobayas, conejas, ovejas, cabras, vacas y mujer.

Es activo únicamente el lóbulo posterior hipofisario, siéndolo sus dos partes: nerviosa y epitelial, al parecer más esta última, aunque no podemos aún ser concluyentes. Tienen acción las hipófisis de curbina y gallina.

El lóbulo anterior es inactivo en todas sus partes.

Las reinyecciones de extracto activo producen efecto pero disminuído, aunque la segunda dosis sea más fuerte que la primera.

No hay paralelismo absoluto entre la acción circulatoria general y el efecto secretorio. La secreción se acompaña de vasodilatación local, ésta más duradera que aquélla.

El ó las sustancias activas resisten á la ebullición y no son precipitadas por el acetato de plomo, sin embargo, aquella resistencia es relativa.

La vía venosa es eficaz en todas las especies, la vía subcutánea poco ó nada activa en la vaca lo es en la mujer.

La leche obtenida es muy rica en manteca (6, 8, 11 %), los demás elementos varían menos y no seremos por ahora, más afirmativos.

El efecto galactógogo es debido á acción directa sobre la glándula, así lo prueba su persistencia en una glándula de perra sólo conexas por sus vasos, en que se observó la secreción después de una inyección hipofisiaria por la safena. En idéntico sentido habla la riqueza de la leche en grasa.

De los efectos de la administración prolongada, de las aplicaciones de todo orden, terapéuticas sobre todo, no queremos hablar todavía.

**Las hemorragias tardías del puerperio**, por Loop. (*Beit. Zur Geburtsh und Gynaek*, XVIII, 2-1913).

El autor refiere tres casos de hemorragias tardías del puerperio. Muchos días después del parto (hasta 13 días) bruscamente y sin motivo aparente las paridas fueron presas de una hemorragia abundante; espontáneamente ó merced á medidas tomadas, la hemorragia cedió, reapareciendo al cabo de algunos días. Después de algunas alternativas parecidas, de detención y reaparición, las enfermas terminaron por morir á consecuencia de la anemia y de algunas pérdidas más abundantes.

En un caso, el útero presentaba al nivel del istmo una abertura de milímetro y medio de diámetro que conducía á un pequeño canal que ocupaba la pared uterina. Próximo á dicho canal se encontraba una de las principales ramas de división de la arteria uterina. Este vaso tenía una perforación que, después de algunos rodeos ocupados por abundantes coágulos, concluía finalmente en el canal antes dicho. Se trataba, pues, de un aneurisma de una rama de la uterina. La causa de esta rotura vascular es difícil de precisar; el parto databa de tres meses cuando la mujer murió, pero es posible que una rotura parcial de la pared uterina haya ocasionado la del vaso.

En dos casos, se produjo durante el parto una rasgadura cervical profunda que causó una hemorragia abundante inmediata; y que fué suturada. Sin embargo, no debió cicatrizar convenientemente, ya que las hemorragias de repetición, de las que sucumbió la enferma, provenían de la arteria cervical interesada por la rasgadura del cuello.

En el otro caso, existía rotura uterina parcial y particularmente curada, pero un vaso arterial que se abría en el vestíbulo de ruptura no se obliteró, dando lugar á hemorragias repetidas y finalmente mortales.

El autor dice, que en presencia de hemorragias tardías y repetidas del puerperio, será prudente recurrir lo antes posible á la histerectomía vaginal.

**Las causas de muerte, súbita clinicamente inexplicables, sobrevenida durante ó poco después del parto. (A propósito de un caso de necrosis pancreática aguda),** por Saenger. (*Münch. med. Wochens.* n.º 24, 1913).

El autor refiere algunos casos de muerte inexplicables, sobrevenidas en mujeres, en el momento del parto, en la clínica de Munich, y estudiadas minuciosamente en el Instituto de anatomía patológica.

Una mujer de 49 años fué llevada á la clínica sin conocimiento. Esta mujer, embarazada de 8 meses, había caído bruscamente en coma, después de tres días de cefalea violenta. No había tenido nunca crisis convulsivas. Estaba ligeramente cianótica: su temperatura era 38°, 2; su pulso 140. No presentaba convulsiones, ni vómitos, ni edemas. Corazón y pulmones normales. Orina con mucha albúmina. No tenía rigidez en la nula. Se piensa en la eclampsia y se la hacen dos sangrías. Muere diez horas después de su ingreso.

En la autopsia se encuentra una leptomeningitis purulenta de la base y de la convexidad del cerebro, con septicemia.

En el curso del parto, dice el autor, se ha señalado también como causa rara de la muerte, la embolia gaseosa. Olshausen describió el primer caso en 1864. Mujer secundípara de 29 años á la que hicieron inyecciones calientes para activar la dilatación del cuello. De repente se siente oprimida, se endereza sobre el lecho, tiene algunas convulsiones y cae muerta. En la autopsia se encuentran burbujas de aire en las venas uterinas y ligamento ancho. Zorn relata otro caso igual, después de un lavado caliente de un útero atónico: Vavra, otro durante un taponamiento uterino.

Entre las causas raras de muerte rápida en parturientes, es preciso señalar las perforaciones y las hemorragias de úlceras del estómago y del duodeno, así como las perforaciones de antiguas

ulceraciones tuberculosas y típicos del intestino, y apéndices gangrenados.

También es preciso pensar en los casos de muerte súbita de parturientes, en los envenenamientos.

El autor relata á continuación un caso muy particular de muerte súbita coincidiendo con el parto. Mujer de 26 años, madre de tres niños, entra con dolores en la clínica. Fuera de un poco de albúmina, nada de anormal presenta. Hora y media después de su ingreso pare espontáneamente un niño vivo y cinco minutos después expulsa la placenta. La mujer contenta de haber terminada tan pronto, da las gracias al médico, cuando de repente se abate; es presa de vómitos violentos, cae sin conocimiento, se pone cianótica y muere.

Esta enferma no había tomado medicamento alguno, ni sufrido ninguna maniobra.

En la autopsia se encuentra éxtasis generalizado en todos los órganos; hemorragias en el corazón, en las meningis y en el páncreas: el examen microscópico demostró que se trataba de una necrosis aguda del páncreas con numerosas hemorragias, acompañándose de lesiones recientes y tóxicas del hígado. Esta apoplejía pancreática es una afección muy rara y de ella se encuentran una centena de casos en la literatura; pero hasta ahora no se había señalado aún su coexistencia con el parto. Sólo Haidlon relata un caso de pancreatitis aguda en el puerperio; la afección apareció seis semanas después del parto y la enferma murió al cabo de 86 horas.

En su caso, Saenger invoca como causa la adiposis y el alcoholismo de la enferma y sobre todo, en primer lugar, el traumatismo del parto.

**Sobre un modo patogénico raro, de producirse heridas uterinas,** por G. W. Maly, (*Zentralb. f. gynæk.* n.º 21-1913).

Las perforaciones uterinas se producen generalmente al nivel del fondo, en el momento de un legrado. Maly refiere un caso en el que la herida fué producida por una simple tentativa de dilatación y en un sitio anormal.

Se trataba de una mujer de 22 años, cardíaca, en la que se había intentado la interrupción artificial de un embarazo de dos meses. La dilatación se hizo por medio de catéteres metálicos

obtusos; de repente, al introducir los números de gran calibre, no «se encontró fondo». La enferma fué taponada y enviada con urgencia á la clínica.

El abdomen estaba distendido y doloroso. El cuello uterino permeable al dedo hasta el orificio interno: un poco por debajo de éste y á la derecha, existía una herida, de la longitud de una falange, que se dirigía al abdomen. Cuerpo uterino en anteflexión: hueco de dos meses intacto. Se le extrae y se introduce una mecha por el orificio de la falsa vía.

La laparatomía, hecha inmediatamente, permite ver á un centímetro del borde derecho del útero y á 2 ó 3 por debajo de la línea de reflexión del peritoneo vesical, una herida que se sutura con dos puntos de catgut. Limpieza del vientre, que contenía cierta cantidad de sangre recientemente vertida. Curación.

La perforación en este caso, dice el autor, fué favorecida indudablemente por la rigidez del cuello y la resistencia excesiva de su orificio interno al paso del dilatador.

**Tuberculosis y embarazo**, por E. Sergent. (*La Presse médicale*, 5 julio 1913).

El autor estudia en este trabajo:

I. A) la inflamación de la tuberculosis sobre el embarazo; B) la influencia del embarazo sobre la tuberculosis.

II. El porvenir de los niños nacidos de madres tuberculosas; y

III. Las deducciones prácticas que de su estudio se derivan, las cuales formula en las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> «*Proflaxis preventiva*. ¿Debe ser autorizado el matrimonio y el embarazo á las mujeres tuberculosas?

Las consideraciones que preceden son suficientes, según mi modo de pensar, para dictar la respuesta.

Yo no insisto y me limito á declarar que personalmente desaconsejo el matrimonio y el embarazo á las tuberculosas, porque dicho embarazo tiende á despertar y agravar la tuberculosis latente ó tórpida,

2.<sup>a</sup> *Tratamiento curativo*. Si á pesar de nuestros consejos la mujer está embarazada, debéis luchar contra la decalcificación, que puede favorecer la agudización y evolución rápida de la tuberculosis. La prescribiréis el tratamiento de Ferrier asociado á la adrenalina que, además de la influencia que podrá ejercer sobre la fijación de las sales de cal, hará con frecuencia desaparecer,

por lo menos, los vómitos y permitirá con ello la alimentación necesaria.

Pero, á pesar de la terapéutica más activa, no seréis lo suficientemente afortunados la generalidad de las veces, para evitar los formidables estragos del embarazo en vuestras tuberculosas.

En estas circunstancias ¿gestaremos autorizados para interrumpir esta gestación homicida practicando el aborto terapéutico?

Esta práctica propuesta por Pasquali y Bompiani, fué adoptada en seguida por los ingleses y americanos. El profesor Pinard se alza elocuentemente contra este método al que se adhieren también los alemanes.

Ultimamente, sin embargo, Kaehne le rechaza. Aconseja no aceptarle sino como procedimiento de excepción, cuyo empleo si se generaliza parecerá, según la expresión del profesor Pinard, como un medio de *proflaxis del nacimiento*.

3.<sup>a</sup> *Medidas preservativas para el niño*. Después que el niño haya nacido, se le separará inmediatamente de la madre para evitar el contagio directo, y se le dará una nodriza; esta separación es de absoluta necesidad, por cruel que parezca y sea.

Uteriormente podrá someterse á este niño, predispuesto por su herencia á la tuberculosis, á un tratamiento de recalcificación, combinado con todas las medidas de higiene convenientes.

**De la muerte de las coréicas durante el embarazo**, por G. Le-page. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, agosto 1913).

El autor resume las nociones á que conducen la observación é interpretación de los casos de corea durante el embarazo, en las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Si en la mayoría de los casos, el corea que sobreviene en el curso de un embarazo no entraña un pronóstico serio para la vida de la mujer, es preciso, sin embargo, no olvidar que ciertas mujeres embarazadas mueren bastante rápidamente después de haber presentado signos intensos de corea.

2.<sup>a</sup> Los principales síntomas que pueden hacer temer una terminación fatal, son los siguientes:

a) Intensidad muy grande de los movimientos coréicos, que impiden no sólo la alimentación sino hasta el sueño y que no son atenuados por la medicación calmante.

b) Trastornos mentales que pueden preceder á la aparición del corea pero que con frecuencia le acompañan.

- c) Aceleración del pulso y elevación de la temperatura.
- d) Aparición de erupciones morbiliformes.

Cierto número de mujeres mueren antes de parir ó de abortar. La muerte sobreviene con frecuencia de una manera brusca.

4.<sup>a</sup> La interrupción del embarazo, que suele practicarse tardíamente, no parece dar resultados satisfactorios; sin embargo, en ausencia de otra medicación verdaderamente eficaz, es difícil negar á la mujer este último recurso.

5.<sup>a</sup> La interrupción del embarazo, espontánea ó provocada, es habitualmente seguida durante algunas horas de una mejoría relativa, que aporta el retorno del sueño y la disminución ó desaparición de los movimientos coréicos. Pero rápidamente éstos reaparecen con una intensidad mayor aún.

6.<sup>a</sup> Si en la mayoría de los casos la autopsia no ha demostrado lesiones importantes, se nota no obstante en muchos casos la presencia de vegetaciones antiguas ó recientes á nivel del endocardio.

7.<sup>a</sup> No parece posible en estos momentos determinar la parte que corresponde á la intoxicación gravídica en la producción de los movimientos coréicos, ni las causas que hacen al corea particularmente grave en ciertas mujeres embarazadas.

#### **El tratamiento de la blenorragia en la mujer por las vacunas,** por Heymaan y Moos. (*Monastch. f. Gerbart in Gyn.* bd. 37-1913).

Los autores han recurrido á las vacunas gonocócicas, en 91 mujeres con un fin diagnóstico, y en 59 con un fin terapéutico. Estiman que la vacunoterapia no es un gran progreso. Las manifestaciones inflamatorias agudas, objetivas y subjetivas, desaparecen con este medio de tratamiento en dos ó tres semanas.

En algunos casos la *restitutio ad integrum* parece completa. Lo más frecuente es obtener mejoría: en un 20 por 100 el método fracasa.

Los autores dicen que han obtenido resultados idénticos con los métodos clásicos conservadores: reposo en cama, vejiga de hielo ó inyecciones calientes.

Las antiguas anexitis blenorragicas no fueron mejoradas por las vacunas. En las supuraciones uretrales ó uterinas, en los pio-salpinx, el fracaso fué completo.

Sólo las lesiones articulares recientes han parecido beneficiarse con la vacunoterapia. Pero de un modo general opinan los autores que no se puede considerar á este tratamiento como curativo.

**El mesorium en lugar de los rayos Roentgen en ginecología,**  
por Voigts (*Münch. med. Wochensh.* n.º 22 3 junio 1913).

Desde fines de 1912, se ha utilizado en la clínica la radioactividad del mesorium (encerrado, á la dosis de 20 á 25 miligramos, en tubos de plata) en los casos de metropatías hemorrágicas y miomas. El autor condensa el conjunto de resultados, favorables, obtenidos, en la siguiente proposición: *la radiación con el mesorium puede poner fin, muy rápidamente, á las hemorragias climéricas, así como también á las pérdidas sanguíneas dependientes ya de metritis crónicas, ya de afecciones inflamatorias de los anexos, y, al mismo tiempo que la curación de la enfermedad, producir en breve plazo, la gmenorrea.*

En razón de la simplicidad de su aplicación, se puede afirmar no sólo la equivalencia sino la superioridad del mesorium con relación á los rayos Roentgen.

**De los resultados de la roentgen y mesorium-irradiación en el cáncer uterino,** por Bumm. (*Berlin. Klin. Woch.*, número 22, 1913).

El autor llama la atención primeramente, sobre los perfeccionamientos aportados á la radioterapia: a) utilización de rayos duros; b) utilización de filtros apropiados; c) introducción, como sustancia radio-activa, del mesorium, mucho más accesible en la práctica que el radium.

«Hace un año, dice, hacemos la irradiación uterina de los cánceres, y constantemente hemos elevado la cantidad de rayos empleados (10.000 Kienbock X y 25.000 miligramos, por hora, de mesorium). Ya durante el verano de 1912, Handly, en dos casos de la clínica, pudo demostrar que *por los rayos intensivos en los casos de cáncer del útero, se puede obtener no sólo la detención de la desintegración y de las hemorragias, sino la retracción de nódulos cancerosos y la detención de la evolución neoplásica.* Franz ha comunicado recientemente, un caso parecido, de la clínica de la Charité, mejorado tan notablemente por los rayos Roentgen que la enferma se creía curada y rehusó la operación complementaria que se la propuso». Estos primeros hechos observados de la transformación, por la roentgenterapia y la utilización

de sustancias radio-activas (radium, mesotorium), de un cáncer inoperable en un cáncer operable, y de la modificación netamente favorable del proceso canceroso, animaron á perseguir estas aplicaciones terapéuticas, y nuevos hechos vinieron á confirmar estos primeros resultados.

Bumm refiere doce observaciones, con figuras esquemáticas, ilustrativas de los resultados, como documentación de su trabajo.

«La exposición precedente, dice, de las favorables modificaciones que se han podido obtener gracias á una irradiación intensiva, de los órganos genitales, modificaciones que, aun en algunos casos muy graves, adquieren el aspecto clínico de una curación, no justifican, sin embargo, la afirmación de un resultado definitivo. La observación ulterior solamente, permitirá decir si á una curación clínica corresponde una curación anatómica, si, en efecto, todos los gérmenes cancerosos han sido destruídos y si no sobreviene la recidiva.

«De todos modos, cuando se ataquen los tejidos con los rayos Roentgen, con los rayos del radium y del metotorium, con una intensidad suficiente, se puede afirmar la muerte del tejido neoplásico. En primer lugar, ocurre esto con los cánceres duros, canceroides de la piel, cánceres pavimentosos, etc.; pero, igualmente, los cánceres blandos de las glándulas y de las mucosas, los adeno-carcinomas, son justiciables de la misma terapéutica; aun en ciertos casos á condición de hacer obrar cantidades bastante grandes de rayos, las células cancerosas mueren con formación de alvéolos y modificaciones nucleares».

«En todos los casos de cánceres blandos del útero, de marcha rápida, especialmente en mujeres jóvenes, lo más seguro es proceder á la exéresis cruenta del cáncer, pues de este modo pueden quitarse los ganglios, poco influenciados por la radiación. Pero, hecha la operación, es preciso irradiar el foco y sus vecindades, punto de elección para las recidivas».

«Es preciso, igualmente, someter á la radioterapia, intensiva y bien dosificada, los cánceres de la vagina, genitales externos, uretra, úlceras cancerosas de evolución lenta del cuello en mujeres viejas».

«En fin, en los cánceres genitales inoperables, la radioterapia queda como el tratamiento paliativo más eficaz, y en los casos de recidiva postoperatoria, es preferible dicha terapéutica á una nueva operación».

## PEDIATRIA

**Las espinas bífidas falsas**, por el Dr. Estor. (*Revue de Chirurgie*, junio 1913 y *La Pediatría Española*, 15 julio 1913).

El autor, después de describir un caso personal y dos casos encontrados en la literatura médica, y en los que se había practicado el análisis histológico, hace las siguientes consideraciones clínicas:

Pueden existir detrás del raquis tumores congénitos nerviosos contenidos en un saco de paredes gruesas, pero variables.

Estos tumores, cuya naturaleza nerviosa es indiscutible, deben separarse desde el punto de vista anatómico y clínico, de la espina bífida.

Pueden explicarse estas neoformaciones, ó por un trastorno embriogénico puro, ó por la existencia de un segundo embrión abortado. En el primer caso, el punto de partida será al nivel de la cresta neural, y en el segundo caso, representa todo lo relacionado en el segundo embrión.

Con relación á los caracteres patogenéticos antes indicados, propone el autor llamar á esta clase de tumores medulomas ó médulo-embriomas.

El diagnóstico debe hacerse con cuidado, porque la extirpación imposible en ciertas formas de espina bífida, es en estos casos el método ideal.

**Concepto general de la meningitis cerebro-espinal epidémica**, por el Dr. Higuera Martín, (*La Actualidad Médica*, mayo 1913).

El autor, basándose en el estudio de siete casos clínicos, cuyas historias clínicas publica, hace un completo estudio de esta enfermedad, y deduce las conclusiones:

1.<sup>a</sup> La meningitis cerebro-espinal epidémica es la inflamación de la meninge blanda, provocada por la presencia del meningococo de Weischselbaun.

2.<sup>a</sup> El diagnóstico exacto debe fundarse exclusivamente atendiendo al examen del líquido céfalo-raquídeo.

3.<sup>a</sup> El suero antimeningocócico en inyecciones intra-raquídeas, es su tratamiento específico. Atenúa los síntomas, reduce las complicaciones, abrevia la duración y disminuye la mortalidad.

4.<sup>a</sup> Cuando por circunstancias especiales sea ineficaz la intra-raquídea se debe poner en práctica la inyección intra-ventricular.

5.<sup>a</sup> La cantidad mínima de suero que se debe inyectar, aun en los niños, es de 30 c. c. En los casos graves no hay inconveniente en poner 45 ó 50 cada vez.

6.<sup>a</sup> Se repetirán sistemáticamente en serie tres ó cuatro días consecutivos, sin perjuicio de volver á ellas cuantas veces sea necesario, atendiendo siempre al estado del líquido céfalo-raquídeo.

7.<sup>a</sup> La mortalidad infantil, á pesar de la seroterapia, es todavía muy elevada, debida la mayor parte á dificultades diagnósticas ó á defectos de técnica, y

8.<sup>a</sup> Los accidentes anafilácticos serios que pueden provocar el suero se evitan con la vacunación antianafláctica, por inyección subcutánea intra-raquídea ó venosa.

**Periartritis supurada, á neumococos, de la articulación del hombro en un niño de pecho**, por los Dres. M. M. Curtillet y Lombard. (*Argentina Médica*, 2 agosto 1913).

En una sesión precedente, hemos relatado la historia de un niño de leche atacado de periartritis supurada de la articulación de la cadera. La casualidad conduce á nuestro consultorio otro niño de leche portador de una lesión de igual naturaleza, pero de distinta localización. Siendo los hechos de este género aún poco conocidos nos parece interesante aportar esta nueva observación.

Se trata de un niño de diez meses, nacido á término, hijo de padres sanos y quien 15 días después de la vacunación fué atacado bruscamente de fenómenos generales y fiebre.

Después de tres días de temperatura alta y de abatimiento comenzó á quejarse de la espalda derecha y la madre notó una tumefacción progresiva de la región escapular.

Cuando es visto por nosotros, 10 días más tarde, la temperatura es normal, su estado general satisfactorio. La parte posterior del hemitórax derecho es el asiento de una tumefacción que se extiende hacia adentro de la línea mediana y hacia afuera hasta la axila. Al nivel del hueco axilar, la piel roja, é inflamada, parece ocultar una supuración de origen ganglionar; pero con un examen más adentro se advierte que la tumefacción torácica se debe por otra parte al edema del tejido celular subcutáneo y por otra al levantamiento en masa del omóplato. En efecto; hay fluctuación

en la axila al nivel del borde externo del omóplato, pero existe también hacia adentro del borde interno de este hueso. De un borde al otro la fluctuación se transmite netamente

Incisión en la axila. Vaciamiento de cierta cantidad de pus cremoso, cuyo examen bacteriológico revela la presencia del pneumococo al estado de pureza.

Se advierte que la supuración, independiente de toda lesión ósea, se ha desarrollado de la bolsa serosa sub-escapular. La curación se hizo rápidamente en 19 días sin ningún incidente.

**La acción del pantopón en terapéutica infantil y especialmente en los espasmos laríngeos de diversas naturalezas,** por E. Ausset. (*La Pèdiatrie Pratique*, 15 mayo 1913).

A pesar de la autoridad de autores como Lesage, Comby, etcétera, que se han esforzado en rehabilitar la morfina en la terapéutica infantil, los prácticos restan en su mayor parte escépticos temiendo accidentes tóxicos ó una acción demasiado intensa sobre el sistema nervioso; sin embargo, ante los resultados obtenidos por Sicard, Remond, Vives, Gaussel, de Rouville y Martinet con el pantopón, Ausset se ha decidido á emplearle en los casos de terapéutica infantil en que la morfina estaba indicada.

De su empleo deduce que el pantopón es una excelente medicación antiespasmódica, tan eficaz como la morfina; además, tiene la ventaja de no producir en el niño la acción deprimente que con aquélla se observa frecuentemente; es infinitamente menos tóxico; «se le puede administrar, en efecto, de una vez á la dosis de un centígramo, cuando á veces se dudaría administrar al mismo niño cinco miligramos de morfina»; el pantopón se emplea en ampollas dosificadas á dos centigramos por centímetro cúbico (un centígramo por cada media ampolla), ó también en jarabe dosificado á un tercio de centígramo por cucharada de café.

**La anemia de los niños que van á la escuela y su profilaxia,**  
por Mendí. (*The British Journal of Children Diseases*, núm. 11,  
junio 1913).

El autor considera esta forma de anemia tan distinta de las demás, que propone para ella el nombre de *pseudo anemia de los escolares*.

Dicha enfermedad no puede diagnosticarse sin el examen de la sangre. La fórmula hemática presenta variedades peculiares, pero los caracteres generales son los siguientes: 1. Disminución de leucocitos neutrófilos polinucleares, con (a) aumento de los eosinófilos, mononucleares y linfocitos; (b) aumento de eosinófilos y linfocitos; (c) aumento de leucocitos mononucleares y linfocitos (raro); (d) aumento de los linfocitos (raro) 2. Aumento de los neutrófilos polinucleares, con aumento de los eosinófilos; disminución de linfocitos (raro). Las modificaciones son más bien cualitativas que cuantitativas.

La mala nutrición es seguramente uno de los factores de dicha anemia infantil, pero no la principal; esta condición pseudo-leucémica se encuentra también en alumnos bastante bien nutridos y hasta entre maestros. Las largas horas de permanencia en la atmósfera de la escuela, unido al esfuerzo físico y mental, son la causa principal; la helmintiasis es otra de las causas que no debe olvidarse.

El autor llama la atención sobre la profilaxis que, prácticamente, comprende todo lo que se relaciona con la higiene escolar; alimentación, baños y buena ventilación de la escuela.

**Hemofilia tratada con suero de sangre humana,** por Traver  
(*The British Journal of Children's Diseases*, junio 1913).

El autor refiere el caso de un niño de 5 años, perteneciente á familia de hemofílicos, que se habia dado un pequeño mordisco en la lengua.

Por la pequeña herida salía constantemente sangre, sin que se pudiese contener la hemorragia ni con ácido tánico, ni con epinefrina, ni con inyecciones de suero de caballo. Finalmente, de la sangre de un hermano del paciente se obtuvo suero, del cual se

inyectaron 20 c. c. por vía subcutánea en la nalga del niño. A los veinte minutos comenzó á formarse un sólido coágulo en la lengua. Dicho coágulo fué gradualmente aumentando de volumen hasta casi impedir al niño cerrar la boca. Poco después comienza el coágulo á reabsorberse sin que haya tendencia alguna á reproducirse la hemorragia. Como medida de precaución se le hicieron otras dos inyecciones de suero, sin que fuesen precisas, pues desde la primera no hubo más que un ligero rezumamiento de sangre. Al niño no se le sometió á tratamiento alguno consecutivo.

**Injerto de una parte de tibia en la espina dorsal en el tratamiento del mal de Pott**, por Fred V. Albee. (*Revue de Chirurgie*, julio de 1913).

El autor, en un interesante trabajo donde recopila los resultados obtenidos en el tratamiento de 57 enfermos, con 15 fotografados, deduce de ellos el siguiente resumen:

1.º El procedimiento operatorio se aplica á las regiones superficiales; limitándose á los ligamentos y huesos; de esta manera la aplicación no es larga, dura de quince á veinte minutos, y es como se obtiene la mínima hemorragia y conmoción.

2.º No se destruye ningún elemento anatómico de sostén. El papel de palanca de las apófisis espinosas, que es el único medio de mantener la columna dorsal en hiperextensión, se conserva y aprovecha para oponerse á la deformidad póttica. A este propósito es necesario recordar que el injerto óseo se coloca en la extremidad de la apófisis espinosa.

3.º El injerto, de la manera que lo describe el autor, da una fijación sólida, y consigue, antes que se efectúe la soldadura ósea, una fijación mucho más eficaz que la que se puede obtener con los aparatos inamovibles de celuloide, escayola, etc.

4.º Dado que la fijación se efectúe interiormente y directamente sobre las vértebras, nada se opone al funcionamiento del resto de la columna vertebral, ni á la respiración. El enfermo no tiene necesidad de estar mucho tiempo inmovilizado.

5.º La región donde se coloca el injerto está admirablemente apropiada á esta operación, porque se compone de sostenes óseos ó ligamentosos. Se afirma que un solo contacto óseo basta para que el injerto esté suficientemente nutrido por el procedimiento del autor; se establecen dos contactos para cada vértebra.

6.º Como antes se apunta, el campo operatorio es superficial, y está distante de los arcos neurales; no existe peligro de que el hueso se desarrolle hasta introducirse en el conducto medular ó le infeste, lo que podría ocurrir después del traumatismo operatorio.

7.º Si por cualquier causa la soldadura del injerto sobre las apófisis espinosas no se reprodujeran, siempre se producirían un callo entre las apófisis, el injerto, el periostio y los músculos de alrededor.

8.º El tratamiento post operatorio es sencillo y de duración corta. Consiste en dejar al enfermo echado en la cama, bastante dura, en la parte correspondiente á la cifosis, durante un periodo de doce á quince semanas. Durante este tiempo se produce la soldadura entre el injerto y las vértebras, no siendo necesario la colocación de ningún aparato inamovible.

9.º De esta manera se obtiene un punto óseo continuo con periostio que se extiende por todas las vértebras que se quieren inmovilizar y que por consecuencia deben estar sometidas á la ley anatómica de Wolff. Agrandándose diametral y longitudinalmente á medida que las partes se desenvuelven, esto es, se obtiene una reproducción de las condiciones naturales. En los perros pierde estas propiedades á los cuatro ó cinco meses.

10. Los tejidos enfermos no están afectados; el campo operatorio se encuentra de lleno en tejidos sanos, y por lo tanto se puede afirmar que la soldadura se efectúa desde el primer momento.

11. El procedimiento no tiene nada de extraordinario, la técnica es muy sencilla, y en tres casos no dura la operación más de 15 minutos.

12. Los trozos metálicos colocados en el hueso ó alrededor de él, no se sostienen mucho tiempo porque se produce una atrofia y una absorción del hueso en poco tiempo, por el hecho del contacto del hueso con el metal.

13. Es necesario, cuando es posible hacer que desaparezca la gibosidad, obligar al enfermo á que esté echado en una cama de superficie convexa, porque el injerto hace que se mantenga corregida la gibosidad.

14. Uno de los resultados más apreciables de este método de tratamiento es el gran número de casos en que se triunfa de la gibosidad póstica cuando se ha podido hacer durante la operación ó en los primeros días, sobre todo en los casos precoces con

deformidades angulares. La desaparición de la cifosis va adherida á la acción del enderezamiento producido por el injerto suturado, con lesión lateral en los ligamentos interespinosos, supraespinosos y las apófisis espinosas.

15. Se obtiene una inmovilización perfecta, cosa que no ocurre con cualquiera de los otros procedimientos.

**Nuevas observaciones de mancha azul mongólica en España,**  
por el Dr. García del Diestro. (*La Medicina de los Niños*, abril de 1913).

El autor, después de reseñar cinco historias clínicas, dos de las cuales había comunicado á la Sociedad Ginecológica Española, deduce las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> La mancha azul congénita, llamada mongólica, existe en España con iguales caracteres que los descritos por otros observadores en el extranjero.

2.<sup>a</sup> El hallazgo de esta anomalía en España es relativamente frecuente, y lo sería probablemente más si se hiciese sistemáticamente.

3.<sup>a</sup> Los casos hasta ahora observados pertenecen á distintas regiones de la Península, siendo esto motivo de una distribución geográfica extensa.

4.<sup>a</sup> La existencia de esta anomalía entre nosotros, no debe atribuirse á las relaciones sostenidas por España con sus antiguas colonias (Filipinas y América). En nuestro país, como en todos aquellos de raza no mongólica, la mancha azul significa una verdadera anomalía regresiva.

5.<sup>a</sup> Exceptuado un caso de heredo-sífilis, en ninguna otra observación ha sido posible descubrir antecedentes patológicos-heredo-conceptuales dignos de mención. En ningún caso ha coexistido esta anomalía con otros rasgos mongólicos.

Z.

## UROLOGIA

**De la albuminuria ortostática y sus relaciones con la tuberculosis, según los estudios hechos en enfermos atacados de afecciones cutáneas, y en particular de tuberculosis y sífilis de la piel, por Arnold. (*Muenchener medizinischewochenschrift*, núm. 9 de 1913).**

Partiendo del hecho que frecuentemente se observa, como lo habían hecho notar los autores franceses, de la albuminuria ortostática en los comienzos de la tuberculosis, el autor se ha preguntado si los enfermos atacados de lupus ó de tuberculosis cutánea en general, no presentan el mismo fenómeno; en 44 casos examinados, se encuentra esta forma de albuminuria en 5 solamente, es decir, once y medio por ciento, contra setenta y dos por ciento en la tuberculosis pulmonar, según Ludke y Sturin; en todos estos casos la orina era examinada después del reposo en cama, y media hora después de la estación vertical; en los 5 casos positivos una inyección de tuberculina antigua, determinó una reacción general y local, lo que permitía suponer que había un foco de tuberculosis latente; mas hay que hacer constar que en otros 8 casos, en los que la prueba de la tuberculina fué positiva, la de la albuminuria ortostática resultó negativa.

El gran número de casos negativos podría ser debido, según el autor, á que las investigaciones fueron hechas sobre lúpicos curados ó muy mejorados, aunque por otra parte un tratamiento prolongado no mejoró el ortostatismo en los casos positivos; en los enfermos atacados de tuberculosis cutánea que no presentaban albuminuria ortostática, la inyección de tuberculina produjo solamente una vez albuminuria (una hora después de la estación vertical), y en los dos días siguientes una mínima cantidad, lo que contrasta con los resultados obtenidos en los tuberculosos pulmonares. En 8 enfermos atacados de psoriasis y de los cuales uno era tuberculoso, presentaba albuminuria ortostática, de los otros sólo uno presentó una ligera albuminuria al día siguiente.

De enfermos sífilíticos, 33 fueron examinados, 20 tratados y 13 no tratados; de los primeros, 11 presentaban el ortostatismo, de los segundos 1 solamente, en el cual el tratamiento había sido comenzado el día de la prueba; los casos positivos eran enfermos con sífilis reciente, los enfermos atacados de terciarismo aun no

tratado, no presentaban la albuminuria; de los 17 casos de sífilis reciente, 12 (setenta por ciento) presentaban albuminuria ortostática, reaccionando solamente 1 á la tuberculina.

La influencia del tratamiento sobre el ortostatismo, es curiosa y favorable según el autor; 8 casos presentando el ortostatismo fueron tratados por el salvarsán, en 4 de los cuales fué comprobada con anterioridad la albuminuria. El tratamiento mercurial es susceptible de hacer desaparecer el ortostatismo, pero su acción es menos rápida; nunca se pudo demostrar que la inyección de salvarsán provocase el ortostatismo en sujetos indemnes anteriormente, siendo las conclusiones del autor las siguientes:

De una manera general, la albuminaria ortostática no es muy frecuente en las enfermedades cutáneas, siendo muy rara en el curso de la tuberculosis de la piel, contrariamente á lo que se observa en la tuberculosis pulmonar; es también relativamente frecuente en las sífilis terciarias.

La albuminuria ortostática no debe ser considerada como un signo diagnóstico en favor de la tuberculosis pulmonar, más que con reserva, debiendo interpretarla como signo de una infección ó intoxicación crónica.

**Se debe dejar correr una Blenorragia?** por Jules Janet. (*Journal d'Urologie*, núm. 1, tomo IV).

La doctrina de dejar correr una blenorragia es muy antigua, remontando á las lejanas concepciones sobre los humores loables, que nuestros antepasados contemplaban y respetaban con placer, Ricord y el profesor Fournier transformaron esta doctrina en dogma largo tiempo intangible, y durante el largo periodo que precedió á la aplicación de los métodos antisépticos, nadie se atrevía á tratar una blenorragia sin haberla dejado correr largo tiempo; ¿se tenía razón?; no, debo responder para ser lógico conmigo mismo, puesto que no he dejado correr ninguna blenorragia por considerar nefasto el procedimiento, que no obra más que por la saturación de todo el organismo de toxinas nocivas, y que ha permitido á las complicaciones de la blenorragia, extenderse en numerosos capítulos en los tratados de Venereología.

Sin embargo este método viejo de tratamiento que tanto ha durado, es por tener algo de bueno, habiendo podido comprobar sus felices efectos en el servicio de mi profesor el Dr. Mauriac;

un periodo de tres semanas durante las cuales se dejaba correr la blenorragia, con mucha higiene y reposo, seguido de quince días á tres semanas de opiata de sándalo, curaba frecuentemente una blenorragia sin daño para el porvenir; por otra parte, compruebo hoy día los perjudiciales efectos de los tratamientos antisépticos empleados por compañeros no especializados, bajo el pretexto de ser tratamientos modernos.

¿Dónde está la verdad? Hace falta rehabilitar el viejo tratamiento de la blenorragia, como lo pide el Dr. Renault? Después de todo los especialistas partidarios del tratamiento local de la blenorragia, no forman legión, siendo necesario que otros médicos compartan con ellos esta tarea; mas estos médicos no especializados, carecen de instalaciones para hacer estos lavados, impidiéndoles sus ocupaciones practicarlos á horas precisas; los enfermos que se presentan en sus consultas no están educados como los asistentes á las de los especialistas, concurriendo demasiado tarde, con uretras flegmonosas, lo que solamente ocurre dos veces por año en mi consulta. ¿Porqué no aconsejar á estos médicos, la utilidad del tratamiento antiguo dejando correr la blenorragia, en lugar de embarcarles en la vía nueva de los lavados antisépticos, para lo cual no están educados ni preparados?

Yo lo admito, pero con condición de dejar correr la blenorragia como se hacía antiguamente, hasta el aclaramiento de la gota, hasta la consistencia mucosa y filamentosa de la supuración, seguido de la administración de los balsámicos, sin ninguna inyección, sin tocar la uretra; pero existe hoy día una mala tendencia, desgraciadamente muy repartida entre los médicos no especialistas, que consiste en dejar correr la blenorragia durante ocho días antes de comenzar los lavados, y este acoplamiento de los métodos antiguos á los modernos es completamente absurdo, puesto que consiste en esperar á que los gonococos hayan adquirido su maximum de desenvolvimiento, para movilizarse contra ellos. Qué Lógica!

Si se quiere dejar correr la blenorragia, hace falta continuar hasta la desaparición del gonococo, y no contrariar los efectos de auto-vacunaciones, con prácticas antisépticas que disminuyen su cultivo; después de este periodo que conduce espontáneamente á la curación, si se lleva bastante lejos, en caso negativo el gonococo es fácil de destruir, los balsámicos acaban la enfermedad, y de no ser así algunos lavados de permanganato, entonces fáciles y sin daño, practicados una vez al día, en lugar de dos veces como

en el periodo agudo, terminaría en muy pocos días seguramente, la blenorragia refractaria á los balsámicos. En cuanto á los especialistas, no tiene justificación parecida conducta, no tienen ninguna razón para esperar á comenzar el ataque, cuando los gonococos se hayan multiplicado adquiriendo carta de naturaleza, debiendo forzar al enemigo desde que le perciben y destruir el último combatiente, sin dejarles un momento de reposo.

¿Los mismos especialistas en algunas ocasiones deben dejar correr á sus enfermos? Sí, cuando están enfrente de una blenorragia extremadamente aguda con infección de la uretra posterior, en enfermos que no tienen los hábitos de los lavados profundos, y en los cuales se prevee, que no se podrían hacer que más á costa de sufrimientos y con una gran presión; en parecidos casos la prostatitis es la regla si se lavan los enfermos, pudiéndose evitar dejando correr la blenorragia, hasta conseguir la desaparición de los fenómenos agudos. También en los enfermos muy rebeldes al tratamiento antiséptico, en los cuales el permanganato y protargol han agotado su acción, y que después de muchos meses de esfuerzos conservan gonococos debilitados, que exageran su virulencia tan pronto como se dejan los lavados; en estos casos, si se dejan los lavados, la recaída no alcanza gran agudez, y los gonococos son fáciles de destruir, sean por los lavados ó los balsámicos.

#### **Litiasis renal**, por Bentrey Squier. (*An. Journ. of Surg*, New York).

El autor considera la formación de los cálculos renales, como un síntoma, ó como el producto terminal de un proceso anormal, evolucionando ó habiendo evolucionado en el individuo.

Clásicamente divide su etiología, en cálculos secundarios debidos á una invasión microbiana, y cálculos primitivos, propósito de los cuales recuerda la teoría de la coalescencia molecular de Raincy, estimando que la teoría coloidal, como todas las demás, necesitan su confirmación.

La sintomatología clásica: hematuria, cólico nefrítico, dolor localizado, faltan tan frecuentemente, que para el autor resultan despreciables prácticamente, ya que desde el empleo de la radiografía numerosos cálculos que no habían dado lugar á síntomas, han sido descubiertos, citando en su apoyo 10 observaciones interesantes.

Quirúrgicamente se deben dividir los cálculos en asépticos, y sépticos que exigen siempre un drenage. Squier emplea una técnica operatoria especial de cuya comodidad hace elogios, trazando una incisión vertical, que partiendo del borde inferior de la 12.<sup>a</sup> costilla y de largo de tres pulgadas, sigue el borde del cuadrado de los lomos; la aponeurosis del músculo es abierta y retraída hacia fuera, mientras que el músculo es rechazado hacia adentro dejando apercebir su aponeurosis anterior, conduciendo la incisión de la 12.<sup>a</sup> costilla, se la libera de todas las inserciones musculares ó aponeuróticas hasta su cabeza, y se agranda la incisión hacia abajo según las necesidades.

Las principales ventajas del método son: la facilidad de llevar el riñón fuera de su cavidad con el mínimum de tiramiento del pedículo, y la ausencia de temor de hernia post operatoria por la herida; pareciéndose á la incisión de Kammerer á través de la aponeurosis del músculo recto, en la apendicitis. Después de tracción del riñón hacia fuera, se pone su cara anterior adelante, apareciendo la cara posterior con la pelvis renal, prefiriendo el autor la ablación de los cálculos por este lado por dos razones: el menor daño de hemorragia gracias á la distribución de los vasos y el drenage más corto; hace falta emplear la pielotomía de preferencia si es posible, debiendo practicarse la incisión en ángulo recto sobre el riñón, no debiendo interesar el ureter para evitar una estrechez secundaria, incindiendo lo más bajo posible y remontando el cálculo si se puede, para verificar la incisión sobre él, explorando la pelvis y cálices si hay necesidad con el dedo, terminando con sutura de catgut fino. A través del riñón emplear la incisión transversal, irradiando de la pelvis, ó la incisión clásica sobre el borde convexo.

En los casos infectados, el grado de la infección nos da la pauta de nuestra conducta, desde el simple drenage; hasta la nefrectomía. En los casos complejos de cálculos múltiples, el autor se sirve de un aparato radiográfico portátil, con pantalla fluoroscópica que puede ser manejada por el operador ó sus ayudantes, enseñándoles en todos los momentos sobre la intervención que están practicando.

**La función renal después de la decorticación del riñón**, por N. Lapeyre. (*Jour Physiol, et Path, generales*, núm. 2, 15 de marzo de 1913).

El autor estudia el valor comparativo de la función renal de ambas glándulas, la una intacta y la otra decorticada, sometiendo los dos riñones á eliminaciones forzadas; es así como ha estudiado comparativamente la permeabilidad renal á la floridzina y al ferrocianuro potásico, y después las diuresis provocadas de cloruro de sodio iso é hipertónico, de glucosa hipertónica y de urea, llegando á la conclusión de que la función renal no se altera por la decorticación.

La eliminación de los cuerpos fácilmente demostrables (ferrocianuro potásico y floridzina) es absolutamente idéntica para los dos riñones, como comienzo é intensidad, no disminuyendo por lo tanto, la decorticación la permeabilidad renal.

El conjunto de las diuresis provocadas por la inyección intravenosa de cloruro de sodio hipertónico, de glucosa y de úrea ha demostrado siempre que el riñón operado respondía también como el riñón intacto á este exceso de trabajo; la poliuria producida ha sido tan importante, la eliminación tan completa para uno como para otro, sin la menor diferencia en el comienzo, la intensidad y el valor de la eliminación de la poliuria. Es permitido pensar, que en el riñón enfermo la decorticación, no disminuye la función renal, no pudiéndose decir que sobre un riñón sano la facilita; sobre el riñón patológico, sin duda es susceptible de mejorar la función, haciendo cesar la compresión del órgano; por otra parte, numerosas adherencias se establecen, las que para ciertos autores son vasculares y susceptibles de activar la circulación del órgano.

**Datos clínicos sobre los tumores malignos del riñón,** por Braesch. (*The Journal of the americ. med. Association*, 25 enero 1913).

El autor reseña la estadística de la clínica de Mayo, que comprende 83 casos de tumores malignos del riñón (hiper nefromas, carcinomas, sarcomas, embriomas).

Los tres síntomas cardinales: hematuria, tumor renal y dolor localizado, se encontraron solamente en 32 casos; dos de estos síntomas, en 37; y uno solo en 14.

La hematuria fué comprobada por los enfermos en 53 casos (64 por 100), como primer síntoma en 39 (36 por 100) y como único síntoma en 10 (12 por 100).

Es de notar que las mujeres rara vez comprueban las orinas sanguinolentas, sin duda á causa de la menstruación. Las hematurias macroscópicas son las de mayor valor; en cambio las microscópicas no tienen sino una importancia práctica secundaria.

El tumor fué notado en 65 enfermos (78 por 100); en 28 casos (34 por 100) le percibieron los mismos enfermos; éste fué el primer síntoma en 12 casos (15 por 100). La presencia de dicho tumor puede dar lugar á errores de diagnóstico: su asiento anormal puede simular un tumor extra-renal; un riñón sano que presente una hipertrofia vicariante puede tomarse por un tumor.

El dolor es debido en estos casos á la compresión de troncos nerviosos vecinos ó á hipertensión de la cápsula renal. Existe una falsa irradiación que puede hacer pensar en un reumatismo ó en cólico hepático.

El dolor existió en 68 casos (82 por 100); como primer síntoma en 27 (32 por 100), como síntoma único en 14 (17 por 100). Se localizó de una manera exacta en 50 (74 por 100).

El examen de la orina demostró pus á simple vista en 5 casos (6 por 100) y al microscopio en 15 (18 por 100). Pueden también notarse trastornos circulatorios. En el hiper nefroma existe una dilatación vascular superficial al nivel de la cara, vejiga y venas rectales.

Se han podido confundir los tumores malignos del riñón con la hematuria esencial, con los tumores retroperitoneales, quistes del riñón y pionesfrosis cerradas. El diagnóstico debe confirmarse por la citoscopía, el cateterismo de uréteres y el examen funcional del riñón.

No debe recurrirse á la pielografía, por inyección de colargol en la pelvis, más que cuando el diagnóstico no pueda hacerse de otra manera.

En lo que respecta á la operabilidad, de 83 casos 22 fueron inoperables. El autor considera como inoperables á los enfermos que presentan ascitis, edema de las piernas, caquexia pronunciada, debilidad de corazón ó trombosis. Como resultado operatorio se obtuvo en 61 nefrectomías practicadas un 11 por 100 de mortalidad primitiva: y se notó una curación persistente durante tres años en 14 casos (27 por 100) y durante cinco en 5 casos (10 por 100).

El autor asigna una gran importancia diagnóstica á la hematuria irregular de corta duración

E. CEBRIÁN

## CHANCRO SIFILÍTICO

---

# ESTUDIO CLÍNICO

POR EL

**Dr. Félix Domingo.**

---

No se concibe una sífilis sin chancro, pero no es raro ver enfermos sin vestigios ni noticia alguna de él. Y es que los caracteres y signos físicos, aun los subjetivos, que definen al chancro sifilítico, no siempre se ajustan al concepto general y clásico con que las gentes le conocen y distinguen, por lo que, ante una de las infinitas modalidades clínicas desconocidas para el enfermo y aun para el médico, nada tendría de extraño que quedase el diagnóstico en el misterio é ignorado por consiguiente el origen de una sífilis que más tarde se manifiesta con sus síntomas generales y conocidos.

Es por lo tanto la sífilis, una enfermedad general, contagiosa y trasmisible de uno á otro, cuya primera manifestación *es siempre el chancro sifilítico*.

El agente causal específico de esta enfermedad es el espirocete pálido, el cual se encuentra en el chancro sifilítico en una proporción, al decir de los autores, de ocho por diez, esto es que falta dos veces por cada diez chancros investigados. Mi experiencia personal me lleva á admitir

una diferencia mayor. Lo he buscado muchas veces y lo he encontrado muy pocas, menos de la mitad. Tal vez influya en la existencia del espirocete de Schaudinn, la edad del chancro ó su manera de evolucionar, los tratamientos efectuados anteriormente, no lo sé, pero muchas veces me he hallado defraudado en mis esperanzas y el diagnóstico ha tenido que ser necesariamente clínico.

Este hecho es muy digno de tener en cuenta porque pudiera ocurrir que la confianza en el dato bacteriológico diera lugar á error de diagnóstico.

Pero el que no se encuentre el treponema pálido, en las investigaciones bacteriológicas, en el chancro sifilítico, no quiere decir que éste no tenga condiciones para transmitir la infección, porque son dos cosas muy distintas el que la secreción del chancro de lugar á una sífilis por inoculación ó contacto, y el que en él no se haya encontrado el agente específico de la misma. En la práctica no puede conceptuarse estéril al chancro sifilítico en el cual no hayamos encontrado el treponema de Schaudinn, en nuestras investigaciones bacteriológicas, como igualmente no debe dudarse de un diagnóstico clínico bien fundamentado por la falta exclusiva de este solo elemento. No se puede afirmar que no existe el espirocete pálido en el chancro sifilítico porque nosotros no lo hayamos encontrado.

El chancro sifilítico es la expresión de la reacción de los tejidos frente al agente infectante. Esta condición resultante de las cualidades de dos elementos variables constantemente da lugar á las innúmeras variedades clínicas del chancro, hasta el extremo, de poder asentar como principio fundamental de que *el chancro sifilítico no se parece al chancro sifilítico*. Esto es, que el chancro sifilítico no es

definible, ó que en una definición no pueden comprenderse todos los signos característicos del chancro sifilítico para aprender á conocerle y diagnosticarle.

Los errores de diagnóstico cometidos con el chancro sifilítico, se deben á esa definición hecha clásica, que casi desde los tiempos de Ricord, viene al frente de todas las obras de sifiliografía. El chancro sifilítico dicen, con ligeras variantes, es una lesión única, circular, sin bordes, hundida á modo de caso, lisa, brillante, húmeda como barnizada, de color rojo jamón, indolora, y con una induración en su base, que se aprecia al tomarla entre los dedos; y esto no es el chancro sifilítico, así no son los chancros sifilíticos, es solamente la descripción de una variedad del chancro sifilítico tal vez la más numerosa si se quiere, pero que no comprende á todas. Y la prueba está en las dificultades que todo principiante encuentra para diagnosticar el chancro sifilítico teniendo presente este modelo de contraste, fruto de la rutina didáctica.

Vuelvo á repetirlo aún á trueque de pasar por machacón. El chancro sifilítico no se parece al chancro sifilítico, porque aunque los elementos de diagnóstico, ó para el diagnóstico, sean fundamentalmente los mismos, se encuentran entrettejidos de tal manera, avalorados de modos tan diferentes, que dan lugar á variedades clínicas entre las cuales no hay ninguna semejanza.

De aquí nace la primera división ó clasificación de los chancros sifilíticos, perfectamente natural; chancros genitales y chancros extra-genitales. Indudablemente las condiciones anatómicas y fisiológicas de los tejidos en uno y otro caso, son diferentes, sus relaciones ante la infección ó implantación del virus infectantes tienen que ser

distintas. Los caracteres clínicos del chancro sífilítico genital no convienen al extra-genital; por la descripción de los primeros no pueden diagnosticarse los segundos.

Y entiéndase bien, que aunque los chancros genitales y los extra-genitales tengan una característica clínica diferente no por eso son de naturaleza distinta. Nunca debemos calificar á una sífilis de maligna ó benigna, cuyo chancro exista ó haya existido en determinada región del cuerpo por este solo hecho, porque tratándose de una enfermedad adquirida por contacto aunque generalmente aparezca el chancro en los órganos genitales, puede presentarse por un conjunto de circunstancias, que no hay para qué comentar, en otra región cualquiera por absurda que nos parezca.

Que el chancro sífilítico aparezca en los órganos genitales, en una mano ó en la lengua, no expresa otra cosa más, que las condiciones precisas para la infección se han cumplido pero de ninguna manera que la sífilis sea de mejor ó peor condición en un caso que en otro.

El chancro sífilítico no suele presentarse hasta pasados unos veinticinco á treinta días del coito infectante, periodo de incubación, tiempo durante el cual la sífilis queda sembrada en el organismo humano. El sífilizado vive su vida normal sin trastornos ni molestias de ningún género.

Una pequeña viruelita, dicen los enfermos, una pápula insignificante como la cabeza de un alfiler, tal vez umbilicada, roja ó rosácea, ligeramente escoriada después y sin otros trastornos que su presencia, es la primera denuncia de una sífilis adquirida pero indetectable. Alguna vez, durante el coito, se apreció un ligero dolor, como el que produce la cortadura con un pelo, precisamente en el punto

que aparece esta pequeña lesión que el enfermo cuidadoso aprecia del seguudo al tercer día en su preocupación constante de haber sido infectado. Más tarde es cuando se irán determinando los signos físicos del chancro sifilítico, se irá dibujando clínicamente la lesión inicial y pasados esos veinticinco ó treinta días de incubación, el médico podrá plantear el diagnóstico con más ó menos seguridad.

¿Es un chancro sifilítico?

Como que en la superficie de contacto, con el virus sifilítico, lo mismo puede haber uno que varios puntos de inoculación, la individualidad del chancro no es elemento afirmativo de diagnóstico. Tan corriente es ver enfermos con un solo chancro sifilítico como con varios, que pueden aparecer de un modo sucesivo, y distanciados por intervalos de tres, cinco días, ó más, de uno á otro.

No hay nada que justifique esa experiencia vulgar de admitir *a priori* un diagnóstico determinado de sífilis frente á una sola lesión, por el hecho exclusivo de no haber otras, ó bien abandonar la orientación de un diagnóstico cierto cuando son varias las lesiones apreciadas. Tampoco hay motivo serio para considerar el aislamiento ó independencia de los chancros como un elemento de diagnóstico cuando son varios, puesto que pueden hacerse confluentes en su desarrollo. Dos, tres ó más, chancros sifilíticos, por ejemplo, hacen su aparición en el surco balano prepucial y cara interna del prepucio, perfectamente circunscritos é independientes unos de otros, y en el transcurso de su evolución ganan en extensión, llegan á tocarse por sus bordes y á confundirse quedando reducidos á una sola lesión, ó varias según el número de chancros, de límite simple ó sin ondulaciones, ó de límite policíclico.

De su tamaño, forma y aspecto podemos sostener las mismas conclusiones, no hay nada en ellos que sea elemento fijo de diagnóstico. Hay chancros sifilíticos grandes y pequeños, sin que estos últimos sean una excepción; perfectamente circulares, ovals ó en forma de grieta; implantados sobre una elevación de los tejidos ó simplemente en la superficie; de fondo hundido á manera de cazo ó elevado en semi-esfera si no es como ocurre alguna vez, plano; sin bordes ó con ellos; rojos, lisos y brillantes ó cubiertos de una falsa membrana blanco-sucio amarillenta; con induración nodular y laminar; exulcerados y ulcerosos; puede presentarse en fin, de cualquier forma ó manera y ser confundidos con las demás lesiones no sifilíticas que aparezcan por otras causas.

### Chancros genitales.

En los órganos genitales masculinos, sin contar las modalidades debidas á las condiciones individuales, aparecen un sinnúmero de variedades, difíciles de saber apreciar.

El chancro sifilítico de la cara externa del prepucio se presenta alguna vez, dando la impresión de esas callosidades que aparecen entre los dedos de los pies, llamadas ojos de gallo; una induración ligeramente elevada, sin bordes, y en su centro un agujerito perfectamente circular.

Todo él, es del tamaño de una lenteja, ó poco más, de color amarillo sucio centrado por una ulcerita roja brillante, circular, de bordes cortados perpendicularmente.

Esta ulcerita, ha estado cubierta con una vesícula que se ha roto, para ser sustituida por una costrita negruzca que cae y vuelve á formarse temporalmente. El chancro, que fácilmente puede tomarse por una lesión vulgar, persiste

semanas enteras sin que el tratamiento antiséptico más cuidadoso le llegue á modificar.

Le he visto con alguna frecuencia y últimamente se me ha presentado un enfermo que tenía dos manchas rojas oscuras, más pequeñas que una monedita de céntimo, situadas en la cara externa del prepucio, una al lado derecho, parte alta, y otra diametralmente opuesta, lado izquierdo parte baja. El enfermo, decía, habían sido dos ulceritas de reborde duro, que tardaron mucho en cicatrizar. No se había sospechado nada de particular y sin embargo, sus ganglios inguinales eran voluminosos, duros, aflegmáticos, con todos los caracteres de especificidad, cuyo hecho me hizo diagnosticar una sífilis adquirida, comprobada más tarde con la aparición de placas mucosas de la garganta y ronquera de la voz.

Estas manchas, eran la última fase de la evolución del chancro sifilítico que acabamos de definir.

Frente á esta modalidad del chancro sifilítico existen otras, algunas muy interesantes, que hacen dudar de su significación. Un hombre tenía en la piel del pene, parte media lado derecho, una úlcera, del tamaño algo mayor que el de una moneda de cinco céntimos, redonda, de bordes despegados y rojos, sin acusar reacción inflamatoria, de fondo granulado y blanquecino. La piel que rodeaba á esta úlcera, estaba ligeramente roja é inflamada.

Ocho días después de sometida á un tratamiento apropiado, sigue con los mismos caracteres de conjunto pero más extendida, de mayor tamaño, el fondo fungoso, los bordes rojo negruzcos, sanguinolentos y tumefacción intensa de la piel, hinchada y de color violáceo. Los signos físicos se habían hecho más intensos, más firmes.

Diagnostico de chancro sifilítico aconsejando al enfermo tratamiento mercurial; pero tres meses después, se presenta nuevamente, el enfermo, exhibiendo unas siflides secas, escamosas, de las palmas de los manos y plantas de los pies, con ulceraciones alrededor de las uñas de los dedos de los pies (primero y segundo) placas mucosas de la boca y ano, lamentándose no haber tenido en cuenta mis consejos. Los signos clínicos del chancro estaban tan distanciados de lo que vulgarmente se entiende por chancro sifilítico que no es extraño dudase el enfermo, y aún fuese aconsejado en otro sentido muy distinto.

Estos chancros empiezan, por una vesiculita semi-esférica rodeada de una aureola roja, que indica claramente proceso inflamatorio. Cuando se abre, queda un agujerito circular, por el que se vacia cierta cantidad de sero pus, quedando una verdadera oquedad cubierta por un epitelio grueso é indurado. No hay comparación en el tamaño de este agujerito de la cubierta con la excavación que es muchísimo más grande. Cuando desaparece esta tapadera perforada, queda ulceración roja sucia, segregadora de un líquido sucio, pegajoso, de bordes irregulares y ampliamente desprendidos. Más tarde adquiere los caracteres descritos anteriormente.

En el orificio prepucial, el chancro sifilítico, tiene el aspecto de grietas que invaden las dos caras, externa ó interna del prepucio, hondas, limpias, rojas y sin bordes aunque alguna vez, pocas, afecten la forma de anillo ó semi-anillo. Generalmente son varios.

El cuadro se complica un poco más porque el orificio se transforma en un anillo duro é inextensible, como una goma de sujetar las varillas de un paraguas, que impide echar atras el prepucio, saliendo pus amarillo gomoso que

se deseca pronto en costras planas, delgadas, amarillo-negruczas.

El pene, abultado por su punta en forma de badajo, está doloroso á la presión; la piel del prepucio, inflamada y de color rojo violáceo. Es una variedad, pues, de chancro sifilítico, que en nada se parece á las anteriores.

En el glande y surco-balano-prepucial el chancro sifilítico tiene otra característica clínica, que los autores clásicos se han esforzado en definir, y en hacer se considere como el tipo genuino para el diagnóstico.

Lesión única, dicen los clásicos, redonda, del tamaño de una moneda de dos reales, hundida en forma de cazo, lisa, brillante, de color rojo jamón ó carne muscular, sin bordes, indolora, sin pus y dura al tacto.

Esta definición clásica del chancro sifilítico, sabida de todo el mundo, no expresa la forma ó aspecto clínico de todos los chancros, como venimos demostrando, y es un error soberano pretender diagnosticar la lesión primaria de una sífilis teniendo en cuenta exclusivamente las determinantes de esta descripción.

Ya algunos autores la modifican admitiendo que el fondo del chancro no está hundido, en forma de cazo, sino que está elevado en semi-esfera y otros señalan cuidadosamente que en ese fondo rojo, liso y brillante, se ve muchas veces una pseudomembrana blanco amarillenta que le sustituye. Este último es en realidad, el chancro sifilítico en escarapela, que la mayoría de los autores describen como una excepción. Es una exulceración, cuya parte central está cubierta por esa pseudomembrana, muy adherente, dejando libre la parte externa de color rojo jamón, á modo de aureola. Las otras dos variedades, descritas como si

fuera una sola, mejor observada por los que la describen con el fondo excavado ó elevado en semi-esfera, son dos modalidades clínicas que existen en la práctica.

Esta forma de chancro sifilítico existe en la superficie libre del glande y en el surco-balano-prepucial sobre todo al lado del frenillo, y con tanta frecuencia como ellas aparecen otras variedades, sobre cuyo hecho insistimos, para que al hacer el diagnóstico, se encuentre el clínico más libre de prejuicios. No son las formas únicas ni las exclusivas para que se las conceda tanto valor.

A veces el chancro es simplemente lo que los enfermos llaman una rozadura. En el pliegue más inmediato al surco-balano-prepucial, de la cara interna del prepucio, aparecen unas lesiones insignificantes alargadas, de extremos redondeados, que alguna vez se unen para formar una sola: son superficies rojas ligeramente traxudantes por faltarlas el epitelio.

Ocupan una extensión de más de dos centímetros y se percibe al tacto una dureza cartilaginosa, redonda, alargada y estrecha como el lomo del pliegue prepucial. Si el epitelio se hubiese regenerado la coloración es blanquizca, y no hay nada que denuncie al chancro sifilítico como no sea el tacto que pone de manifiesto esta induración específica patonogmónica.

Otra variedad consiste en una mancha rojo-brillante, un poco elevada, implantada en la proximidad al reborde balánico en el que hay igualmente otra lesión semejante pero más intensa de color: tomadas entre los dedos, pulgar é índice, se percibe una induración y un pequeño puente que las une. Es el chancro sifilítico en charnela, llamado así porque al descubrir el glande el prepucio se levanta.

en este punto como una tapa. Y puede ser exulcerado y ulceroso, depende del momento de su evolución y de las intervenciones hechas en el tratamiento, variando así sus caracteres clínicos.

Se encuentran otras variedades de chancro sifilítico, mucho más distanciados de la definición clásica, que apenas se describen por los autores, muy interesantes y de gran importancia para el diagnóstico. Aparecen, precisamente en este sitio del pene, en el surco-balano-prepucial. Son chancros enanos.

Uno de mis enfermos tenía, en la parte media del surco-balano-prepucial, inmediatamente por detrás del reborde balánico, tres de estos chancros: uno, el más alto, del tamaño de un grano de avena, perfectamente circular centrado por una falsa membrana blanquizca rodeada de un lomo liso, brillante, que por contraste al color de la mucosa parecía el chancro elevado como un pequeño monte. Debajo de éste, otros dos, más planos, lisos, rojos y húmedos, sin membrana y, en el mismo reborde balánico, una grietecita que sangraba al menor contacto, de límites morados.

En ninguno de ellos se apreciaba endurecimiento bien marcado y tal vez, por ser enfermo demasiado irritable, pusilánime, estos pequeños chancros eran sumamente dolorosos al tacto.

Son confundidos con las lesiones de herpes genital y su aparición no es tan rara para que no se les tenga en cuenta.

En la mujer, cuando aparacen, son numerosos, sin duda por ser mayor la superficie de implantación. He podido contar hasta diez repartidos por la cara interna de

los grandes labios y externa de los pequeños labios parte inferior próxima á la orquilla. Eran verdaderas erosiones circulares, algunas en contacto, pequeñas, rojo-oscuras, brillantes, circunscritas por un lomo á manera de reborde que daba la impresión de bulto sobre la superficie de implantación.

Por tratarse, en este caso, de una enferma muy sucia, que al mismo tiempo padecía blenorragia uretral aguda, nuestra curiosidad nos llevó á hacer un estudio detenido, bacteriológico, encontrando espermatozoides del último coito, y habían transcurrido más de doce días, gonococos, y el spirochete pallida agente de la sífilis y objeto principal de nuestra investigación.

Estos chancros llegan á la curación en dos ó tres semanas. Se secan, desaparece la erosión, y quedan cubiertos por un epitelio resquebrajado como si fueran á formarse escamas.

Otra variedad, muy corriente también, son los chancros sífilíticos del meato. Puede existir en uno de los labios, en la comisura posterior afectando la forma de media luna, ó bien invadiendo todo el meato, pero siempre con una induración característica del punto en donde se manifiesta y aun del extremo libre del glande.

Es más frecuente que el chancre del meato esté por dentro, lo que se llaman ya chancros uretrales, y entonces no se ve lesión al exterior, siendo confundidos con la blenorragia tanto más cuanto que en algunos chancros el pus, aunque en pequeña cantidad, aparece formando gota. El enfermo habla de escozor y molestias al orinar precisamente en el extremo del miembro, en donde se encuentra el pus, llamándolo ó quejándose más bien de padecer blenorragia.

Los caracteres clínicos establecen la diferencia clara y precisa de estas dos enfermedades, porque la inflamación de la punta del balano da al tacto, entre los dedos pulgar é índice, la sensación de dureza, así sencillamente, en el chancro uretral, muy distinta á la blanduja de la blenorragia en la que además los labios del meato están muy rojos y abultados, como no aparecen nunca en el caso del chancro sifilítico; pero, en último resultado, el microscopio patentizará una ú otra conforme á los elementos específicos microbianos que se encuentren.

Debo relatar un caso muy interesante á este respecto. Curando un enfermo de blenorragia aguda, á las dos semanas próximamente, me apercibo de una ténue induración del labio izquierdo del meato. Hice observar este dato á un alumno de medicina, que me ayudaba en mis trabajos. haciéndole el diagnóstico de chancro sifilítico. Días después, el joven estudiante, me preguntaba con qué debía tratar una escoriación que el enfermo tenía en ese sitio. Era el chancro sifilítico en forma de exulceración, con el epitelio perfectamente cortado, roja y resumante, que fué ganando en extensión al mismo tiempo que la induración invadía los tejidos provocando grandes molestias cuando el enfermo se ponía á orinar. Y al mismo tiempo pudo hacerse el diagnóstico de otro chancro en el surco-balano-prepuical, del lado izquierdo, semejando una mancha elíptica, lisa, brillante, indurada, que comprobaba la aparición independiente y sucesiva de los chancros sifilíticos.

Este enfermo, en el mismo coito, había adquirido la blenorragia y la sífilis presentándose una y otra sucesivamente conforme á los días de incubación de estas enfermedades.

Los chancros sífilíticos del frenillo no tienen su punto de implantación en él. Son los que aparecen á los lados y por detrás.

Los de las partes laterales, son los chancros del surco balano-prepucial, que le endurecen pero que le respetan, signo diferencial de los chancros venéreos que aparecen en ese mismo lugar que siempre le perforan dejándole como un puente. Los chancros que asientan detrás, le mutilan todo ó en parte debido á la manera de evolucionar.

Es esta, una variedad cuya implantación se hace en el ángulo que forma la piel del pene por detrás de las dos ramas del frenillo que como se sabe forman una V invertida. Es sin duda el punto más apto y accesible para la inoculación: son frecuentes los resquebrajaduras y pequeñas grietas, en virtud de los estiramientos que sufre este sitio en el acto del coito, sobre todo en aquellos frenillos cortos.

El chancre sífilítico, en este lugar, es voluminoso, excavado profundamente, de dureza nodular y generalmente ulcerado, con fondo blanquecino agrietado y sangrante al menor contacto, simplemente al retirar la cura. Por lo menos yo siempre los he visto así.

Están muy bien caracterizados y su diagnóstico no ofrece dificultad alguna, sin embargo, hay que tener mucho cuidado para no confundirle con las desgarraduras que con tanta frecuencia aparecen después del coito.

He tratado á un enfermo con una rasgadura muy extensa, á consecuencia de un coito, en la cual se verificó la implantación del virus luético á pesar de la intensa hemorragia que se produjo. Cuando curaba la lesión, cuyo aspecto era el de úlcera mamelonada circunscrita por bordes gruesos y á colgajo, se iba apreciando un endurecimiento circular típico;

cicatrizada del todo, quedaba el chancro sifilítico cubierto de un epitelio finísimo muy brillante de color rojo oscuro.

Los chancros sifilíticos de los órganos genitales femeninos conservan casi por completo sus caracteres físicos, únicamente hay algunas variantes propias de los tejidos en donde asientan; pero en general pueden observarse todas las modalidades que venimos describiendo.

En el clítoris, tanto en el capuchón como en el glande, las lesiones suelen ser insignificantes y curan pronto; lo verdaderamente interesante son las induraciones específicas. Igualmente, los chancros de la orquilla son tan poco manifiestos, que muchas veces cicatrizan pasando inadvertidos.

En los grandes labios ocurre algo muy digno de tenerse en cuenta, y es que no apreciándose, ni teniendo noticia del chancro, éste se diagnostica por el aumento del volumen del labio y su endurecimiento. El gran labio está abultado uniformemente sobresaliendo como una morcilla pequeña, indoloro, sin alteración ni trastornos de la piel y de una dureza blanduja elástica muy particular. Esta manera es patognomónica y no debe confundirse con nada: de la bartholinitis se diferencia por la denuncia de fenómenos inflamatorios, dolor, que caracteriza á ésta, alguna vez fiebre, á parte de que en la bartholinitis el abultamiento es abajo y adentro del labio.

Cuando el chancro sifilítico aparece en el borde anterior ó cara externa del labio mayor, puede ser una ulceración superficial, oval, plana, sin bordes ni pus, con endurecimiento laminar, pero generalmente sus caracteres son los de los chancros sifilíticos de la piel.

Aparece primero un gran nódulo, de color rojizo, y en su centro una pústula que más tarde se abre dando salida á

una pequeña cantidad de pus quedando una úlcera profunda de bordes irregulares, fondo rojo y trasudante, que se cubre más tarde de una costra amarilla-negrucza difícil de desprender.

Las enfermas llaman *divieso* á este chancro y cura quedando cicatriz y una mancha azul morada, que se hace parda, para desaparecer con el tiempo. La induración persiste algunas semanas después de la cicatrización.

Una variedad interesante es el chancro sifilítico del cuello uterino. Todo ello queda reducido, la mayor parte de las veces, á la percepción con el dedo del endurecimiento del cuello de la matriz, y á ligeras escoriaciones rezumantes y rojas que pueden verse con el espéculo.

En realidad, fuera de estos dos elementos, no se sabe ciertamente cuando hay chancro sifilítico porque son muy pocas las veces que aparece ó es observado con sus caracteres típicos de úlcera ó exulceración.

Las blenorragias, las endometritis agudas ó crónicas del cuello específicas ó no, suelen tener los mismos caracteres ó por lo menos tan semejantes que el diagnóstico diferencial es sumamente difícil.

### **Chancros sifilíticos, extra-genitales.**

Empiezo por confesar que no he tenido grandes dificultades para diagnosticar los chancros extra-genitales á pesar de que ni se ven con frecuencia, ni sus caracteres fundamentales están agrupados en las descripciones de los autores clásicos, de modo que las definan claramente.

Sin embargo, hay algo que á primera vista hacen sospechar el diagnóstico y más tarde confirmarle.

El chancro sifilítico lo he visto dos veces en el labio superior, una en labio inferior, otra en la cara interna del muslo y dos más, en el ano.

En los chancros del labio superior y del muslo, los ganglios de las regiones correspondientes estaban mucho más abultados que lo de ordinario cuando el chancro sifilítico asienta en los órganos genitales, con la particularidad de que los infartos ganglionares del cuello, cuando se trata de los chancros del labio, son muy dolorosos espontáneamente.

Uno de los chancros sifilíticos del labio superior, existían en el borde libre más próximo á la cara interna que á la externa, y era una pequeña exulceración oval, cubierta de una membrana blanquecina espesa y adherente que no cubría por completo la lesión dejando una aureola roja sangrante, muy estrecha, que la limitaba. Tomado entre los dedos, pulgar é índice, se apreciaba una induración nodular del tamaño de un guisante grueso. El labio se proyectaba hacia adelante en forma de hocico.

El otro chancro sifilítico, también del labio superior, existía en medio del borde libre, de forma completamente circular del tamaño de un céntimo chico que apenas segregaba, cubierto de una costra amarillo-sucia muy delgada, hacia la parte de la piel, y limitada por un reborde blanco del lado de la mucosa. Era, más bien, una exulceración algo pronunciada limitada por un lomo suave, de fondo rojo-oscuro, brillante, lisa, cuando se quitaba la costra, é indolora al tacto. Tomada entre los dedos se percibía una induración gruesa, que no llegaba á la nodular, resistente, limitada á la extensión de la lesión. El labio, también, abultado en forma de hocico.

El chancro sifilítico del labio inferior, no difiere gran cosa de los anteriores. Sus signos físicos eran poco más ó menos los mismos, cuyas diferencias pueden considerarse como esencialmente individuales.

Los caracteres físicos de los chancros anales, apenas si se diferencian de los chancros de la cara interna y orificio del prepucio. En uno de ellos existía una grieta profunda por corresponder esta parte del chancro á un pliegue del ano. Provocaba algunas molestias y dolores á la defecación.

El enfermo del chancro sifilítico del muslo, fué uno de esos casos que por lo raros se hacen interesantes. Me limitaré pues, á copiar lo más interesante de un artículo publicado por aquella época (1).

«La historia de nuestro enfermo, digo en el referido artículo, es sumamente vulgar y sencilla. En los primeros días del mes de marzo 1910, advirtió la presencia, en la cara interna del muslo derecho, de un *grano* que él se figuró ser un *divieso* por tener dos ó tres más en diferentes partes del cuerpo. Pasaron bastantes días sin que nada ocurriera, pero observando que el *grano* tomara caracteres nada comunes, creyó dedicarle su atención y puso una gasa, algodón y venda, después de haberle lavado con una solución de sublimado al 1 por 1000.

Esta cura la conservó durante ocho días, al cabo de los cuales levantó con el fin de renovarla, asombrándose de que no sólo no cicatrizaba la lesión sino que aumentaba de tamaño.

---

(1) F. Domingo.—*Chancro sifilítico del muslo*.—LA CLÍNICA CASTELLANA, año 1910.

Un poco alarmado, con estos sucesos, determinó consultar y lo hizo el 23 de abril del mismo año. Era una úlcera, del tamaño de una moneda de dos céntimos próximamente, circular, cubierta por una costra amarillo-pardusca sucia, poco gruesa, situada en la cara interna, y en su parte media del muslo derecho. La costra desaparecía con facilidad, pero volvía á presentarse en seguida según datos del enfermo.

El día de consulta fué arrancada (1) sin grandes molestias, para ver la superficie ulcerosa que quedó cubierta de sangre: era lisa, limitada por un reborde en forma de lomo, haciendo cuesta sobre la superficie de la piel. Nunca había supurado, ni dolido, aquella lesión que tomada entre los dedos se percibía un endurecimiento cartilaginoso, circunscrito á la úlcera.

Los ganglios de la ingle derecha grandemente abultados; igualmente los crurales, duros, aflegmáticos é indolentes. En el lado izquierdo pléyade inguinal con caracteres específicos.

Todo esto despertó el diagnóstico de chancro sifilítico, que no me atreví á afirmar á falta del examen bacteriológico, pero hice entender al enfermo la probabilidad grande de ser una lesión sifilítica.

Le mandé volver para nuevo examen, con el propósito de buscar, en esta lesión, el treponema pálido, pero volvió pasados veinte días, cuando su chancro estaba cicatrizado completamente. En su lugar quedó una mancha, del mismo

---

(1) El enfermo decía que caía con facilidad, porque por la noche embadurnaba la costra con vaselina y al día siguiente se desprendía.

tamaño de la lesión, de color azul cobrizo limitada por una aureola parda. Todavía existía el endurecimiento cartilaginoso, apreciado la primera vez, y sus ganglios infartados, más voluminosos, acusaban plenamente la naturaleza de la lesión. Ya en este examen se pudieron reconocer los infartos glanglionares de las axilas, los del cuello (sub-maxilares, retro-auriculares y sub-occipitales) que indicaban claramente la invasión general.

Tenía placas mucosas en la garganta, en la lengua (en su punta y cara superior) donde se presentaron en forma de campo segado, que llama Fournier, por lo que ya no había duda alguna de que aquella lesión fué un chancro sifilítico».

— En las demás regiones, los chancros sifilíticos tienen, como en ésta, sus caracteres propios, particularísimos, pero los caracteres comunes son tan manifiestos que no ofrecen mayores dificultades para su diagnóstico, y las que existan, se pueden vencer sin gran trabajo teniendo en cuenta lo que llevamos dicho.

# NUEVOS DATOS

PARA EL

## EMPLEO DE LA PITUITRINA EN OBSTETRICIA

POR EL

**Dr. Pedro Zuloaga**

---

Va á hacer pronto dos años que publiqué mi primer artículo acerca de la pituitrina, y uno que completé su estudio tratando de fijar en 16 conclusiones las indicaciones, contra-indicaciones y el modo de emplearla en obstetricia.

Creí no tener necesidad de volver á ocuparme de tal asunto, pero el incremento que su empleo ha tomado, las repetidas consultas que muy queridos compañeros me dirigen y lo que ilustrados especialistas españoles han publicado recientemente, contrastado todo ello con la experiencia que dan dos años de continuo pensar y obrar, me obligan á molestar quizás de nuevo la atención de mis lectores.

Es indudable que los extractos hipofisarios constituyen un precioso recurso en la práctica diaria de los partos, pero desgraciadamente, no todos los compañeros tuvieron en cuenta al emplearles lo que desde el primer momento dije y repetí más tarde: «*Con los remedios más eficaces deben aquilatarse más las indicaciones...*». Hay quien se ha creído que la pituitrina era la panacea obstétrica, del mismo modo que hay quien piensa aún que la quinina es el remedio de todas las fiebres; y es preciso procurar poner las cosas en su

punto para evitar, en primer lugar, los peligros de su mala administración y, después, el descrédito de tan excelente producto. Después de todo la pituitrina no sirve para otra cosa en obstetricia que para reforzar las contracciones uterinas.

No pretendo con lo dicho criticar á aquellos médicos en cuyas manos fracasó el producto hipofisario; prueba de ello que en mi segundo artículo publiqué yo mismo mis fracasos; lo que persigo ahora es que todos mis compañeros procuren fijar bien las indicaciones antes de hacer uso de tan excelente recurso terapéutico; que antes de emplearlo sepan porqué lo emplean, cómo obra, qué peligros puede ocasionar y manera de remediarlos, para de este modo evitar serios accidentes que á consecuencia de su administración han sobrevenido algunas veces.

Mi querido amigo el ilustrado tocólogo Municipal de Valencia, Dr. Tomás Alcober, en un notable trabajo publicado el día 10 de Febrero último en *La Crónica Médica*, de Valencia y transcrito íntegro más tarde en los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, de Barcelona y en *La Prensa Médica*, de la Habana (1), decía lo siguiente:

—«Sí señor, soy uno de los más fervientes partidarios de este nuevo producto opoterápico y considero como una grande adquisición terapéutica lo que con ello ha realizado la Obstetricia en estos últimos años; lo que pasa es que muchos profesionales sin conocerla bien, sin haberla estudiado experimentalmente, ni haberse apoyado siquiera en la experiencia de los que trabajan, por no haber ni siquiera leído lo publicado recientemente sobre el particular, sin tener, en una palabra, concepto claro de sus *indicaciones*,

---

(1) *La pituitrina como agente eutócico*, por el Dr. Tomás Alcober.

han comenzado á manejarla á *tutti plè*, y naturalmente, no han tardado en fracasar y á desconfiar por ende de la utilidad del fármaco y hasta á censurar á los que con perseverancia seguimos empleándolo, cuando ya afinada un poco más la puntería lo aplicamos siempre que creemos que se debe emplear».

Desgraciadamente es cierto cuanto el Dr. Alcober decía: no escasean los médicos que han creído que con la pituitrina serían posibles todos los partos y podrían resolverse todas las distocias. Esta es la causa, repito, de que crea de alguna utilidad volver de nuevo á insistir sobre el mismo tema.

Y como el hablar otra vez de las indicaciones de los extractos hipofisarios en obstetricia sería repetir lo que en noviembre del año anterior dije, voy á limitarme en el presente artículo á ampliar ligeramente las conclusiones que allí formulé, llamando de paso la atención de mis lectores acerca de las contraindicaciones y de algunos peligros que su defectuosa administración puede ocasionar.

Por lo que á las indicaciones respecta, acepto, además de las que formulé en mi anterior artículo, las dos siguientes del Dr. Alcober: «*Podrá administrarse como coadyuvante cuando haya de realizarse una operación que requiera la fijación y encajamiento de la presentación*»; y «*Por su acción hemostática es conveniente su empleo en las intervenciones por placenta previa*». He podido comprobar la verdad que encierra la primera, en los casos de versión por maniobras externas (1). En cuanto á la segunda, yo creo que dicha

---

(1) Véase mi artículo sobre dicha versión, publicado el 14 de septiembre de este año en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, de Madrid.

indicación en los casos de placenta previa no sólo es debida á la acción hemostática de la pituitrina sino también á la de aceleradora del trabajo, pues en varios casos, sobre todo de placenta previa marginal, después de romper la bolsa amniótica, conseguí con una inyección de pituitrina el encaje inmediato de la presentación, desapareciendo siempre con esta práctica la alarmante hemorragia que se presenta en estos casos.

Discrepo de mi querido amigo el Dr. Alcober, en la conclusión siguiente: «*Precedida de la administración de una poción excitante es capaz de despertar contracciones, de donde se infiere su utilidad para la provocación del parto*». He tenido dos casos en que, á pesar de estar rota la bolsa amniótica, dos inyecciones de pituitrina no fueron suficientes para despertar contracciones capaces de determinar el parto; continuó el embarazo, en un caso más de 15 días, y al final del mismo presentóse el parto espontáneamente.

Tal vez fuese esto debido á que yo no empleé pociones excitantes que creo peligrosas; pero de todos modos sigo pensando que los efectos obstétricos de los extractos hipofisarios son mejores como reforzadores de contracciones uterinas ya existentes, que como provocadores de contracciones nuevas.

Todas las demás conclusiones que establece el ilustrado tocólogo valenciano no discrepan, como él mismo dice, de las que en mi segundo artículo dejé formuladas, que si por ser mías carecían de valor, hoy le tienen grande al ser confirmadas por tan ilustre especialista.

Si importante es el capítulo de las indicaciones de la pituitrina en obstetricia, no lo es menos el de sus contraindicaciones. Ya en la 9.<sup>a</sup> conclusión de mi anterior artículo

indicaba que en los casos de distocia mecánica (gran desproporción de diámetros, presentaciones de tronco, etc.) los extractos hipofisarios están seriamente contraindicados; lo mismo que cuando se teme una rotura uterina. Pero además de estas contraindicaciones absolutas existen otras de gran importancia, acerca de las cuales quiero llamar hoy la atención de mis lectores.

El ilustrado tocólogo madrileño Dr. Martínez Cerecedo, deduce de un reciente trabajo que ha publicado el 6 de septiembre en *El Siglo Médico* (1), las conclusiones siguientes:

«1.<sup>a</sup> *Hay contraindicaciones de origen materno, fetal y anexial. Prescindiendo de ciertos estados cardiacos, renales y pulmonares que pueden contraindicar la pituitrina, «CIERTA EXCITABILIDAD INERVADORA COEXISTENTE CON UNA LIGERA AUTO-INTOXICACIÓN» puede despertar los ataques de eclampsia, si á estas circunstancias se suma una inyección de pituitrina.*

2.<sup>a</sup> *Entre las contraindicaciones anexiales indicaré las circulares alrededor del cuello, diagnosticables algunas veces antes de la expulsión cefálica, como demostraré en otro trabajo sobre este particular, pero que generalmente son desconocidas.*

3.<sup>a</sup> *La dificultad en lo que yo he llamado desencajamiento, ya por ligera desproporción de diámetros pelvi-cefálicos, ya por excesiva resistencia del periné, no retropulsión del coxis (primíparas viejas, etc.), es otra contraindicación, lográndose con el fórceps los mejores éxitos».*

Suscribo la primera, aunque creo que midiendo siempre la tensión arterial con el *oscilómetro-esfigmométrico* del

---

(1) *Cooperación al estudio de las contraindicaciones de la pituitrina*, por el Dr. Martínez Cerecedo.

Profesor Pachon, y no administrando pituitrina en aquellos casos en los que exista hipertensión arterial, puede evitarse el riesgo de la eclampsia de que el Dr. Cerecedo nos habla: hace ya ocho meses que sigo esta práctica con excelente resultado. En cuanto á los casos que él llama de dificultad de desencajamiento, tengo la evidencia de que casi siempre hay que acudir al forceps para resolverlos. No obstante, si coexiste inercia uterina no estará demás administrar medio ó un c. c. de pituitrina, que, si nada eficaz hiciese, ningún mal ocasionaría bien aplicada.

Además de las contraindicaciones citadas son muy dignas de tenerse en cuenta las siguientes:

1.<sup>a</sup> En los casos de estenosis rígida del cuello uterino, sobre todo en primíparas, el empleo de la pituitrina puede determinar graves roturas uterinas, por lo que no debe ser empleada en estos casos.

2.<sup>a</sup> Cuando exista hiperquinesia, y aun cuando sin llegar á este extremo, las contracciones uterinas sean normales, no debe tampoco emplearse, á no ser que otras causas lo exijan y aun entonces midiendo bien las ventajas é inconvenientes de su empleo; pues no debe olvidarse los riesgos, tanto maternos como fetales, que la hiperquinesia puede determinar. De ahí también la importancia de la dosificación del medicamento que nos ocupa, de que en dicho artículo habla el Dr. Cerecedo y que yo fijé en la 5.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup> conclusión de mi segunda publicación acerca de este asunto.

Por cierto, que dicho Dr. Cerecedo, en su ya citado trabajo dice algo que, por haberlo yo también observado y creerlo de importancia, quiero transcribir íntegro: «yo no empezaré jamás con una inyección de toda la ampolla

(se refiere á las de un c. c.) sino solamente con la mitad, tratándose de la procedente de la casa Barroughs, Wellcome; en cambio, de la de Parke, Davis se puede inyectar sin temor una ampolla, por lo que yo he observado».

No quiero terminar estas notas sin llamar la atención de mis lectores acerca de dos accidentes que he visto sobrevenir á consecuencia del empleo de los extractos hipofisarios en obstetricia. De ambos me ocupé hace un año, pero no obstante quiero insistir de nuevo, pues he sabido que, tal vez por el mayor empleo que hoy día se hace de esta medicación, suelen repetirse más de lo debido.

Uno de ellos, el más grave, consiste en que coincidiendo el alumbramiento con la atonía consecutiva al esfuerzo muscular que el útero realiza por efecto de la pituitrina, la matriz no se contrae, ó lo hace irregularmente durante este periodo del parto, produciéndose desprendimientos parciales de placenta vectores de metrorragias gravísimas. Otras veces el alumbramiento se verifica normalmente, pero quedando la matriz atónica, lo que trae como consecuencia graves hemorragias.

No hace mucho tiempo fuí llamado para un caso de esta naturaleza en el que casi milagrosamente conseguí salvar la vida de la madre á fuerza de inyecciones de suero de Hayen, suero-ron, aceite alcanforado, cafeína, etc., y los procedimientos clásicos de masaje uterino, inyecciones de ergotina, etc. Se trataba de una primípara á la que se hizo una inyección de pituitrina hora y media antes del parto; terminó éste con toda felicidad, verificándose el alumbramiento á continuación del parto, pero sobreviniendo inmediatamente una metrorragia tal, que empapando ropas y colchones dejó bajo la cama un charco de sangre.

Hechos análogos me han referido algunos compañeros, por cuya razón creo de gran utilidad volver á repetir lo que en las conclusiones 11.<sup>a</sup> y 12.<sup>a</sup> del artículo que hace un año publiqué, aconsejaba:

«Cuando el alumbramiento se verifica durante el tiempo en que la pituitrina refuerza las contracciones, se presenta espontáneo y á los pocos momentos después de la salida fetal, acompañado de pérdidas muy escasas; lo cual se explica fácilmente, aparte de la contracción uterina que produce, por la que determina en los vasos. Debe tenerse muy presente este dato, para procurar que así ocurra y evitar los riesgos de que se acompañaría el alumbramiento si se presentase durante la atonía consecutiva al empleo de dicho medicamento, en cuyo caso se retardaría ó acompañaría de hemorragias de más ó menos intensidad. Por esta misma razón, cuando fracase la pituitrina y haya necesidad de aplicar el forceps, debe procurar el médico que dicha aplicación no coincida con la atonía consecutiva al empleo de los extractos hipofisarios.

Para evitar esta atonía, después del alumbramiento, debe darse siempre á la parida medio gramo de cornezuelo de centeno ó alguno de sus derivados».

La práctica que yo sigo en estos casos es la siguiente: siempre que observe que el parto ó alumbramiento va á efectuarse á la hora y media ó dos horas después de administrar la pituitrina, y lo mismo cuando me veo precisado á aplicar el forceps en estas circunstancias, pongo otro medio c. c. de pituitrina, para que el alumbramiento se verifique siempre bajo la acción de dicho medicamento, y una vez expulsada la placenta, doy medio gramo de cornezuelo de centeno. Con esta práctica no he visto jamás

presentarse metrorragias y **nunca he visto nacer niños muertos.**

Es más; en dos ocasiones me he valido de la pituitrina como medio profiláctico de las metrorragias del alumbramiento. Se trataba en ambos de mujeres que en *todos sus partos* habían presentado dichas metrorragias por desprendimientos parciales de placentas, no sé si debidos á irregularidad de la contracción uterina ó si á adherencias placentarias anormales: en una de ellas, seguramente á esto último, pues asistida por mí tres veces, en todas las tres, al presentarse la metrorragia y hacer el desprendimiento manual de la placenta, pude apreciar dichas anormales adherencias.

Pues bien, en su último parto pensé que tal vez, reforzando las contracciones uterinas por medio del extracto hipofisario, consiguiese hacer á dichas contracciones lo suficientemente enérgicas para por sí mismas romper tales adherencias y provocar el total desprendimiento placentario. Y, en efecto, en pleno periodo de expulsión fetal, puse á la parturiente medio centímetro cúbico de pituitrina Parke, Davis, y á la expulsión fetal, que fué inmediata, siguió el de la placenta, sin apenas pérdidas hemorrágicas. Lo mismo ocurrió en el otro caso.

¿Habrá sucedido lo que pensé ó es que en estos últimos casos no hubo dichas adherencias? No lo sé, pero el hecho es que las cosas sucedieron como yo me imaginé.

Otro accidente casi tan alarmante como el precedente, aunque de menos gravedad, es el que suele presentarse generalmente cuando se emplean dosis excesivas. Yo no lo he presenciado más que una vez, que administré tres c. c. en un espacio de tiempo de dos horas y media. Dicho caso quedó relatado en el artículo antes dicho; véase el tercer fracaso

que allí refiero. Se trata indudablemente de fenómenos de isquemia bulbar: pulso lento, cara cianótica, enfriamiento de las extremidades, escalofríos á veces, y movimientos convulsivos de las extremidades y aun de la cabeza. El cuadro puede confundirse con un síncope cardiaco; sólo el pulso lento y tenso es el que aclara el diagnóstico. Suele durar unas dos horas y á veces más, según me ha referido algún compañero; y como medios para combatirlo nada mejor que caloríferos, bebidas calientes y, si es caso, nitrito de amilo.

Aunque este accidente, si bien muy alarmante, carece de importancia, debemos procurar evitarle, y nada más fácil: es cuestión de dosis. Teniendo en cuenta lo que en la 6.<sup>a</sup> conclusión de mi segundo artículo dejé dicho, podemos tener la seguridad de no presenciario. Por lo menos, yo no lo he vuelto á ver, y los casos que de referencia conozco han sido debidos siempre á un exagerado abuso de pituitrina; bien dando mucha cantidad en poco tiempo, ó bien repitiendo demasiado las inyecciones.

Esto es todo cuanto hoy día tengo que añadir á lo dicho anteriormente sobre el empleo de los extractos hipofisarios en obstetricia.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
DE LA  
**MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL**  
POR EL  
**Dr. D. Antonio M. y Romón**

---

(CONCLUSIÓN) (1).

Siempre que se sospeche la posibilidad de una meningitis cerebro-espinal, se impone la punción lumbar y el análisis del líquido encéfalo-raquídeo. Este es casi siempre turbio ó purulento y contiene por lo general abundantes meningococos; á veces, sin embargo, son éstos muy raros y el líquido purulento; precisa entonces paciencia en la observación y si preciso fuera, medios de cultivo en buenas condiciones para ponerlos en evidencia. En las primeras veinticuatro horas de la enfermedad, el líquido es transparente y no contiene más que leucocitos mononucleados; mas después ya es fácil descubrir la abundancia de los gérmenes.

Las dificultades diagnósticas aparecen en algunos casos de curso prolongado y evolución remisa en que surge la sospecha de una meningitis tuberculosa; los medios diferenciales (precipito-reacción de Vincent y Bellot, poder de

---

(1) Véase nuestro número del mes de julio último.

aglutinación, desviación del complemento é investigación del índice opsónico), no ofrecen aún por desgracia un valor positivo y práctico. Preciso será entonces si las presunciones clínicas van en favor de la meningitis cerebro-espinal, proceder como si ésta existiese y buscar con perseverancia el germen microbiano que es hasta ahora la única prueba decisiva del laboratorio.

Por lo que á los principios generales de terapéutica se refiere, están los clínicos en general convencidos del positivo valor de la sueroterapia. Los sueros antimeningocócicos han dado resultados tan satisfactorios, que nadie duda hoy de la eficacia de la terapéutica específica con la cual, la cifra de mortalidad que era de un 70 á 90 por 100, ha descendido á un 20 ó 30 por 100. Además las meningitis cerebro-espinales tratadas por el suero, evolucionan más rápida y francamente, la convalecencia es más breve y las complicaciones más raras; á veces, sin embargo, éstas se observan del propio modo que trastornos definitivos, lo cual es atribuible á la aparición de lesiones irreparables antes de que el diagnóstico se haya hecho y por tanto aplicado el remedio. Así se ha podido observar la destrucción del laberinto y una alteración profunda de los tractus ópticos. Esta consideración aboga en favor de los médicos que no vacilan en tratar prontamente toda meningitis cerebro-espinal aunque sea sólo supuesta.

Algunas complicaciones como la hidrocefalia que se observan en formas lentas, son debidas á lesiones de las meninges que determinan grandes adherencias (tabicamiento sínfisis) que impiden la acción eficaz del suero inyectado en los espacios subaragnoideos de la región lumbar; esta consideración conduce á modificar en algunos casos el modo de

aplicación del suero y la terapéutica corriente de la meningitis cerebro-espinal.

Examinemos las reglas generales de la terapéutica antimeningocócica.

**El suero antimeningocócico debe ser inyectado en el canal raquídeo.**

La inyección subcutánea conforme se ha comprobado muchas veces, carece de favorable acción sobre la marcha de la enfermedad.

Antes de la inyección es preciso evacuar por la misma cánula una cantidad de líquido variable según la presión á que salga ó que pueda obtenerse por una aspiración suave; pueden obtenerse sin inconveniente hasta 100 ó 150 centímetros cúbicos de líquido céfalo-raquídeo purulento. Cuando el líquido por ser muy denso sale difícilmente á través de la aguja de punción, es preciso valerse de artificios para sacar la mayor cantidad posible. Si ésta fuera muy escasa puede inyectarse una cantidad de suero superior á la extraída con gran lentitud y cuidado hasta *sentir una resistencia un poco fuerte*, sensación difícil de explicar y que sólo la práctica enseña á conocer.

Por regla general la cantidad de suero que se inyecte debe ser alta de 20 á 30 centímetros cúbicos en los niños pequeños. En los casos graves se puede llegar á 40 y aun 60 centímetros cúbicos.

El enfermo debe estar echado durante la salida del líquido; si por mayor facilidad en la punción se le hubiera hecho ésta en actitud sentada, se le echará con cuidado á partir del momento en que empiece á salir el líquido. Para

favorecer la acción de éste sobre las meninges craneales, se colocará el enfermo después de practicada la inyección con la cabeza muy declive lo cual se logra elevando 20 á 40 centímetros las nalgas del enfermo. Después se extiende éste sobre el plano de la cama elevando las pies de ésta unos 30 centímetros con objeto de permanecer en esta posición inclinado algunas horas después de la inyección.

Es preciso durante el tiempo de la punción lumbar, evacuación del líquido encéfalo-raquídeo é inyección del suero, mantener al enfermo fijo por ayudantes que le sujeten con dulzura y firmeza, pues la inyección puede ser dolorosa á pesar de todas las precauciones. A veces la inquietud y rebeldía de los enfermos es tal, que se hace precisa la inyección previa de un cuarto á un centígramo de morfina. Sólo en casos excepcionales se ha recurrido á la anestesia clorofórmica.

Desde el momento en que clínicamente se sospeche la existencia de la meningitis cerebro-espinal *debe hacerse sistemáticamente la inyección intra-raquídea del suero*. No importa que el líquido encéfalo-raquídeo sea transparente; si éste fuera turbio ó purulento la inyección será mayor; gran parte el éxito ulterior se debe al tratamiento activo que aconseja inyectar lo más pronto posible.

El examen bacteriológico es indispensable sino para la primera inyección, para la continuación del tratamiento, pues será el guía que en unión de los hechos clínicos determinará la cantidad y la frecuencia de las inyecciones que hayamos de poner en el curso del tratamiento.

Basándome en estos principios, informé la terapéutica del siguiente interesantísimo caso de meningitis cerebro-espinal sometido á mi observación personal en los meses de enero y febrero últimos.

J. M. C., niño de once años, robusto y fuerte, alumno del Colegio de San José, pasó con sus padres las vacaciones de Navidad en el pueblo y regresa al Colegio el 7 de enero. Tardíamente supe que aquel mismo día había fallecido un hermanito suyo de pocos meses á consecuencia de meningitis cerebro-espinal, lo que naturalmente, me privó de colocarme al principio en la pista del diagnóstico.

En el niño observé desde el día siguiente fiebre alta, intenso dolor de cabeza, tendencia al vómito y repugnancia á la alimentación. Obtuve el dato de que al salir del pueblo había almorzado fuerte y que comió durante el viaje gran cantidad de almendras; le administré ochenta centigramos de calomelanos y logrado su efecto remitió la fiebre y la cefalalgia, mejorando el estado general. A pesar de seguir después un régimen oportuno, no era total la reposición como si de una simple indigestión se tratase.

Persistían trazas de infección gastro-intestinal y por ello me limité á la dieta de líquidos desinfección de cavidades é irrigaciones intestinales. La cefalalgia persistía y al cabo de cinco días apareció rigidez de la nuca y ligero opistótonos; mayor cefalalgia y fotofobia; faltaban el signo de Kernig y las convulsiones pero los nuevos síntomas y la marcha progresiva del mal decidieron se advirtiese de mis temores á la familia. Posteriormente, no sólo aumentaron estos síntomas, sino que apareció la raquialgia fotofobia, el signo de Kernig y convulsiones clónicas á intervalos, en los territorios del facial y del hipogloso.

Decidida la punción lumbar, obtuve treinta centímetros cúbicos de un líquido encéfalo-raquídeo enturbiado ligeramente que salió á bastante presión. Con la descompresión obtenida mejoraron notablemente todos los síntomas y descubierto por el examen microscópico el meningococo de Weishelbaum, inyecté al siguiente día (21 de enero) una ampolla de 20 centímetros cúbicos del suero antimeningocócico que prepara la casa de Merck, previa extracción de otros 30 del líquido encéfalo-raquídeo. Se inició una marcada mejoría en aquella semana, mas observando al fin de la misma recrudescimiento de los pasados síntomas y no habiendo llegado de Alemania más suero de Merck, repetí la inyección con el suero preparado en el Instituto de Alfonso XIII; también esta vez remitieron los síntomas, mas observando en el niño gran depresión circulatoria, hube de entonar la fibra cardíaca que desfallecía, mediante la digalena cuyo resultado fué excelente.

comprobando con ello el método genovés de administrar la digital de un modo sostenido en la enfermedad que nos ocupa. Otra recaída se inició con gran cefalalgia é insomnio y tal estado de inquietud nocturna, que fué preciso la inyección de morfina con esparteina para obtener tranquilidad y sueño. Como los síntomas no remitieran, el 3 de febrero se repitió la inyección como la vez anterior y se inició también la mejoría subsiguiente (1).

En este periodo de calma relativa continuamos diez días al cabo de los cuales y al apuntar otra recaída, se repitió la inyección de otra ampolla de 20 centímetros cúbicos del suero antimeningocócico de Merck como la vez primera. El efecto de esta inyección fué tremendo; subió considerablemente la temperatura la inquietud fué extraordinaria y la cefalalgia tan violenta que obligaba á gritar al enfermo. Estos accidentes les atribuí al tratamiento seroterápico y no á una agudización del mal puesto que el examen demostró la reducción del meningococo. Se combatió esta situación con extensas afusiones frías, morfina y digalena y á las cuatro horas todo había desaparecido. La mejoría subsiguiente fué más acentuada y sobre todo definitiva, pues desaparecieron todos los síntomas de reacción local, la fiebre y la inquietud. Sucedió un sueño reparador y profundo y un apetito que moderadamente dirigido, abreviaron esta fase inicial de una segura convalecencia. El niño se levantó el 1.º de marzo y pocos días después salió de paseo en coche antes de trasladarle á su casa para asegurar su total reposición.

Del estudio clínico de estos casos se deduce ante todo la eficacia del tratamiento sistemático por la inyección intrarraqúidea del suero antimeningocócico. Es preciso tener en cuenta algunos accidentes que éste provoca de ellos los más leves son las erupciones, las artropatías y la fiebre

---

(1) Estas fases que la observación clínica demostraba en las mejorías y recaídas del enfermo, tenían siempre su comprobación en el Laboratorio biológico del Colegio donde el sabio naturalista y habilísimo micrógrafo P. Valderrábano iba deduciendo en las diferentes series de preparaciones la progresiva reducción del número de meningococos y los detalles que en su estructura y biología revela el examen ultramicroscópico.

serotóxica que no ofrecen ninguna gravedad y de todos son conocidos.

Como accidentes más graves figuran la reacción meníngea intensa que en el curso del tratamiento seroterápico puede aparecer y que observamos en nuestro caso: el examen del líquido encéfalo-raquídeo ó la coincidencia con alguna erupción ó artropatía establecerá la distinción.

Otro accidente más grave es un colapso sincopal que puede conducir á la muerte y que aparece en el momento de la inyección del suero; accidente raro, que se presta á diferentes consideraciones patogénicas, pero que no excluye la terapéutica específica.

No debemos descuidar aquellas medicaciones complementarias cuya oportunidad es de gran importancia como los baños prolongados y calientes (39° ó 40° durante media hora, repetidos tres veces al día). En otros casos afusiones frías y el empleo especial los tónicos cardiacos y sedantes según los casos. En la convalecencia los tónicos generales (quina arsénico, fósforo, hierro), podrán prestar grandes servicios.

En algunas circunstancias sobre todo en los casos prolongados y en el niño de pecho puede llegar á ser imposible ó ineficaz la inyección intra-raquídea del suero; entonces se puede apelar á la inyección intra-ventricular que en algunos casos ha ido seguida de éxito. Esta pequeña operación es fácil de practicar en el niño de pecho; parece no ofrecer peligros y alguna vez ha sido seguida de éxito.

En el niño mayor y en el adulto será preciso practicar en condiciones análogas una trépano-punción ó hasta una cranicetomía descompresiva siempre que los fenómenos de

infección meníngea estén mitigados y persistan evidentes cuantos dependan de la hipertensión intra-craneal.

Finalmente desde el punto de vista de la higiene social, deben tomarse con estos enfermos las precauciones generales de aislamiento y desinfección. La investigación sistemática de la rinofarinx en cuantos rodeen al enfermo para aislar á los posibles portadores del mismo, á pesar de su aparente importancia, es una medida de higiene que en la meningitis cerebro-espinal es de aplicación difícil y de una utilidad práctica muy discutible.

# REVISTA DE REVISTAS

---

## DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

**De la patogenia del psoriasis.—Importancia de la noción de dialisis en dermatologia,** por el Dr. Arturo Leroy. (*Paris Médical*, 11 octubre de 1913).

En el presente trabajo, dice el autor, se pretende conceder un papel de dializador á la película sub-mucosa del psoriasis descubierta por Duncan-Bulkley. Es sencillamente el signo de Auspitz, patognómico en el diagnóstico del psoriasis, que Brocq le descubre quitando suavemente las costras, raspando con una cucharilla á propósito, ó con la uña, llamándola por esto signo del *arañazo*; después de la última escama, aparece una superficie roja, lisa y luciente, que es precisamente la película á la que M. Leroy va á concederle el papel de dializador, por analogía al experimento de Abderhalden para el diagnóstico del embarazo.

Desde el momento que se admite la existencia de esta película, dice el autor, es necesario de todo punto atribuirle un papel dializante; colocada en un medio hinchado de líquidos orgánicos funciona como tal; por mínimas que sean las capas de serosidad que separe, desde luego contienen una cantidad diferente de sales y materiales orgánicos; la tensión osmótica actúa siendo capaz de hacer subir el mercurio en la cédula de Pfeiffer; por lo que en el límite superior del cuerpo mucoso de Malpighi (punto de asiento de la película) se verifica un trabajo sometido á la gran ley física de Van'tHoff que los dermatólogos se han olvidado de investigar en la piel enferma.

Hace un estudio sucinto de los líquidos que á través de esta película se ceden materiales orgánicos, para creerse fundamentado lo suficiente en abandonar la pista microbiana del psoriasis

así como de las enfermedades más ó menos relacionadas con ella, y aceptar la antigua doctrina de «los humores pecantes».

Aborda el problema con el psoriasis el articulista á título de ejemplo y dice:

Observemos desde luego que el psoriasis no se aísla tanto, como pudiera creerse de sus grupos vecinos: *eczemas*, *pitiriasis*, *seborreas*, cuya patogenia queda sospechada, á la cual consideran, desde luego mal admitido, de origen bacteriano, lo cual debe ponernos en guardia.

Hace unas consideraciones para explicar en virtud del funcionamiento de esta película, las variedades costrosas de psoriasis; después estudia el asunto clínicamente para fundamentar la variedad de causas del psoriasis sin que intervenga para nada la teoría bacteriana; y por último se entrega al estudio de la anatomía patológica de la lesión, para fundamentar con los mismos argumentos que sostienen la teoría bacteriana del psoriasis, la teoría de los humores pecantes.

Y dice por último: «Si se puede establecer una patogenia humoral del psoriasis es más difícil afirmar con decisión á cuál de las glándulas vasculares se la debe de incriminar como culpable. Se puede desde luego determinar en primera línea al cuerpo tiroides, presentando como prueba positiva la autopsia hecha por Sargent y referida en la tesis de su alumno Mesnard (se trata de un psoriásico en el cual no se pudo descubrir, después de un examen muy minucioso, más lesión que la atrofia del cuerpo tiroides). Se puede discutir sobre la existencia concomitante en los jóvenes (una vez sobre diez) de un reumatismo nudoso, cuyas relaciones con una alteración tiroidea están actualmente bien establecidas por la terapéutica. El tratamiento por el extracto tiroideo, manejados á dosis infinitesimales, tiende á dar resultados sobre la lesión cutánea (1). En fin, es un fenómeno recientemente estudiado, aunque no esté confirmado en todos sus puntos, que debe orientar las investigaciones hacia las influencias recíprocas de las glándulas vasculares; la propiedad, señalada por Sommer-Ehrmann, del suero psoriásico de mantener en miosis el ojo de la rana

---

(1) A propósito de esta terapéutica, dice Brocq: El cuerpo tiroides en estado fresco y el extracto tiroideo, han sido dados á los psoriásicos con resultados muy diversos: en algunos casos rebeldes hemos tenido éxitos notables con esta medicación; sin embargo, dice el autor, *nosotros no lo aconsejamos porque es perjudicial.*

después de la enucleación. Y en virtud de este principio pasa revista, á ver cómo se determina el humor pecante, si no es por su glándula predilecta, el cuerpo tiroideo, por otra cuyo funcionamiento esté alterado.

**Ezcema-reacción de defensa.—Importancia de esta noción patogénica en nosografía y terapéutica** (1), por H. Gougerot, (*Journal des Praticiens*, 19 de julio 1913).

Entre todas las discusiones corrientes sobre la interpretación patogénica del eccema, el autor apoyándose en los trabajos de sus compatriotas franceses, Gaucher, Brocq, Darier y Sabouraud, quiere fijar una nueva orientación y dice: El estudio de los hechos nos ha permitido comprobar muchas concepciones antiguas y añadir á la obra de nuestros antecesores una hipótesis patogénica nueva; el *eccema como reacción de defensa* contra una irritación;—*reacción epidermo-dérmica inflamatoria* provocada casi siempre por una intoxicación exógena ó endógena, ó dicho de otra manera por la presencia de un cuerpo tóxico en la piel;—caracterizado sobre todo por un *edema epidermo-dérmico que sirve para diluir el tóxico* á fin de que sea menos nocivo;—reacción que se produce gracias á una predisposición de la piel, gracias á una *fragilidad especial*, consistente en una suerte de *porosidad del epidermis que se deja «traspasar» por los tóxicos*.

Esta noción patogénica, que es toda la idea original del autor, dice, que hará comprender mejor los hechos y sobre todo que permitirá resolver la mayor parte de las dificultades de interpretación.

**Patogenia de la lesión eccema.**—Las características clínicas é histológicas del eccema son, para todos los autores, la vesícula y la reacción inflamatoria. Con tres *hechos* clínicos pone de manifiesto el autor estas características.

En el primero defiende que la reacción inflamatoria es evidente y comparable á las inflamaciones asépticas las quemaduras y los irritantes químicos tales como la terebentina: por el segundo, defiende que el *edema* es uno de los elementos primordiales de la reacción eccemática, que existe desde el principio y cuya significación es idéntica á la atribuida en general al edema. «El edema

---

(1) Conferencias hechas en la Clínica de enfermedades cutáneas y sifilíticas del Hospital de Saint Louis (Servicio del profesor Gaucher) recogidas por A. F.

de los núcleos infecciosos lleva sustancias anti-tóxicas, y sobre todo diluye las toxinas microbianas, los desechos celulares. Ambard ha emitido la hipótesis de que la retención clorurada de los brígticos demostrada por Vidal, Lemierre y Javal, era secundaria á la retención de las sustancias tóxicas que ya no se eliminan por los riñones; los desechos tóxicos que se vierten en los tejidos para desembarazar á la sangre (Achard et Loeper), atraerían el agua clorurada del edema para diluir estos tóxicos y hacerlos menos nocivos para los tejidos. La misma hipótesis puede aplicarse para el edema epidérmico, dérmico, y á veces hipodérmico del eccema: un cuerpo tóxico procedente del interior (eccema diatésico), ó del exterior (eccema de los cementerios) irrita la piel; la serosidad, esto es, el agua clorurada, afluye para diluir este cuerpo tóxico, por lo cual considera la reacción inflamatoria y la vesiculación como reacciones de defensa del organismo; y por último en el tercer caso, pone de manifiesto el factor indispensable para el eccema, *el terreno eccematizable*.

— Estudia á continuación la patogenia del eccema de causa externa en la que defiende el terreno, y la patogenia del eccema de causa interna en la que encuentra, una tara, una diatesis, ó un elemento capaz de intoxicar el organismo, y que ha de ser eliminado por la piel, que al estar *debilitada*, forzosamente se establecerá la epidermo-dermitis edematosa del eccema, por el mecanismo anteriormente citado. Explica las metastasis del eccema, apareciendo bajo la forma de catarros bronco-pulmonares, etc, etc.

A continuación expone la identidad clínica, histológica y patogénica del eccema de causa interna y externa, presentando la unidad de la enfermedad.

Hace un estudio detallado de las relaciones del eccema con otras dermatosis, las microbianas, considerando en el eccema la infección como secundaria; con las dermitis artificiales que nunca llegan á eccemas aunque se pueda considerar también como una reacción de defensa; con los prurigos y pruritos en las que la diferencia está en la reacción diferente del terreno, ante una patogenia del mismo orden; terminando por un estudio sucinto de la asociación del eccema á las dermatosis llamadas eccemas seborreicos.

En otro capítulo se dedica á defender el terreno eccematizable, la noción de fragilidad y de porosidad cutánea, cuyos argumentos han venido expuestos en los capítulos precedentes y citados; llega á la conclusión nosográfica, considerando al eccema como reacción

de defensa, y á la conclusión terapéutica para defender que no debe hacerse nunca un tratamiento local, y que en éste hay que ajustarse á estas tres reglas, fundadas en las tres fases del eccema que acepta el autor:

- 1.º Tratamiento del principio antiflogístico, por pulverizaciones y curas húmedas.
- 2.º Tratamiento del periodo intermedio por cuerpos inertes (1).
- 3.º Tratamiento del periodo terminal por los reductores.

F. DOMINGO

## FARMACOLOGIA

**Neubornival.**—Eter isovalerilglicólico del borneol que se prepara por la acción del éter cloro-acético del borneol sobre las sales del ácido valeriánico: Líquido oleoso, insoluble en el agua, miscible con los disolventes orgánicos y relativamente estable bajo la acción de los ácidos, resistiendo la de un jugo gástrico artificial á 37º, es solamente transformado en sus constituyentes, borneol y ácidos glicólico y valeriánico al nivel del intestino.

Se le administra bajo forma de cápsulas gelatinosas contra las afeciones nerviosas.

**Fobrol.**—Solución de clorometacresol en alcohol de 70º ó alcohol-acetona. Desinfectante rápido para las manos y campos operatorios. La solución alcohólica es inodora.

**Terpacido.**—Isómero del alcanfor que resulta del alcohol fenilílico. Líquido móvil de olor alcanforado y sabor amargo quemante.

Se le propone como sucedáneo del alcanfor, sobre el que ofrece la ventaja de permanecer líquido á la temperatura ordinaria y ser soluble en los aceites. Es empleado en fricciones en el reumatismo, gota y neuralgias.

**Cymarina.**—Principio activo aislado al estado cristalino del *apocignum cannabinum indicum* y que según Schubert debe seriarse al lado de la digital como tónico cárdico. Es administrado por vía digestiva bajo forma de grajeas ó en inyecciones intramusculares ó intravenosas.

DOMENECH

---

(1) Polvos y pastas, que obren exclusivamente por su acción física, es á lo que debe referirse el autor.

## MEDICINA Y CIRUGIA

**El cultivo del microorganismo de la poliomiелitis epidémica,**  
por S. Flexner y H. Noguchi. (*Berliner Klin. Woch.* n.º 37, se-  
tiembre de 1913).

Las investigaciones encaminadas á descubrir y cultivar el microorganismo de la poliomiелitis infantil han adquirido un gran impulso, basándose en los trabajos hechos para el cultivo del treponema por Noguchi. Este autor ha utilizado para sus métodos de cultivo el tejido nervioso de enfermos muertos de poliomiелitis, ó de monos inoculados experimentalmente de esta enfermedad.

En un principio se recogió el material de experimentación durante la epidemia sufrida por los estados orientales de la Unión Americana del Norte, y se conservaron en la heladora en solución esterilizada de glicerina al 50 por 100. Más tarde practicando autopsias, lo más pronto posible, en enfermos fallecidos en el hospital del Instituto Rockefeller y en monos infectados.

El medio de cultivo es el líquido ascítico. En los tubos se pone un trozo fresco esterilizado de riñón de conejo; se añade un poco de cerebro fresco ó conservado ó bien una porción pequeña de emulsión. 15 cm<sup>3</sup> de líquido de ascitis son aislados por 4 cm<sup>3</sup> de aceite de parafina. Los tubos testigos varían naturalmente en sus condiciones. Una parte de los tubos se pone en incubación en aparato de anaerobios; todos se colocan en la estufa á 37º, desechando los que al cabo de 48 horas producen gases ó estan turbios.

Después de cinco días de permanencia en la estufa los tubos de tejido poliomiелítico presentan en el fondo una opalescencia ligera que se reparte por todo el líquido, cuando se le agita. Esta opalescencia es más clara en la inmediación del tejido nervioso, aumenta en los días siguientes y llega á la parte superior, haciéndose difusa. A los doce días se aclara.

Al ultramicroscopio se ven, entre numerosos gránulos de proteína, corpúsculos redondeados, que se presentan por parejas, por cadenas cortas ó por aglomeraciones; carecen de movimientos propios y son coloreables por el Gram y por el Giemsa.

Con estos cultivos se han hecho dos series de experimentos: en una, inoculación con los procedentes del tejido nervioso del mono; en otra con cultivos de origen humano.

Las inoculaciones se hicieron en la sustancia cerebral, en el nervio ciático y en el peritoneo. En todas las experiencias se han visto sobrevenir los síntomas clásicos y las lesiones anatómicas características de la poliomielitis. El plazo de aparición de la enfermedad ha variado de 48 horas á unas semanas después de la inoculación.

**La reacción de la luetina (cuti-reacción de la sífilis)**, por Hideyo Noguchi (*La Presse Medicale*, 17 de setiembre de 1913).

La cuti-reacción de Pirquet, así como todas las reacciones basadas en los principios de anafilaxia, no fueron posibles hasta que los organismos infectantes, se obtuvieron en cultivos puros. Por eso la reacción de la luetina no ha podido ser implantada hasta no haber conseguido cultivos puros del *treponema pálido*, objeto perseguido y alcanzado por el autor.

Después de indicar someramente la manera de preparar la luetina describe la técnica de la reacción de la manera siguiente:

La inyección de luetina (diluida, en el momento de emplearla, en cantidad igual de suero artificial esterilizado) se hace en el dermis de la piel del brazo derecho; siendo la cantidad inyectada de 0,07 c.<sup>3</sup> para un adulto y de 0,05 c.<sup>3</sup> para un niño. Inmediatamente se ve aparecer una pequeña pápula blanquecina que persiste durante unos diez minutos.

La inyección determina una reacción negativa ó una reacción positiva.

Cuando la reacción es *negativa* se comprueba en el sitio de la picadura, después de veinticuatro horas un ligero eritema que al cabo de cuarenta y ocho ha desaparecido. A veces después de las veinticuatro horas, se aprecia una pápula claramente levantada, indurada, rodeada de una zona eritematosa más ó menos intensa; esta pápula sufre una regresión lenta y desaparece al cabo de cinco días, no dejando como residuo más que una pigmentación ligera. Trátase de una irritación vulgar producida por la inyección de una sustancia extraña, y es preciso no confundirla con una reacción positiva.

La reacción *positiva* puede presentarse en tres formas: la papulosa, la pustulosa y la tórpida.

La forma *papulosa* se manifiesta veinticuatro ó cuarenta y ocho horas después de la inyección por una pápula roja, indurada,

levantada, de una dimensión de 7 á 10 mm. de diámetro. A veces esta pápula está rodeada de una zona eritematosa que, en ciertos casos, reviste un aspecto ligeramente edematoso. Este elemento papuloso aumenta progresivamente durante los dos ó tres primeros días, se vuelve rojo oscuro ó azulado, después disminuye gradualmente y acaba por desaparecer completamente en siete á diez días; persistiendo durante dos ó tres semanas en algunos casos.

La forma *pustulosa* reviste, en su primer estadio, el aspecto de una pápula indurada como en el tipo precedente; después, al cabo de cuatro ó cinco días se ven aparecer sobre la pápula pequeñas vesículas, notándose un principio, de reblandecimiento en el centro. Se forma pronto una pústula que contiene un líquido semiopaco al principio, después francamente purulento. El sujeto acusa, en ocasiones un prurito más ó menos intenso.

La pústula se rompe ya espontáneamente ya á causa del rozamiento de los vestidos; se forma una costra escamosa que cae al cabo de algunos días; la induración disminuye, quedando á veces una pigmentación que dura varios meses. En ciertos casos la pústula no se abre, notándose una masa central fluctuante que se reabsorbe.

La forma *tórpida* se caracteriza por la lentitud en la aparición del elemento típico: el sitio de la picadura se decolora al cabo de tres ó cuatro días; se piensa que no hay reacción, pero bruscamente, á veces dos ó tres semanas después de la inyección, aparece un elemento, casi siempre pustuloso, que evoluciona como la forma pustulosa.

La reacción de la luetina no resuena en el estado general; sin embargo alguna vez puede notarse una pequeña elevación de temperatura que sube á 38 y una ligera cefalea de corta duración.

De una manera resumida puede decirse que la reacción de la luetina es prácticamente negativa, ó muy ligera, en las personas que presentan accidentes sífilíticos primarios ó secundarios, en tanto que es siempre positiva en los casos crónicos ó latentes. En la sífilis hereditaria la reacción es casi siempre positiva.

En los casos de afección sífilítica que atacan al sistema nervioso, bajo el tipo cerebro-espinal, la reacción es inconstante, siendo, según la experiencia del autor, positiva en la mitad próximamente de estos casos.

En la *tabes* la reacción es igualmente irregular.

Entre los casos de parálisis general ha encontrado el autor dos tipos diferentes; los que reaccionan positivamente y los

que no dan ninguna reacción. Esta falta de reacción se observa en las parálisis generales en que el proceso sífilítico está en evolución, como lo demuestra la presencia de numerosos treponemas pálidos. Es un signo ligero de alergia de la piel y puede ser referido á una sobresaturación de la economía por los antígenos producidos en el sistema nervioso central; pudiendo compararse este estado á la desaparición de la alergia cutánea en los casos de tuberculosis avanzadas.

Es interesante hacer notar que en un sífilítico puede faltar la reacción de la luetina cuando la de Wassermann es fuertemente positiva y en cambio en las sífilis terciarias y en las hereditarias las dos reacciones pueden existir al mismo tiempo.

En los sífilíticos sometidos á un tratamiento enérgico disminuye gradualmente la reacción de Wassermann y acaba por desaparecer, y por el contrario la de la luetina, que puede faltar ó ser muy ligera al principio del tratamiento, se hace más intensa cuando la de Wassermann ha desaparecido.

De lo expuesto se deduce que la reacción de la luetina posee una significación limitada pero muy importante no solamente para el diagnóstico, sino también para el pronóstico. Si, por ejemplo, se considera un enfermo que ha contraído la sífilis y que ha sufrido un tratamiento enérgico, podrá suceder que no presente ningún síntoma ni reacción de Wassermann, en cuyo caso admitiremos ó que está curado ó que es un sífilítico latente; pero si este enfermo reacciona positivamente por la luetina podemos clasificarle como sífilítico latente, á pesar de la ausencia de todos los demás signos. Una reacción de la luetina negativa en casos crónicos de sífilis con síntomas graves y reacción de Wassermann, indica un pronóstico desfavorable. Esto es lo que frecuentemente ocurre en sujetos atacados de parálisis general.

**La prueba de la dilatación en la apendicitis crónica,** por W. A. Bastedo. (*St Luke's Hospital medical and surgical Reports* tomo III).

Todos los médicos conocen por experiencia propia las dificultades que, en ocasiones, rodean al diagnóstico de la apendicitis. Rovsing hizo conocer hace tiempo un procedimiento para confirmar la sospecha de esta enfermedad, consistente en rechazar hacia el ciego los gases contenidos en el colon iliaco y descendente; pero

este signo es más infiel de lo que en un principio se creyó. Basándose en el mismo principio, el autor ha utilizado un método que, según él, sólo ha dado lugar á cuatro ó cinco errores en varias centenas de casos, y que consiste en la distensión del intestino grueso.

Para ello se introduce por el ano una sonda rectal, unos 20 á 25 cms., y por medio de una pera de goma se insufla aire en el intestino; si durante el tiempo en que éste se halla dilatado aparecen la sensibilidad y el dolor en el punto de Mac Burney, es señal de que existe una apendicitis. Además cuando el colon y el ciego están moderadamente llenos de gases puede llegarse á provocar el signo de Rovsing. Antes de retirar la sonda rectal es preciso dejar salir la mayor cantidad posible de aire insuflado, porque de no hacerlo se producen dolores cólicos.

El procedimiento está contraindicado en los casos agudos y es inútil en los crónicos manifiestos; pero se debe recurrir á él en todas las ocasiones en que existan trastornos digestivos ó abdominales persistentes de causa desconocida y, en general, siempre que pueda sospecharse, aunque sea remotamente, la existencia de una apendicitis. En ciertas ocasiones el dolor no puede ser provocado en el punto de Mac Burney más que por una palpación profunda; en otras se encuentran puntos dolorosos en diversos puntos del abdomen; pues bien, la dilatación del colon hace desaparecer, en estos casos, todos los puntos dolorosos á excepción del de Mac Burney, que aumenta de intensidad. En algunos casos de hiperclorhidria ó de dispepsia ácida se descubrirá, por este medio, una apendicitis latente. También se recurrirá á él en las afecciones pelvianas. Muchas veces, en las salpingitis crónicas y en los quistes del ovario del lado derecho se provocan dolores, pero menos intensos, en punto más bajo del abdomen y extendiéndose más hacia la línea media. Asociado este método al tacto vaginal permite afirmar la existencia ó no de una apendicitis unidas á las lesiones genitales.

Desde hace cuatro años que el autor utiliza este signo, no ha visto un caso en que, siendo positivo, se hayá encontrado sano el apéndice extraído, pero en dos ocasiones en que el signo había sido negativo, sobrevinieron algunos meses después ataques agudos que demostraron que se trataba de apendicitis crónica. En todos los demás casos en que se intervino, siendo el signo negativo, se encontró el apéndice sano.

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**Caso de infección puerperal grave sobrevenido siete días después del parto, y curado por inyecciones de suero antiestreptocócico**, por C. Le Masson. (*Revue pratique d'Obstétrique et de pédiatrie*, julio 1913).

Funck-Brentano y Roulland en un reciente artículo, han relatado dos casos de septicemia grave curados con suero antiestreptocócico, asociado al absceso de fijación. En las dos enfermas la acción del suero había sumado su valor al de las inyecciones de esencia de trementina, destinadas á provocar los abscesos de fijación.

El autor cita un caso de infección en el que la acción bienhechora del suero antiestreptocócico se ha manifestado muy rápida y completamente, con exclusión de todo otro tratamiento.

Una primípara, de 29 años, fué presa de dolores tres semanas antes de término. Doce horas antes del principio del trabajo hubo rotura prematura de membranas. La joven no hizo caso hasta 17 horas después, en que el autor fué llamado; 17 horas sin haberse tomado precaución aséptica alguna. Parto normal y el puerperio transcurrió sin incidente alguno durante los siete primeros días.

La noche del séptimo día, violentos escalofríos que duraron 20 minutos; temperatura 40°; pulso de 130 á 140; lengua seca; facies vultuosa, ojos brillantes; disnea; todo el cortejo de la infección puerperal.

Le Masson ordena, aquella misma noche, una inyección de 20 c. c. de suero antiestreptocócico, del instituto Pasteur. La mañana siguiente, temperatura 38°5, pulso 100; á las nueve, segunda inyección de 20 c. c. de suero. Por la tarde, la temperatura 39°4, pulso 120. A las cuatro y media, tercera inyección de 40 c. c. de suero. A las nueve de la noche la temperatura era de 37° y el pulso 100.

El tercer día, temperatura 37°9, pulso 108. Inyección de 40 c. c. de suero. Por la tarde, temperatura 37°6, pulso 96. Inyección de 40 c. c. de suero; ó sea 160 c. c. al final del segundo día de tratamiento.

El cuarto día el estado general era excelente, y comenzó la convalecencia.

El autor deduce de esta observación las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Ella confirma la eficacia de las inyecciones curativas de suero antiestreptocócico del Instituto Pasteur, conforme á las reglas formuladas por mi maestro, el Profesor Pinard, y explicadas en su servicio, de la Clínica Baudeloque.

2.<sup>a</sup> Dicha observación tiene todo el valor de una experiencia, ya que el caso de infección puerperal grave (gran escalofrío, temperatura de 41°, pulso 130-140) cede en 48 horas á las inyecciones de 160 c. c. de suero antiestreptocócico, sin ninguna recidiva de la infección, ni inmediata, ni tardía.

3.<sup>a</sup> Pone de relieve el hecho de que el valor curativo del suero antiestreptocócico, es tanto más activo y más rápido cuanto más cerca del principio de la infección puerperal se emplee.

4.<sup>a</sup> Demuestra, por último, la perfecta inocuidad de las inyecciones de dicho suero, y su tolerancia para el organismo, aun cuando éste parezca predispuesto á idiosincrasias.

**La versión por maniobras externas**, por P. Zuloaga. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 14 de septiembre de 1913).

Deseando dar á conocer á los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA todo cuanto publique, transcribo á continuación un extracto del artículo antes dicho.

Después de una breve reseña histórica acerca del empleo de la versión por maniobras externas en Obstetricia, hablo de su utilidad y de lo abandonada que dicha práctica se halla en nuestra nación, sobre todo por parte de los médicos generales, lo cual trae como consecuencia la existencia de presentaciones de tronco en el momento del parto que requieren maniobras internas, mucho más difíciles y graves.

Paso después á ocuparme de las indicaciones de la versión por maniobras externas, época del embarazo más á propósito para realizarla, contraindicaciones y técnica, todo lo cual prefiero transcribir íntegro.

¿En qué casos está indicada la versión por maniobras externas? En realidad, en todos aquellos en que la presentación no es de vértice, y en aquellos otros en los que convenga mejor la de nalgas para facilitar la extracción manual del feto, como en las placentas previas, ligeras estrecheces pélvicas ó tumores. Es decir, el *desideratum* sería hacer, por lo que al feto respecta, que todas las presentaciones fueran de vértice, convirtiendo en ésta, por la

versión externa, las de cara, nalgas y, sobre todo, las de tronco; y por lo que respecta á distocias de origen materno, facilitar la extracción manual del feto, haciéndola posible sin necesidad de introducir la mano en el útero, para lo cual se convertirán en presentaciones de nalgas las de vértice, ya que con aquéllas es posible, en los casos de ligera estrechez antero-posterior de la pelvis, por ejemplo, extraer manualmente al feto, transformando su diámetro biparietal en bitemporal; en los de placenta previa facilitaríala notablemente la maniobra de Braxton Hick, etc.

Peero aun cuando esto sea hoy día el dogma científico y se acepte como axiomática la indicación formulada por Pinard en su *Palpación abdominal*, al decir que «en todos los casos en los que después del octavo mes de la gestación la cabeza ocupe, ya una de las fosas ilíacas, ya el segmento superior del útero, es necesario practicar la versión cefálica por maniobras externas», en la práctica corriente de los médicos generales podría limitarse dicha indicación para aquellas presentaciones con las que el parto espontáneo no es posible, es decir, para las presentaciones transversas. Pnes aun cuando es muy útil convertir en vértice las de cara y nalgas, no siempre es esto fácil, por lo que bueno será que el médico no experto en dichas maniobras transija con estas presentaciones, con las que el parto, aunque más lento, es posible.

Lo mismo digo de las versiones externas para convertir en podálicas las presentaciones de vértice; quédense para los muy prácticos en estas maniobras. A este efecto, en todos esos casos de viciaciones pélvicas, placenta previa, tumores, etc., todo ello diagnosticable con tiempo suficiente, debe el médico general solicitar el concurso de quien con especialidad se dedique á la práctica de la obstetricia.

Limitada, pues, la indicación de la versión externa á los médicos generales para los casos sólo de presentaciones transversas, tan sencillas de diagnosticar por palpación abdominal, veamos cuál es la época del embarazo más á propósito para realizar dicha maniobra.

Si exagerada es la opinión de Wigand de que esta versión sólo es útil cuando se verifica en el momento del parto, no lo es menos la de Hubert, que aconsejaba hacerla en cualquier momento después del sexto mes del embarazo. Más por lo que yo he visto que por lo que he leído, he llegado al convencimiento de que la época en que debe ser practicada esta maniobra es después del octavo mes y antes del parto. En efecto, antes del octavo mes de la

gestación el feto es tan pequeño y disfruta de tal movilidad que, influyendo sobre él las mismas causas que produjeron la posición viciosa, volverán á reproducirla de nuevo después de una versión prematura; y, en cambio, esta maniobra en el mismo momento del parto, además de ser más difícil por el mayor volumen del feto, podrá anticipar la rotura de la bolsa de las aguas, aumentando así las dificultades para la ejecución de dicha versión, difícil ya de suyo en estos momentos, á causa de las contracciones uterinas que se despertarán con las maniobras ejecutadas sobre el músculo uterino; esto sin olvidar que en los días próximos al parto, y más aún en los comienzos del mismo, la presentación tiene ya tendencia á encajarse, si es que no lo está ya, siendo muy difícil, si no imposible, desencajarla para poderla cambiar por maniobras exteriores.

Claro está que, si en el momento del parto nos encontramos con una presentación de tronco y no hay rotura de bolsa amniótica, será nuestro deber intentar la versión por maniobras externas, aun cuando haya necesidad de acudir á la anestesia clorofórmica para evitar las contracciones uterinas y relajar el abdomen, facilitando de este modo la ejecución. Pero si, como es deber de todo médico, éste ha visto á la embarazada después del séptimo mes y ha diagnosticado la presentación viciosa, el momento de elección, la fecha del embarazo más á propósito para convertirla en una de vértice, es después de los ocho meses y medio y antes de los nueve meses y medio. En esta época, el tamaño del feto no es ni tan grande que dificulte la versión, ni tan pequeño que le sea posible evolucionar de nuevo espontáneamente á su presentación viciosa.

Recuerdo á este propósito una mujer de Cuéllar (Segovia), que acudió á mi consulta porque su médico la había diagnosticado, al octavo mes del embarazo, una presentación transversa. En los tres partos anteriores á este embarazo los fetos habían adoptado la misma presentación de hombro, que no diagnosticada en tiempo oportuno, exigió la versión interna, con feto muerto las tres veces por haber sido llamado el médico demasiado tarde para hacer dicha versión. Pues bien; vi á la embarazada á los ocho meses y medio de su cuarto embarazo; confirmé el diagnóstico de presentación de hombro que mi ilustre compañero de Cuéllar, Dr. de la Torre Arocena, había hecho; verifiqué el cambio de presentación llevando, por maniobras externas, la cabeza fetal á la pelvis de la madre, y á pesar de no colocar faja abdominal ni vendaje alguno para fijar la nueva presentación, la embarazada dió á luz.

á término, en vértice, feto vivo y con parto tan rápido que no dió tiempo á que llegase el médico ni la partera. Años después, nuevo embarazo y nueva presentación de hombro; viene á mi consulta en una época más avanzada de su gestación y, aunque se hizo la versión y todo salió tan bien como la vez anterior, encontré mayores dificultades para hacer el cambio de presentación de hombro por la de vértice.

Definidas las indicaciones de esta maniobra obstétrica y la época más oportuna para su ejecución, quiero antes de ocuparme de la técnica, decir cuatro palabras acerca de sus contraindicaciones.

A pesar de lo que han dicho Pinard, Tarnier y Delacourt, y de las muchas contraindicaciones el mismo Wigand formulaba, mi experiencia personal me hace, *casi*, suscribir las palabras de mi querido amigo el Dr. Bar y de P. Guéniot: «Propiamente hablando, no existen contraindicaciones para la versión por maniobras externas, cuando el feto está vivo». Y digo *casi*, porque es indudable que en los casos de bolsa amniótica rota dicha maniobra expone á prociencias del cordón ó de los miembros, y á deflexiones de éstos; porque en los embarazos gemelares es muy difícil, poco segura y muy expuesta, si no se ejecuta después del parto del primer feto y antes de que comience el del segundo, y aun en estos casos es preciso que existan bolsas amnióticas distintas y no se haya roto la del segundo feto en el momento de hacer dicha versión; porque en los casos de hidramnios ó de oligoamnios el exceso ó defecto de este líquido la hace imposible, ó al menos inútil en el primer caso, y muy difícil y expuesta en el segundo; porque en los casos de cortedad del cordón umbilical expondría á roturas del mismo ó á desprendimientos ó desinserciones de la placenta, vectoras de hemorragias; porque en los casos de metrorragias las maniobras de versión las aumentaría; porque las lesiones inflamatorias peri-uterinas, anexiales y pélvicas, podrían agudizarse con dicha maniobra, ó porque ésta podría determinar roturas de abscesos ó de adherencias preexistentes. Esto sin contar los casos de malformaciones uterinas, aquellos en que existan en la matriz cicatrices de operaciones anteriores, cesáreas por ejemplo, y los de roturas uterinas.

Creo haber enumerado todas las contraindicaciones serias de la versión por maniobras externas. De su lectura se deduce que son poco frecuentes y algunas de ellas remediables por la técnica. Veamos en qué consiste ésta, es decir, cómo podremos hacer la

versión por maniobras externas en los casos de presentaciones transversas.

Será conveniente hacer tomar á la embarazada, el día anterior ó la misma mañana del día en que ha de hacerse dicha versión, un purgante oleoso, para vaciar bien el intestino; también se debe aconsejarla que vacíe la vejiga de la orina momentos antes de comenzar la maniobra.

Acostada la embarazada en una cama no muy alta ni muy blanda, se la hará adoptar un decúbito supino, con las extremidades abdominales extendidas y ligeramente entreabiertas; los brazos, ó en extensión á los lados del cuerpo ó, mejor, en la posición que Pinard recomienda, es decir, bajo la espalda y con las manos cerradas puestas debajo de la cintura, para de este modo levantar algo la pelvis. Se la aconsejará respirar ampliamente y con la boca abierta, á la vez que se procurará hablarla de cosas indiferentes que la distraigan, con el fin de que no contraiga involuntariamente las paredes abdominales.

El médico, colocado á uno de los lados de la cama y dando la espalda á la cara de la embarazada, levantará las ropas de ésta, dejando al descubierto su pared abdominal; colocadas las manos (que no deben estar frías para evitar se despierten contracciones del abdomen) una sobre la cabeza fetal y la otra sobre el ovoide podálico, por lentas y graduadas presiones procurará llevar la cabeza del feto á la pelvis materna, y la extremidad podálica fetal á la parte superior y media del útero. Para ello es menester que dichas presiones sean hechas en dirección contraria por cada mano, es decir, que si, por ejemplo, la mano derecha colocada sobre la cabeza fetal empuja á ésta de derecha á izquierda y algo hacia abajo, la mano izquierda empujará al ovoide podálico de izquierda á derecha y algo hacia arriba, hasta dejar á ambos ovoides fetales en la línea media del abdomen de la madre.

Si durante esta maniobra se presentasen contracciones uterinas, es preciso cesar de hacer presión todo el tiempo que la contracción dure, pero sin retirar las manos, las cuales deben sujetar las partes fetales para que no retrocedan nada de lo que se las haya conseguido adelantar.

En esta forma, y sin gran esfuerzo, se conseguirá fácilmente cambiar una presentación de hombro en una de vértice.

Puede suceder, y ocurre alguna vez, que encontrándose más cerca de la pelvis el ovoide podálico que el cefálico, o que por encontrarse con más dificultades para hacer evolucionar al feto

en la forma indicada, sea más fácil convertir la presentación de hombro en una de nalgas. Si esto ocurre y el médico domina la práctica de la versión externa, debe intentar obtener una presentación de vértice; pero si no encuentra facilidades para ello, es preferible que se contente con dicha presentación de nalgas, ya que con ella el parto espontáneo es factible.

La primera vez que hice yo la versión por maniobras exteriores, conseguí con facilidad convertir una presentación de hombro en otra de nalgas, y satisfecho de ello, dí por terminada la intervención. Un mes después la mujer tuvo un parto felicísimo con presentación de nalgas y feto vivo.

Puede también ocurrir que encontremos cierta resistencia en movilizar el feto, volviendo éste, como movido por un resorte, á ocupar su antigua posición en cuanto nuestras manos le abandonan. Cuando esto ocurra hemos de pensar siempre en la posibilidad de un acortamiento del cordón umbilical, bien porque de sí sea corto, ó bien porque haya circulares en rededor del feto. Si en este caso tratásemos de movilizar á éste empleando fuertes presiones, nos expondríamos á determinar una rotura del cordón ó una desinserción de la placenta, complicaciones ambas mortales para el feto y muy graves para la madre. Teniendo esto en cuenta, nuestra práctica será no intentar hacer por la fuerza lo que no podamos conseguir con la habilidad. A nadie se le piden imposibles y nadie juzgará censurable la conducta del que discretamente renuncie á hacer la versión externa en este caso y se le encomienda á persona más experta.

Una vez terminada dicha versión, será conveniente procurar fijarla con el fin de evitar que el feto retorne á su antigua presentación. Para ello, y citando sólo por si fuese posible su uso en algún caso la faja eutócica de Pinard y el vendaje de Tarnier, creo suficiente colocar á la mujer una faja de lienzo, de unos 50 centímetros de ancho por unos 3 á 4 metros de largo, con la cual se sujetarán dos almohadillas, colocadas paralelas entre sí, una á cada lado del útero, con el fin de impedir la movilidad lateral de los ovoides fetales. Cuando se inicie el encaje fetal se prescindirá de dicho vendaje.

Aunque hay autores que aconsejan, para después de terminada esta maniobra, someter á la embarazada á varios días de estancia en cama, á decúbitos especiales, etc., yo no he visto nunca la necesidad de ello. Lo que es indispensable es el vigilar á la mujer de cuando en cuando para ver si la nueva presentación persiste, si el

feto sufre, si la embarazada efectúa con normalidad completa sus fisiológicas funciones, etc.

Sólo en el caso de que la presentación haya cambiado de nuevo en sentido desfavorable, es cuando creo útil, después de realizar otra vez la versión, acudir á la permanencia en cama, en decúbito lateral correspondiente al lado donde la cabeza fetal se encontrase antes de efectuada la versión; y si ni aun esto fuese suficiente, se practicaría nuevamente la versión externa en los últimos días del embarazo, rompiendo después la bolsa amniótica y poniendo á la embarazada una inyección de pituitrina, para de este modo no sólo fijar la presentación buena, sino procurar encajarla. Pero, repito, que yo no he tenido nunca necesidad de ello.

Mucho más podría decirse acerca de este asunto, pero prefiero prescindir en este artículo de las otras indicaciones que pueda tener la versión por maniobras exteriores, dándome por muy satisfecho si con lo dicho he contribuído á disminuir, ya que no á hacer desaparecer, las presentaciones transversas en los partos.

**Las dismenorreas llamadas esenciales y su tratamiento**, por P. Dalché. (*Le progrès médical*, 21 de junio 1913).

El autor estudia una clase de dismenorreas particularmente interesantes por su carácter tenaz y rebelde á toda medicación, excepto á ciertos tratamientos modernos. Dicha dismenorrea esencial, es debida á una ovulación defectuosa.

Puede suceder que á la larga, á estos trastornos de la ovulación sucedan *ovaritis menstruales*, verdaderas ovaritis subagudas, cuya existencia es aún, sin embargo, hipotética.

Dalché cita cuatro observaciones. La primera es la de una mujer de 30 años, fuerte y bien portada, en la que no se puede hacer intervenir el *enanismo mitral*, sobre el cual Apert ha insistido, que coincide generalmente con el útero pubescente y por consecuencia con la dismenorrea.

Regló á los 15 años y después sus menstruaciones se hicieron dolorosas é insuficientes. Cuatro ó cinco días antes de cada periodo, la enferma es presa de malestar, vértigos, insomnio: sensibilidad abdominal; después, en el momento en que la sangre comienza á salir, siente dolores horribles que la obligan á guardar cama. La sangre sale débilmente, por pequeños chorros, en cuyos momentos el paroxismo doloroso la arranca gemidos. No hay ni

timpanización, ni diarrea, ni estreñimiento, ni vómitos; pero todo el abdomen está dolorido, y el dolor se irradia al ano, al recto, á los labios y muslos, como en la neuralgia pelviana descrita por G. de la Tourette. La sangre es escasa y pálida. Esta enferma presenta, por otra parte, todos los caracteres del sexo femenino, senos y tiroides bien desarrollados. No ha tenido nunca hijos.

Al examen se comprueba únicamente que el útero es de pequeño volumen, pero con su orificio externo ampliamente abierto.

Dalché ha tratado á esta enferma con polvos de tiroides, 25 miligramos diez días antes de la época menstrual, y con una medicación sedativa en el momento de los dolores. Los trastornos menstruales se atenuaron

El segundo caso era una mujer de 21 años, de talla media, un poco fuerte, que desde los 14 años, edad en que regló por vez primera, sufre todos los meses, desde ocho ó diez días antes de la aparición de la regla, la cual dura apenas cuatro días. Los dolores se irradian al abdomen y se acompañan de sudores, llamaradas de calor y tumefacción de los pechos. Al examen, el cuerpo tiroides poco desarrollado, útero sano y ovarios un poco dolorosos.

Prescribe el autor á esta enferma 5 á 10 centigramos de polvo de tiroides, por día, y un enema cotidiano con un gramo, 50 centigramos de bromuro de sodio y 10 gotas de láudano de Sydenham, según la fórmula de Leven. Los fenómenos acabaron por atenuarse: la fase prodrómica del molimen casi desapareció.

La tercera observación se refiere á una mujer de 34 años, un poco nerviosa, pequeña y obesa, que había tenido dolores menstruales con una falsa apendicitis, y á quien se había resecaado una parte del ovario derecho. Continuaba sufriendo y Dalché la prescribió, al mismo tiempo, los polvos de ovario y los de tiroides, y embrocaciones calmantes; después, una temporada en Luxenil. Ha mejorado mucho.

La cuarta enferma era una mujer de baja estatura, con útero pubescente y probablemente pequeños ovarios. Todos los tratamientos habían fracasado. Dalché la administra polvo de tiroides, diez días antes de la fecha probable de las reglas, en sellos de 25 miligramos, hasta la dosis de 5 centigramos. Ha mejorado notablemente.

Actualmente ella tiene 35 años y ha visto sus reglas disminuir progresivamente hasta no durar más que algunas horas. A la vez, el dolor ha vuelto de nuevo. El autor piensa en una menopausia precoz.

Las enfermas que padecen estas dismenorreas esenciales presentan casi todas neuropatía ó nerviosidad y á veces un estado anterior más ó menos vecino del histerismo. Este estado produce en las enfermas miedo, tristeza, depresion moral, verdadero estado neurasténico de origen genital.

La dismenorrea produce la exacerbación de los trastornos de estas predispuestas hereditarias y conduce á veces al histerismo ó á la epilepsia. El autor cita el caso de dos mujeres que presentaban ambas en el momento de la menstruación fenómenos de histero-epilepsia.

El segundo sintoma es el dolor. Estos dolores son á la vez premenstruales y menstruales. Comienzan dos ó tres días, y á veces ocho y diez, antes de la menstruación, para exacerbarse con la pérdida sanguínea.

Stapfer ha estudiado una teoría según la cual en el periodo de 28 días que separa cada época menstrual, dos molímenes constituyen lo que él ha llamado *oleadas menstruales*; el primer molímen comprende del décimo al duodécimo día; el segundo, del vigésimo al vigésimo octavo; en esta segunda oleada es cuando se presentan los dolores premonitores de la dismenorrea, dando lugar á las *dismenorreas iatermenstruales*, que se traducen por malestar, llamaradas de calor, sensibilidad gástrica, dolores abdominales ó irradiados, sensaciones penosas en las mamas, agitación, insomnio, estado nervioso, todo ello entrecortado por crisis dolorosas más ó menos vivas.

Después la sangre corre, y desde cinco ó seis horas antes, bien en el día que precede, ó durante el derrame sanguíneo, ó algunas horas después, el dolor se exaspera, se hace insufrible. Las enfermas en los momentos de estos paroxismos, se revuelven en la cama, sienten punzadas y latidos; las hay que pierden muy poca sangre y presentan estos dolores paroxísticos, no sólo en la esfera genital, sino irradiados á los lomos, al ano, al recto, al coxis en forma de coxigodinia, á los labios, á los muslos, como en las grandes neuralgias pelvianas, descritas por Gilles de la Tourette.

Es preciso desconfiar de las pseudo-apendicitis señaladas por Legendre.

Las reglas son generalmente miserables ó menorrágicas. Con frecuencia no se encuentra nada en el examen de los órganos genitales; á veces el útero es pubescente; y en ocasiones el orificio cervical está estrechado. El cuello ó el ovario presentan un punto doloroso; hay coxigodinia. En fin, se notan *fenómenos*

*concomitantes; leucorrea, metrorragias, inestabilidad ovárica, trastornos cardíacos (estrechez mitral), síndrome basedowiforme. Hay trastornos dispépsicos; dismenorreas pseudo-apendiculares, y, en fin, con frecuencia estas mujeres son estériles.*

Ahora bien: ¿á qué etiología puede atribuirse esta dismenorrea tan extraña? En los casos en que se encuentre una detención del desarrollo del útero y de los ovarios, es inútil buscar otras causas. La atrexia uterina se acompaña frecuentemente de desviaciones que entorpecen necesariamente la menstruación. Los ovarios son estrangulados en su cápsula albugínea y la rotura del ovisaco es penosa. Bouilly ha descrito casos singulares en que el útero estaba normal, un solo ovario presentaba un retardo de desarrollo ó una detención funcional, lo cual era suficiente para producir la dismenorrea; hay en estos casos, dice Bouilly, un estado infantil de los ovarios y del útero.

En algunos casos, puede haber una ovaritis esclero-quística. Esta ovaritis puede depender de la tuberculosis inflamatoria de que hablan Poncet y Leriche, ó del artrismo. Richelot ha insistido acerca de las reglas dolorosas con menorragia, en las mujeres gotosas. Siredey piensa en una esclerosis de los ovarios.

Charles Robin ha descrito trastornos de la ovulación, verdaderas apoplejías ováricas. Sappey ha visto puestas ovulares en el peritoneo. Existen enfermedades funcionales de la ovulación aún mal conocidas, en las predisposiciones sifilíticas, tuberculosas ó nerviosas. Se han invocado los espasmos, la contractura y la hipoplasia uterina.

En fin, hay dolores debidos á la insuficiencia ovárica y tiroidea. La tiroides, dice Lévy, preside los trastornos funcionales genitales: ya sabemos lo frecuentes que son en estos casos la *hipotiroidía* y la *hipoovaria*.

Las indicaciones terapéuticas son las siguientes: si hay estrechez, dilatación ó estomatoplastia de Pozzi.

Se ensayará la *medicación tiroidea* que, en muchos casos, producirá una sedación del dolor. Dalhé da á estas enfermas un sello de 0'025 gramos todos los días, durante uno ó dos meses; y después las hace tomar tiroides solamente diez ó doce dias antes de la fecha probable de las reglas.

Otras veces asocia ovario y tiroides; bien dando un sello de tiroides por la mañana y otro de ovario por la tarde, ó bien reemplaza tres veces por semana el sello de tiroides por otro de ovario. Es preciso continuar esta medicación semanas y aun meses para

obtener resultados, que parecen muy superiores á los que daban las medicaciones antiguas.

Durante los accesos dolorosos, Dalhé administra lavativas con un gramo de antipirina y diez gotas de láudano de Sydenham, ó con un gramo de bromuro de sodio y diez gotas de láudano. Dice á las enfermas que se las pongan en cuanto sientan venir el dolor, y es raro que con ellas no se consiga sedación. Otras veces se puede recurrir á la inyección de morfina, al extracto de senecio, á la antipirina ó al piramidón, á las aplicaciones de agua caliente sobre la cara anterior de las piernas, dorso de los pies y cara interna de los muslos, á envolturas calientes, y algunas veces á un vejigatorio. La mujer debe guardar reposo absoluto en cama durante las reglas.

**La colpotomía en el tratamiento de la infección puerperal grave,** por Jacoulet. (*Paris Médical*, 18 octubre de 1913).

En la clínica, lo mismo que en la práctica particular, el cirujano es llamado para una enferma con infección puerperal, bien poco tiempo después del parto ó del aborto, en los dos ó tres primeros días, bien tardíamente, dos ó tres semanas más tarde.

I. En el primer caso suele tratarse de mujeres que han tenido un parto laborioso ó que se han hecho provocar un aborto séptico. Veamos en los síntomas generales y locales las indicaciones de la colpotomía.

La mujer es presa de fiebre intensa con escalofríos repetidos, su pulso se hace rápido, pequeño y blando; su respiración es ansiosa y superficial; sus ojos excavados; su tez y su lengua toman la una coloración amarilla terrosa, y la otra ese aspecto tostado característico; los tegumentos palidecen; el vientre se meteoriza; hay diarrea, oliguria, calambres dolorosos y subdelirio. Todos estos síntomas indican una infección grave, pero nada de particular, desde el punto de vista quirúrgico.

¿Cuáles son los síntomas locales concomitantes? El tacto combinado con la palpación abdominal demuestra en ciertos casos las lesiones siguientes: útero grueso y doloroso; por el cuello entreabierto salen líquidos fétidos, restos placentarios. Los fondos de saco vaginales están abombados, dolorosos, resistentes ó fluctuantes; el útero en el caso de derrame abundante, parece flotar en el líquido. *En este caso, la colpotomía se impone de un modo*

*formal*; la histerectomía vaginal es una intervención demasiado grave para estas enfermas profundamente infectadas.

En otros casos, los síntomas generales son los mismos que los antes dichos, pero los locales son distintos. El examen, fuera de las lesiones uterinas, no revela nada; los fondos de saco vaginales están flexibles, apenas sensibles; no se aprecia colección libre ni enquistada. ¿Qué conducta debe seguirse en semejantes casos? Si los accidentes infecciosos no se atenúan 24 ó 48 horas después de un legrado instrumental ó raspado digital, *es preciso sin duda alguna, practicar la colpotomía*. La incisión del fondo de saco posterior de la vagina, permitirá evacuar un derrame purulento que pase inadvertido al examen clínico; en otros casos no se derrama por la herida vaginal más que algunas gotas de un líquido cetrino ó algo oscuro; se cree haber operado inútilmente y sin embargo, esta evacuación mínima de líquido es seguida de una gran sedación neta de los síntomas generales. Parece ser que esta pequeña cantidad de serosidad exudada de la serosa pelviana, de linfáticos infectados, de venas trombosadas, contiene una gran cantidad de productos tóxicos y su evacuación no es, por lo tanto, indiferente.

II. En una segunda serie de casos, el cirujano es llamado tardíamente después del parto ó del aborto; por lo tanto no se tratará de formas septicémicas de infección puerperal, sino de localizaciones pelvianas de la infección. Del examen local podrá el cirujano deducir las indicaciones precisas de la intervención que ha de practicar.

La pelvipерitonitis, acompañada ó no de absceso tubario, se da á conocer por una masa dura, difusa, que ocupa el fondo de saco de Douglas, rechazando el útero hacia adelante y llevando su cuello debajo de la sínfisis. En este caso, la colpotomía evacua y drena perfectamente la colección, produce un descenso térmico rápido, una mejoría de los fenómenos infecciosos, reanimando el estado general.

Si se trata de un flemón del ligamento ancho, debe abrirsele por colpotomía; si el drenaje se hace mal se podrá practicar una contraabertura cerca del puente de Falopio.

En suma, las indicaciones de la colpotomía en la infección puerperal grave, son, según el autor, frecuentes. Las peritonitis libre, peritonitis localizada con ó sin absceso tubario y el flemón de la base del ligamento ancho, constituyen para el autor formales indicaciones.

Por otra parte, añade, no se tendrá nunca temor de recurrir á la colpotomía en los casos de derrame peritoneal dudoso.

Se ocupa después el autor de la técnica de la colpotomía, para efectuar la cual no cree necesaria la anestesia. Colocada la enferma en posición ginecológica y desinfectada vulva y vagina, se comenzará por practicar un cuidadoso legrado uterino, hecho con muchas precauciones dada la friabilidad de la matriz en estos casos, seguido de una inyección intrauterina, de un embadurnamiento yodado y de drenaje del útero, con gasa yodofórmica ó con un tubo de desagüe metálico.

Después, puesto bien de manifiesto el fondo de saco posterior se hace en él una incisión transversal á algunos milímetros por bajo de la inserción vaginal del cuello; dicha incisión será de unos 4 centímetros de ancha, y se practicará con unas tijeras curvas, cuya concavidad se dirigirá hacia arriba, de tal suerte que el eje de las tijeras pase rozando la cara posterior del útero. Si la tizeretada no ha hecho una abertura suficiente se agrandará con una pinza de Kocher que se retira abierta.

Según los casos, unas veces se evacuará una pequeña cantidad de líquido oscuro ó cetrino, ó una colección purulenta libre y otras una colección enquistada en el Douglas. En los dos primeros, la intervención se limita á la incisión y evacuación; en el tercero, por el contrario, importa explorar con el dedo la región retrouterina lo más lejos posible; para ello es preciso deprimir con la mano derecha la región hipogástrica, para rechazar hacia abajo el útero y anejos á fin de hacerlos tangibles al dedo introducido en el Douglas. Si se nota una colección purulenta tubaria es preciso abrirla con gran precaución, teniendo el dedo índice en contacto con el absceso y abriendo la colección purulenta con la estremidad de una pinza de bocados curvos que socaba la pared tubaria.

El autor cree inútil practicar lavados antisépticos, por la herida del Douglas; si se ha abierto un foco limitado, se correría el riesgo de propagar la infección á las partes sanas de la serosa; y si se trata de una peritonitis generalizada se prolongará la duración del acto operatorio y se traumatiza más aún á la enferma. Es pues preciso contentarse con limpiar la vagina por medio de una inyección sin presión.

Por el contrario, el operador deberá poner gran cuidado en el drenaje, por que de él depende el éxito definitivo. Se servirá para ello de un tubo de drenaje en cruz, que se introduce, por

medio de una pinza curva, profundamente á lo largo de la cara posterior de la matriz, hasta el fondo del órgano. Dicho tubo debe tener unos 15 á 20 centímetros de longitud. Antes de taponar la vagina se asegurará la hemostasia; si se vé que sangran algunos vasos (más frecuente en los bordes de la herida) se dejará sobre ellos pinzas colocadas.

Los cuidados post-operatorios tienen una gran importancia. Son los clásicos actualmente para el tratamiento de las peritonitis generalizada: posición de Fowler, proctooclisis continua á lo Murphy, inyecciones subcutáneas de suero adrenalinado y de aceite alcanforado, aplicaciones de hielo sobre el vientre, etc.

Termina el autor diciendo: «Siguiendo las indicaciones y técnica antes dichas, el cirujano obtendrá frecuentemente, por la colpotomía, curaciones inesperadas, en enfermas atacadas de infección puerperal grave.

Se nos podrá objetar que ampliando tanto las indicaciones de la colpotomía, se corre el riesgo de practicarla á veces inútilmente; á esto respondemos con Jeannin, que es mejor abrir un peritoneo intacto, que dejar de operar una peritonitis diagnosticada, y que no hay grandes riesgos—la experiencia lo demuestra—en abrir el abdomen intacto por la vagina infectada por loquios».

**Conducta que debe seguirse en los accidentes consecutivos al aborto**, por G. Lepage, (*La Semaine Gynécologique*, 9 de septiembre de 1913).

Como resumen de lo observado en 379 mujeres que ingresaron en la Maternidad de Boucicaut por aborto, en los años 1908, 1909, 1910 y 1911, el autor llega á las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> En gran mayoría de casos, la expulsión del huevo en los primeros meses del embarazo es resultado de maniobras abortivas. El diagnóstico de estas maniobras es difícil cuando la mujer rehusa toda confidencia: tiene sin embargo mucha utilidad este dato, ya que el pronóstico y tratamiento son distintos según que el aborto sea debido ó no á maniobras criminales.

2.<sup>a</sup> Cuando el aborto no es debido á estas maniobras el pronóstico es benigno, á menos que una infección general, como por ejemplo la fiebre tifoidea, ó una enfermedad eruptiva, sea la causa de la expulsión del huevo. Si el aborto se hace en dos tiempos y no hay fiebre ni hemorragia, la expectación puede prolongarse bastante tiempo.

3.<sup>a</sup> Esta debe ser mucho más corta siempre que *se sospechen maniobras abortivas y, a fortiori*, cuando se tenga la certeza de ello; á menudo, el desprendimiento y expulsión de la placenta se acompañan de síntomas febriles que desaparecen cuando el útero se vacía espontáneamente. Se puede ayudar esta expulsión dando á la paciente sulfato de quinina á la dosis de un gramo diario; dicho medicamento es suficiente algunas veces para despertar la contracción uterina y producir la expulsión de la placenta.

4.<sup>a</sup> Si esta medicación es ineficaz, si sobrevienen fenómenos de hemorragia ó infección, es preciso proceder á la evacuación del útero por legrado digital, ó instrumental comprobando sus resultados por medio del dedo explorador.

5.<sup>a</sup> En presencia de una mujer que ha tenido un aborto completo ó en la que se ha procedido á la evacuación del útero, se debe, en caso de accidentes febriles, recurrir á inyecciones intra-uterinas repetidas, drenar en caso de necesidad la matriz, y si es preciso recurrir rápidamente al legrado. No obstante, debe uno abstenerse de practicar el legrado cuando existan ya fenómenos de reacción por parte de los anexos del útero y, *a fortiori*, del peritoneo.

6.<sup>a</sup> La colpotomía puede ser útil en los casos en que exista una colección purulenta, ó sero-purulenta, en el fondo de Douglas. En los casos de peritonitis netamente confirmada puede llegarse hasta el drenaje peritoneal.

Las indicaciones de la histerectomía, vaginal ó abdominal, son excepcionales. En la mayoría de los casos, el tratamiento local es suficiente, sin que haya necesidad de recurrir á una operación radical; pero dicho tratamiento local debe ser empleado en tiempo oportuno.

7.<sup>a</sup> En 370 mujeres entradas en la Maternidad Boucicaut, por aborto, y que fueron tratadas después de su principio, la mortalidad global fué de 1'62 por 100; en las que no hubo necesidad de intervención alguna, la mortalidad fué de 0'39 por 100; y en aquellas en las que hubo que acudir al raspado ó á otras intervenciones, la mortalidad llegó al 4 por 100.

No obstante lo dicho, es preciso no conceder sino un valor restringido á las cifras estadísticas, en estos casos, pues con frecuencia el pronóstico depende menos de la conducta observada que del estado en que se encontrase la enferma en el momento de su admisión en la Maternidad y de la manera más ó menos séptica con que se hayan practicado las maniobras abortivas.

**Empleo de membranas fetales para injertos cutáneos**, por N. Sabella. (*Médical Record.*, 15 de marzo de 1913).

El autor publica los resultados que ha obtenido en las úlceras crónicas, con los injertos de membranas fetales. Después de examinar con cuidado el amnios, y comprobado que estaba normal, se le lava con agua caliente y se conserva en una solución salina fisiológica en la que puede permanecer setenta y dos horas. En el momento de hacer el injerto, se vuelven á lavar los trozos de membranas fetales en solución salina, fresca. La superficie del cordón umbilical y del amnios que se coloque sobre la herida, debe ser la continuación de la superficie interna del cordón.

La gelatina de Warton es alcalina y se reabsorbe muy fácilmente. Los principios habituales de limpieza de la úlcera y de hemostasia completa, deben ser rigurosamente observados.

Sabella cubre los injertos con un trozo de tafetán fenestrado que fija alrededor con colodion, y sobre el que aplica una cura empapada en solución salina decinormal, que cambia diariamente.

Dice haber obtenido excelentes resultados.

**La seroterapia en las toxemias gravídicas**, por Wolff. (*Berliner Klin. Wochens.*, 8 de septiembre de 1913).

Con el nombre de toxemia gravídica se entiende las afecciones que sobrevienen durante el embarazo y que son producidas por él. Es cierto que existen en el organismo materno, productos tóxicos de desintegración (vellosidades corio-placentarias) que pueden en ciertas circunstancias hacerse patológicas y producir una intoxicación del organismo.

En el embarazo normal, estos venenos se hacen inofensivos por medio de contravenenos (fermentos de defensa de Abderhalden); por el contrario, una mujer enferma de intoxicación gravídica no tiene el poder de destruir las sustancias tóxicas; le faltan los contravenenos que posee la embarazada normal.

Estas consideraciones llevaron á Mayer ha inyectar en estos casos de toxemia gravídica, suero de mujer embarazada normal. Antes de él, Freund había empleado en la eclampsia puerperal, inyecciones de suero humano, de conejillo de indias ó de caballo, pero el método de Mayer constituye un progreso y predispone menos á la anafilaxia.

Mayer y Linser han podido hacer desaparecer en dos semanas un herpes de la gestación, afección que cura muy raramente durante el embarazo; la albuminuria y la fiebre, que persistían muy elevadas, desaparecieron igualmente. Otro caso de urticaria gravídica terminó por una curación rápida. Linser hizo desaparecer un caso de prurito gravídico. Freund trató con éxito dos casos de urticaria gravídica y una mujer enferma de vómitos incoercibles, ictericia y riñón gravídico en el tercer mes de su embarazo, con psicosis en comienzo y prúrigo gravídico. El único fracaso de este método ha sido el relatado por Rubsamen, pero Mayer se pregunta si se trataría de una verdadera dermatosis gravídica. Rubsamen, por otra parte, ha tratado con éxito por dicho suero, un caso de prurito y otro de herpes de la gestación.

La sangre para la obtención del suero, se extrae de una mujer embarazada normal, que presente un Wassermann negativo; y dicho suero se inyecta lo más pronto posible, á la dosis de 20 á 60 c. c., ya en las venas, ya en los músculos, ya bajo la piel.

Spiethoff ha empleado igualmente con éxito en diversas dermatosis, el suero de la enferma inyectado nuevamente. Extrae de un modo estéril 50 á 160 c. c. de sangre: le centrifuga, separa el suero y le inactiva á 55°-60° durante una media hora; dicho suero le inyecta lo más pronto posible, después de la inactivación.

Wolff relata un caso de prurito gravídico tratado con éxito por la seroterapia: se trata de una mujer de 24 años, primípara, que se quejaba de un prurito insoportable, resistente á todo tratamiento. Todo el cuerpo estaba cubierto de arañazos. El 14 de junio se hizo á la enferma una sangría de 80 c. c. y el 16 una inyección intravenosa de 8 c. c. de su propio suero inactivo. El 17, la enferma pudo dormir, por vez primera, dos horas sin prurito. Pero el 18 los pruritos sobrevienen con más fuerza. Como Wolff no tenía á mano una embarazada normal, extrae sangre á una parida de 14 días, inyectando después en las nalgas de la enferma 10 c. c. de suero inactivo. El resultado fué maravilloso; al cabo de cuatro días el prurito había desaparecido por completo.

Este caso es interesante, pues enseña que el suero de una parida reciente, da tan buenos resultados como el de una embarazada; la sangre de jóvenes paridas, contiene, pues, igualmente antitoxinas. Este hecho confirma las reacciones positivas obtenidas por el método de Abderhalden con el suero de paridas, 14 á 21 días después del parto.

## BIBLIOGRAFÍA

---

**Conferencias prácticas acerca de la alimentación de los niños de pecho**, por el Dr. P. Nobécourt.—Prefacio por el profesor Hutinel. Traducción de Carlos Docteur. Volumen de 268 páginas con 24 grabados; encuadernado en tela A. Poinat ed. París, 1913.

Es el niño recién nacido cual delicada planta que si no se rodea de minuciosos y atentos cuidados se seca y muere con facilidad. El gran problema de la mortalidad infantil es una sencilla cuestión de higiene, porque casi todas las enfermedades que, como asoladora plaga, arrebatan la existencia de los niños de pecho, son perfectamente evitables. Claro es que este problema higiénico ha de ser considerado no sólo desde el punto de vista médico, sino desde el económico y social, porque en este asunto no hay que limitarse á dar consejos, sino que es preciso que lo que se aconseja sea factible para que pueda ser fácilmente ejecutado.

Una de las más importantes cuestiones de la higiene infantil es la que se refiere á la alimentación, por lo mismo que el mayor número de afecciones que los niños de pecho padecen son radicantes en el tramo gastro intestinal, y originadas por las infracciones dietéticas que voluntaria ó involuntariamente se cometen con harta frecuencia. Dotado el recién nacido de un aparato digestivo incompletamente desarrollado, ha de subvenir con él á las necesidades nutritivas que exigen su conservación y rápido desarrollo. El único alimento adecuado, para que con órganos tan imperfectos pueda sufrir las transformaciones indispensables á su conversión en material nutritivo, es la leche materna ó, en su defecto, la de una nodriza mercenaria. Pero, como no siempre es posible suministrar al niño el alimento tipo, hay que acudir á otros medios que son los que constituyen lo que se llama lactancia artificial, siempre más peligrosa para la salud del niño que la natural.

Y precisamente de estos importantes objetos es de lo que trata el librito del reputado paidópata Dr. Nobécourt, que seguramente ha de ocupar un lugar preferente en las bibliotecas de los médicos y aun en la de muchos padres de familia, entre los excelentes libros y cartillas que, ocupándose del mismo asunto, han aparecido estos últimos años.

Como su título lo indica, es este libro la recopilación de varias conferencias dadas por el autor, en la Clínica de niños enfermos de París, á ruego del profesor Hutinel. En ellas se abordan con claridad y extensión suficiente todos los principales temas que integran el complejo problema de la higiénica alimentación de los niños de pecho. En las quince conferencias que comprende este libro se tratan los puntos siguientes: higiene alimenticia del niño de pecho, crecimiento, necesidades alimenticias; lactancia natural (materna y mercenaria); higiene de las nodrizas, trastornos provocados por lactancia natural defectuosa; lactancia artificial, leche de vaca, su conservación, medios de conservación de la destinada á la lactancia artificial; lactancia mixta; trastornos y afecciones originados por lactancia artificial defectuosa; leches de cabra y de burra; ab lactación y destete, sus principios, alimentos utilizados; técnica del destete y trastornos provocados por su mala dirección; protección de las madres nodrizas y de las nodrizas mercenarias; protección de los niños de pecho.

Todos estos temas están bien desarrollados y medidos, cosa no sorprendente tratándose de un médico tan culto, acreditado y práctico como el Dr. Nobécourt, pero algunos de ellos como por ejemplo, el estudio de la lactancia artificial y la técnica del destete, están tratados de mano maestra.

La traducción, como hecha en París y por quien conoce mejor la lengua francesa que la nuestra, no es, ni mucho menos, un modelo de corrección literaria, pero de todos modos es mejor que la generalidad de las que *suelen gastar* las casas editoriales de París.

La presentación del libro, encuadernado en tela, honra á la casa editorial de A. Poinat y bastaría á acreditarla, si ya no lo estuviera con creces.

G. CAMALEÑO

# CASOS Y CONSULTAS

---

## De cómo se deben interpretar ciertas cefaleas.

Sr. D. A. T. Muy señor mío: Encargado por esta Redacción de contestar á su consulta, empezaré por significarle, aunque sea adelantar los acontecimientos, que los dolores de cabeza persistentes en una persona que pasa de los cuarenta años, son en general manifestación de algo más serio y grave que un simple estado neurálgico.

Los dolores de cabeza á que V. alude, aun revistiendo la forma típica de jaqueca, pueden depender de orígenes muy distintos y naturalmente su sanción terapéutica variar con ellos. Ante todo puede V. desechar la idea de que se trate de esa neurosis ó neuralgia que denominamos jaqueca esencial. Esta enfermedad nunca empieza á los 48 años. La juventud, adolescencia y aun la segunda niñez, es la época de sus primeras crisis, que con más ó menos frecuencia siguen molestando hasta los 45 ó 50 años, edad en que de un modo gradual y espontáneo suelen desaparecer. Es decir que los dolores de la jaqueca esencial desaparecen precisamente, cuando se han presentado en el enfermo á que V. se refiere y este es ya un hecho de gran importancia por el diagnóstico de exclusión. V. mismo indica ciertos detalles que confirman esta idea, puesto que en su observación ha comprobado que al terminar la crisis dolorosa, el enfermo no siente esa euforia, ese grato bienestar, que sigue á la completa desaparición del acceso y que tan bien conocemos los que le hemos sufrido. En su caso un dolor ligero y sordo con tendencias al mareo, sigue al ataque de dolor intenso, y viene á rellenar los huecos que median entre las crisis. En la jaqueca esencial aún en las temporadas que los accesos se repiten con frecuencia, en los intervalos libres de dolor, la cabeza está limpia y despejada. El enfermo se produce á sí mismo y á los

demás la impresión de no estarlo más que las horas de sufrimiento intenso.

Por lo demás la forma hemicraneana y accesimal, los vómitos y el mismo escotoma brillante son fenómenos que no contradicen este modo de pensar, por no ser patrimonio exclusivo de la jaqueca esencial.

Eliminada esta causa, ¿á qué pueden achacarse esos dolores casi diarios y permanentes? Los disgustos, preocupaciones trabajo mental excesivo, estas situaciones de tensión de espíritu que el vulgo llama con razón quebraderos de cabeza pueden justificar, por hiperfuncionalismo y cansancio exagerado, la protesta dolorosa del órgano que trabaja con exceso. Las intoxicaciones crónicas, por abusos del café, del tabaco ó de la medicación opiada; esas reabsorciones tóxicas intestinales, frecuentes en el estreñimiento crónico y las neuralgias en fin de origen tóxico (plomo) infeccioso (paludismo) ó por reflejo á distancia de afectos viscerales, son otros tantos motivos de cefalalgia cuya actualidad puede comprobarse por los antecedentes recogidos.

Pero cuando esta serie de causas de dolor no figuran en el caso, cuando no se encuentran como justificación del mismo, hay que pensar según decía al principio que el dolor de cabeza, es la manifestación, acaso única, de un trastorno morboso serio, grave y profundo que puede entrañar un pronóstico de lo más sombrío.

En efecto, tres pueden ser y son, con la mayor frecuencia, los estados en que estos dolores de cabeza intensos, continuos por su duración, accesionales por sus exacerbaciones y emetizantes muchas veces, se presentan en personas de cierta edad como síntomas principal, casi constituyendo por sí sólo todo el síndrome aparente de aquella situación.

Los procesos orgánicos del encéfalo y sus cubiertas en los que la tensión intracraneana está aumentada ó hay profundas modificaciones en el reparto circulatorio; las antointoxicaciones por insuficiencia de eliminación renal depuradora; y la síflis aun sin manifestaciones de lesión localizada; éstas son esos tres orígenes ó motivos cuya importancia pronóstica está, como á usted no se le oculta, un poco por encima de una simple neuralgia esencial ó refleja.

Los dolores de cabeza que emanan del primer origen, tienen su diagnóstico en el conjunto sintomático que les acompaña. Los fenómenos de hipertensión céfalo-raquídea ó de compresión

cerebral y que no he de referir aquí, se asocian al dolor y cuando faltan síntomas de reacción inflamatoria de las meninges ó los llamados fenómenos de foco, los trastornos visuales posibles y en todo caso el examen de fondo de ojo, poniendo de manifiesto lo que los oculistas llaman *papilitis* y nosotros *extrangulación ó edema de la púpila* resuelven el problema de una manera terminante, pudiendo hallar la mejor comprobación en un alivio variable obtenido por punción lumbar hecha con fines á la vez terapéuticos y exploradores.

Nada digo de la sífilis como origen de la cefalea aun sin necesidad de llegar en sus efectos á determinaciones focales meningo-encefálicas: basta muchas veces el hecho de la infección general sin duda por un proceso de la intoxicación para la producción de estos dolores en los que suele ser característica la nocturnidad. Los antecedentes, el conjunto sintomático y las reacciones exploradoras de la sangre podrán hacer en el diagnóstico la luz necesaria á su esclarecimiento.

Y por último el más frecuente de estos orígenes, la causa que suele figurar en primera línea en la producción de estas jaquecas de los adultos y viejos es la insuficiencia renal: al fin la uremia lenta, sorda, insignificante en apariencia, pero traidora porque hiere mortalmente sin graves amenazas. En este caso el dolor de cabeza, uno de los pequeños síntomas de *brightismo*, según Dieulafoy, suele ser la única cosa llamativa en toda la enfermedad: parece que encierra en sí toda la sintomatología y si de intención y con cuidado no se va á buscar su verdadero manantial, si no se explora de un modo completo y sistemático, es muy posible que á todo sea achacado menos á sus orígenes reales, tanto más cuanto que la posible falta de albúmina en las orinas hace que muchos se desorienten en una buena dirección diagnóstica.

Yo de un modo general, cuando una persona de edad se me queja de dolores de cabeza, de jaquecas, tenaces y rebeldes á los tratamientos corrientes de la cefalalgia, sin otros síntomas ni molestias aparentes y sobre todo si la historia de este sufrimiento no data de la juventud, pienso desde luego en el riñón y por lo común, la hipertensión arterial, el galope con ó sin hipertrofia del ventrículo izquierdo, la densidad mínima de las orinas, la palidez espasmódica de la piel y uno ó muchos de los pequeños signos de Dieulafoy, vienen á confirmar mis sospechas poniendo de manifiesto una esclerosis renal cuya importancia

en todo caso no es preciso encarecer. Un régimen riguroso de desintoxicación, el ioduro de sodio (ó mejor de estroncio) y unas gotas (muy pocas) de trinitrina, produciendo en muy pocos días un alivio muy sensible, son el mejor comprobante de un diagnóstico que no suele hacerse las más de las veces sencillamente por que no se ocurre pensar en él.

Así pues en vez de aconsejarle á V. un remedio antineurálgico para tales dolores, remedios todos ellos que no sirven más que para calmar el dolor por el momento, precisando repetirlos una y muchas veces para prolongar sus efectos, y remedios en fin, cuya inocuidad sería discutible sobre todo en quien tiene comprometida su depuración renal, en vez de eso, repito, mi consejo es que busque V. con el mayor cuidado el verdadero motivo del dolor que pretenda curar y conseguido que sea, llenando las indicaciones fundamentales, no sólo calmará V. el sufrimiento sino que acaso también librárá el enfermo de serias contingencias para un porvenir más ó menos remoto, pero cuajado casi siempre de amenazas graves.

De todos modos y sólo por acceder á su expresado deseo, le diré que la antipirina y sucedáneos son la base de casi todos esos antineurálgicos y prefiriendo lo que tengo mejor conocido, yo suelo disponer la fórmula siguiente:

Despáchese:

De antipirina=1=gramo  
bicarbonato de sosa=25=centigramos  
cafeina pura=de=5=á=10=centigramos  
cloruro mórfico=de=2=á=4=miligramos  
m. para dos sellos que se tomarán de una ó de dos veces.

En esta fórmula pretendo corregir con la cafeina y morfina la acción depresora del medicamento principal, con el bicarbonato la irritación gástrica y si se administra con estómago vacío, á los 15 ó 20 minutos produce todo su efecto calmante sin esa angustia, palidez y sudor casi frío que algunas veces sigue á la antipirina y medicamentos similares.

De V. atento S. S.

L. MORENO

# LOS HUMORES PECANTES EN DERMATOLOGÍA

POR EL

**Dr. Félix Domingo**

---

Como reacciones cutáneas considera Brocq, á aquellas enfermedades de la piel cuya etiología y patogenia no están lo suficientemente determinadas para clasificarlas. Este gran grupo de dermatosis le clasifica teniendo en cuenta sus signos objetivos, clínicos y anatómo-patológicos, por este hecho, y en él están incluidos, precisamente el eczema y el psoriasis, dos de las enfermedades que en la actualidad han dado lugar á mayor número de trabajos, en la investigación de si sus causas son microbianas ó parasitarias ó si por el contrario son los humores pecantes los lógicos originadores de ellas.

Ahora que estaban ya, casi á punto de vencer los defensores de las teorías bacterianas y parasitarias, considerando al eczema como enfermedad microbiana y al psoriasis, de hecho incluido por muchos autores, entre las enfermedades parasitarias, aparecen una serie de trabajos y de principios bien fundamentados y comprobados en la experimentación, que dan al traste, en un momento, con toda la labor de los micro-parasitarios.

Al descubrimiento de Abderhalden, demostrando la existencia, en el suero de las mujeres embarazadas, de un

fermento capaz de degradar los elementos albuminoides eliminados por la placenta, valiéndose el autor de este hecho como un elemento de diagnóstico del embarazo, sigue un trabajo de M. Leroy, en *París Medical*, sobre la patogenia del psoriasis, considerando á la película patognomónica, descubierta por el signo de Auspitz como el dializador de los experimentos de Abderhalden, que dejaría pasar los elementos orgánicos de los humores situados á uno y otro lado de ella, siendo en último resultado este fenómeno físico-químico, el que explica la patogenia de esta enfermedad que ha de ser determinada, en su consecuencia, por un humor pecante.

Nuestro compatriota el doctor Peyri desde *Therapia*, teniendo en cuenta la clasificación maestra de Brocq, clínicamente por la exposición de unos casos de psoriasis, llega á la conclusión de los humores pecantes como causa del mismo.

Gourcherot, defiende al eczema como una reacción de defensa de la piel, desde *Journal des Practitiens*, fundamentando su nueva idea, en los maestros franceses, entre los cuales se encuentra Brocq, padre y señor de la teoría de las reacciones cutáneas, y Darier, que en su último libro *Précis de dermatologie*, de 1912, expone casi por completo la idea de Gourcherot.

Para los que hayan estudiado un poco esta rama especial de la medicina no les servirá de sorpresa este nuevo giro de la cuestión y para aquellos que hayan sabido ver enfermos de piel, la renovación de la teoría de los humores, más remozada y mejor comprendida, les será casi por completo una necesidad. Hasta tal punto llegan las cosas que podrían considerarse estas enfermedades tipo, el eczema

y el psoriasis, con aquellos grupos, más afines, de otras enfermedades cuyo valor nosológico no es tan primordial, como una sola y misma enfermedad que aparece bajo distintas formas ó modos.

En la tuberculosis, en la sífilis, no hay inconveniente en aceptar esta consecuencia, y es preciso tener en cuenta, que si la etiología no fuera tan bien determinada en estos tiempos, para las dos enfermedades sería imposible, como realmente lo fué para nuestros antepasados, agrupar todas sus variedades bajo el mismo nombre. No habría, sin esta determinante etiológica, más que una diferencia en el tiempo y en el espacio, esto es, que un enfermo de psoriasis, considerado de la manera apuntada, no podría sufrir todas las variedades ó todas las demás enfermedades, las parapsoriasis, las parakeratosis psoriasiformes por ejemplo, para no hablar más que de los grupos más próximos ó afines, como ocurriría en el enfermo de sífilis. ¿Pero es que estos enfermos sufren todos los síntomas y síndromes de la enfermedad? No. Ciertamente que no. No tienen suficiente vida para ello aún viviendo los años que cualquiera otra persona pudiera vivir.

Desde luego en el periodo que se acostumbra á llamar secundario no aparecen todas las manifestaciones que le caracterizan y que observamos entre diferentes individuos. Determinadas lesiones, persisten meses, años, sin que ninguna otra venga á turbar su permanencia. Si aparecen de cuando en vez, es en épocas muy tardías y la lesión mortal destructora, la invencible había que esperarla, en muchos enfermos, á los ochenta ó cien años después de adquirida la lesión primaria, así es que esta lesión mortal, la encontramos en otros que á lo mejor hacen el número uno por

mil, por tres mil, por diez mil enfermos que supondría, bajo el punto de vista proporcional, una vida de cientos de años tal vez.

De esta manera la evolución ó ciclo á recorrer por la enfermedad sífilis, para que se cumpla en todas sus variedades y formas, tiene que hacerse en multitud de personas, en una solo no es posible ¿pues, por qué igualmente, no hemos de considerar así el psoriasis y sus grupos afines?

Lo que en la sífilis sería semanas en el psoriasis serían meses, lo que en la primera meses en la segunda años y así sucesivamente; ¿pues no se encuentra en la etiología y patogenia del psoriasis las mismas cosas que en sus grupos afines?

Su determinante clínica, su característica individual, su semejanza hereditaria, el parentesco familiar, usos, costumbres, hábitos, aptitudes, en fin todo es lo mismo como si para todas ellas hubiera, como en la sífilis, el mismo origen, la misma construcción humoral con una orientación fija.

Sería en nosotros un atrevimiento demasiado descarado afirmar todo esto, elevarlo á categoría siquiera de hipótesis ya que no de teoría; no tenemos datos que sancionen a los ojos de todos esta manera de ver más que nuestra experiencia clínica muy pobre, muy deficiente, pero pensarlo ¿por qué no?

En el enfermo que apareció una parakeratosis psoriasiforme, un parapsoriasis liquenoideo ¿no pudo aparecer el psoriasis tipo? ¿Qué constitución orgánica es la del uno y otro individuo, qué humores circulan por su organismo, qué elementos se producen en uno y otro, cuáles son

sus diferencias en la manera de reaccionar la piel, frente á un estado patológico individual? Describid al individuo, proponed la terapéutica, recoged las observaciones relativas á estos dos hechos, ¿Qué diferencia encontráis?

Para mí, serían todas estas enfermedades una misma enfermedad compuesta de todas ellas, como lo son las tuberculosis, ó la sífilis, más apropósito para explicar este hecho, compuesta desde el chancro hasta las lesiones del terciarismo más intensas, ó hasta los estados, ya mal definidos precisamente por caer muy distanciados de la acción bacteriana, como son las parasífilis.

Pero aun estos estados ya encuentran su explicación hoy día, serían lo que en las tuberculosis llamamos tubercúlides, enfermedades determinadas no precisamente por el bacilo de Koch que no se encuentra, sino por esas toxinas especificadas que tendrían el valor de humor pecante asemejando el hecho á la antigua concepción, que las provocaría ó engendraría.

En los estados parasifílicos, ya conocemos los hermosos trabajos del profesor Noguchi que para obtener la reacción suya de la luetina tiene que proceder á una preparación determinada hasta llegar á lo que constituye la parasífilis para comprender que estos casos aunque no den su reacción son fundamental y claramente sífilíticos. ¿No os recuerda, esta manera de intoxicarse el organismo, para venir á reaccionar por esos modos ó formas, las autointoxicaciones del psoriasis, del parapsoriasis? ¿No tiene esta toxina parasifílica una semejanza con la diatésica artrítica del psoriásico ó del eczematoso?

Y cuando pensamos en el mecanismo ó manera de producirse determinadas lesiones de una enfermedad cuyo

diagnóstico diferencial con otras lesiones, provocadas por enfermedades distintas, vemos más claro, más objetivamente manifiesta esta semejanza. Así por ejemplo, la sífilis provoca unas lesiones en las palmas de las manos muy difíciles de decir si son sifilíticas ó si son eczema, psoriasis ó keratodermias palmares. Estas dermatosis tienen tal semejanza objetiva y anatomo-patológica, que si no fuera muchas veces por los antecedentes, y la observación detenida del enfermo, sería imposible diferenciarlas; nada pues, tiene de particular que el proceso de formación sea similar de una á las demás, que incluso la composición de los humores orgánicos, de los tóxicos, tengan aire familiar, y que por último, la reacción de los tejidos en individuos diferentes sea la misma ante productos cuya composición química sea proplamente igual. Con qué facilidad en un momento de la enfermedad sífilis, vemos aparecer en el enfermo lesiones de psoriasis apoderándose de los lugares en los que el psoriasis tipo hace su aparición, y cura sometido al tratamiento específico de la sífilis, como si en realidad fuese y así debe considerarse, una manifestación más de la enfermedad. Esto en buena lógica, y en clínica, maestra de lo sencillo y simple, se puede llamar psoriasis sifilítico como al otro, al tipo, psoriasis de diátesis artrítica puesto que al fin los dos son psoriasis aunque determinados por distinto elemento tóxico ó diferente motivo de causalidad ¿qué más dá? Hubo un momento en el que el organismo infectado por el espiroquete, produjo un humor como el artrítico, y tuvo que ser eliminado y su piel reaccionó como el psoriasis ¿no es esto?

Pues no es muy aventurado pensar, que así como para la sífilis existe un conjunto de lesiones, de síndromes, y

aun de estados parasifílicos, que componen el ciclo evolutivo de una enfermedad, comprendida en los individuos, tiempo y espacio, igualmente ha de existir para el veneno del artrismo otro conjunto de enfermedades que comprenda el psoriasis por ejemplo.

Creo que existe este humor pecante, de un valor determinado, en el artrismo para provocar esta enfermedad del psoriasis grupo con las demás afines, como existen esas tuberculídes que no son las mismas tuberculosis de la piel y que no aceptan todo lo que se refiere á la acción directa del bacilo de Koch, como existen las parasífilis determinadas ya, no por el mismo espiroquete pálida sino por un elemento de toxicidad originado de él ó engendrado en la lucha que el organismo mantiene, durante un tiempo indeterminado, con dicho agente.

Estas tuberculídes ó estas parasífilis son estados amicrobianos, pero cuyo elemento tóxico puede buscarse en él. En las parasífilis lo demuestra las experiencias de Noguchi, á que anteriormente nos hemos referido, para las tuberculídes se orientarán los experimentadores en estos hechos y llegarán á comprobar que una preparación determinada de un organismo tuberculizado llegará á provocar las tuberculídes.

De esta misma categoría concebimos nosotros el humor pecante del artrítico para determinar el gran grupo del psoriasis ó el gran grupo del eczema. Probablemente proceda también de una infección más antigua, difícil de comprobar, como se apunta en las parasífilis, ó tal vez, no tenga otra descendencia que la evolución en el tiempo y en el espacio de un organismo que como el humano sufre constantemente las variantes de vivir en su medio.

Ultimamente nos confirma más esta manera de ver los trabajos sobre seroterapia en las toxemias gravídicas (1). Por ellos queda comprobado que en el organismo materno existen productos tóxicos de desintegración que pueden en ciertas circunstancias hacerse patológicos y producir una intoxicación del organismo.

Estos estados patológicos serían las *Dermatitis polimorfas dolorosas recidivantes del embarazo* ó *Herpes gestationis* de Brocq, llamada también por Gastou *Prúrigo gestationis*, y *Prúrigo auto-tóxico de las embarazadas*, por Besnier, Bar y otros, descrita, por primera vez, en 1869 y 1872 por Milton.

Esta afección de la piel, Brocq la clasifica entre las *Dermatitis polimorfas dolorosas*, octavo tipo objetivo del grupo de las reacciones cutáneas, *Dermatitis Pruriginosas*, admitiendo las variedades eritemato-pustulosa, la urticárica, eritemato-vesiculosa, y la pustulosa.

Basta con recordar que se halla incluída en este grupo general de las *Dermatitis pruriginosas*, para seguir la pista de nuestro objeto, por las relaciones nosológicas que guarda, y en este sentido poner de relieve el valor positivo, para nuestra tesis, de las experiencias de la seroterapia en las toxemias gravídicas.

Inyectando suero de una mujer embarazada normal, han conseguido Mayer y Lister, curar varios casos de *herpes gestationis*. Freund trató con éxito dos casos de urticaria gravídica y una mujer enferma de vómitos incoercibles, ictericia y riñón gravídico en el tercer mes de su embarazo, con psicosis en comienzo y prúrigo gravídico.

---

(1) - La seroterapia en las toxemias gravídicas, por Wolff. (Berliner Klin-Wochens, 8 de noviembre 1913, LA CLÍNICA CASTELLANA.

Estos hechos no solamente ponen de manifiesto la existencia de un *humor pecante* que determina las *Dermatitis polimorfas dolorosas recidivantes del embarazo*, sino que al mismo tiempo le confirma por el tratamiento curativo con un suero procedente precisamente de mujer embarazada. Y aun se llega más allá con el caso de Wolff, que al no tener una mujer embarazada, para proporcionarse el suero curativo, cura un caso de prúrigo gravídico, con suero de una parida de 14 días.

¿Qué demuestra todo esto?

Si esta prueba experimental curativa pudiéramos hacerla, en los enfermos de esos grupos eczematosos, psoriásicos, quedaría para siempre comprobado, este humor pecante que nosotros pensamos sea la causa de dichas afecciones, pero ya que por hoy no nos sea factible semejante hecho, considerando las analogías y las relaciones nosológicas, de estos *Prúrigos auto-tóxicos de las embarazadas*, con las demás reacciones cutáneas, objeto de nuestro estudio, ¿se puede considerar como impertinente, la nueva orientación en etiología y patogenia de estas dermatosis?

Antes que nosotros un médico español, el Dr. Sánchez Herrero, había defendido en su libro (1) la especificidad de los humores pecantes, pero como causantes de enfermedades generales. El sabio maestro estudiaba minuciosamente la *vejez prematura*, lo que todos llamamos diátesis artrítica, como elemento fundamental de su teoría. La polisarcia, el herpetismo y la carcinosis, serían *términos* de la serie patológica vejez prematura, pero en los que también existiría su humor específico.

---

(1) *Curso de Medicina Interna*, tomo 1.º, Madrid, 1897.

Que el herpetismo pertenece al proceso de la vejez prematura—dice el autor—y que constituye el tercer término de su serie patológica, lo prueba la identidad de la etiología que todos los autores le reconocen con la etiología de dicho proceso; los fenómenos vitales que lo proceden y acompañan, no otros que los de la astenia y la polisarcia; y por último, la génesis de las hiperplaxias, á la cual contribuye, y el marasmo senil, donde termina (1). Y bajo este concepto, estudia las enfermedades, de la piel, herpéticas, ó que considera como fenómenos del herpetismo dividiéndole en cinco grados.

En el primer grado incluye la aspereza de la piel que recubre la parte externa de los miembros, las rodillas y los codos, haciéndose más tarde asiento de una descamación epidérmica notable acompañada de prurito poco intenso. Hace ver como se extiende este estado, y pone de relieve la susceptibilidad de la piel para toda clase de irritaciones que pueden ser *concausa* de las enfermedades de la piel. En el segundo grado, estudia el eritema simple herpético, la roseola, la urticaria aguda, la pitiriasis subaguda, el herpes zona, el herpes herpético, redundancia á la que se ve obligado el autor, según él mismo hace constar, por «haber fundado Willan la denominación de las dermatosis en su forma anatómica exclusivamente... porque en efecto, dice el autor, con tal criterio hay herpes que no son herpéticos». Para Sánchez Herrero, el herpes herpético «se sitúa sobre la piel y las mucosas que recubren los orificios naturales y sus inmediaciones: Va acompañado de prurito y recidiva con frecuencia».

---

(1) Sánchez Herrero, libro citado, página 178.

El eczema herpético agudo y penfigo agudo ó fiebre ampulosa.

En el tercer grado comprende la cuperosa herpética, la urticaria crónica, el prúrigo herpético, que es, según el autor, el *prúrigo formicans* de Willan y aun el *prúrigo ferox* de otros autores, el liquen herpético, psoriasis, etcétera, etc., y multitud de dermatosis, de lo más variado y heterogéneo, hasta llegar al quinto grado del herpetismo.

Todas estas erupciones, como se ve, son de origen herpético, y el herpetismo el tercer término de la vejez prematura, de donde la simplicidad de causas y la relación íntima de todos estos estados no puede ser más clara y terminantemente determinados.

Hasta hace pensar, por la lectura del primer tomo, que no sé si es el único publicado, al menos yo no conozco los demás, que las enfermedades de la piel, proceden ó se desarrollan sólo en este grupo nosológico del herpetismo tercer término de la vejez prematura, porque en los demás estados el artritismo por ejemplo, estudia las lesiones ó trastornos de otros tejidos y órganos.

Es decir, que fundamentalmente para el patólogo español, no hay más que unos cuantos estados esenciales, determinados por un humor específico, cada uno, de donde parten ó arrancan las demás modalidades patológicas.

Creo que así lo hace constar en el prólogo, no tengo tiempo para revisarlo otra vez, pero es lo mismo, porque mi objeto en esta rapidísima exposición no es emitir un juicio de crítica, sino simplemente poner de manifiesto la diferencia tan grande aunque aparente en la forma, que existe entre esta manera de ver de los humores pecantes y su valor de causa, del Dr. Sánchez Herrero, y el nuestro,

y al mismo tiempo aunque ello parezca paradójico, la validez que concede á nuestro trabajo la sabia obra de nuestro malogrado compañero.

No está demás este estudio. Demuestra claramente que si por los nuevos trabajos en la dermatología, puede sostenerse el humor pecante, y éste con el carácter que exponemos, como causa de determinadas dermatosis, de las que Brocq llama reacciones cutáneas, especialmente, vemos por otro lado, la misma orientación en la Medicina interna como llama y defiende el Dr. Sánchez Herrero, sosteniendo esos estados diatésicos, del artritismo y del herpetismo, que en realidad no han podido destruir los trabajos más modernos.

Es una base más en que afirmar nuestras ideas, ¿qué podrá resultar?

# LA PROSTATITIS BLENORRAGICA

POR EL

DR. RODRIGO ESTEBAN CEBRIAN

---

Aunque las supuraciones prostáticas son conocidas desde la más remota antigüedad, sin embargo su conocimiento verdaderamente científico y quirúrgico comienza con los trabajos de J-L. Petit y Desault á fines del siglo XVIII; más tarde la magistral descripción de las inflamaciones de la próstata de Boyer, con el artículo de Velpau y anotaciones de Lallemand, precisaron más, las inflamaciones supurativas de este órgano, que anteriormente permanecían confundidas y englobadas, con otros padecimientos urinarios y genitales; posteriormente los estudios de Guyón y la memoria de Segond sobre los abscesos de la próstata, y finalmente las concienzudas investigaciones clínicas y bacteriológicas de Finger, vinieron á completar el conocimiento de los procesos supurativos del órgano.

Ello no obstante y á pesar de cuantas citas de trabajos é investigaciones pueda mencionar en el transcurso de este artículo, no satisface mi criterio y modo de ver el asunto, criterio y orientación nacidas en el terreno clínico y no desvirtuadas hasta la fecha por las comprobaciones que en el decurso profesional haya podido realizar asentada sobre la base incommovible de la Anatomía del

órgano, que me ha de servir para formular los síndromes de la prostatitis, objeto de estas líneas.

Y esto que pudiera parecer una divagación médica, me parece que está justificado, por la frecuencia de las inflamaciones del órgano y por los repetidos ataques á que le expone su situación, en contacto con una cavidad natural y en el camino de un conducto excretor, que por las funciones complejas que desempeñan, le exponen á la repetición de las infecciones.

Aunque la inflamación de la próstata y en sus causas determinantes, pueda ser producida por infecciones de origen circulatorio unas veces, como sucede, por ejemplo, en la infección purulenta (Desormaux, Socin), la parotiditis (Gosselin, Güterbock), la angina flegmonosa (Frisch), la pulmonía (Beck), etc.; infectada otras por vía linfática, como sucede en las supuraciones rectales y peri-rectales, hemorroides infectadas, fístulas, etc.; y por último directamente, en los casos de heridas de la próstata por vía perineal, rectal y hasta hipogástrica (Monod), en las manipulaciones instrumentales y medicamentosas que sobre la próstata se realizan (inyecciones, cateterismos, etc., etc.), ó por intermedio de la orina infectada procedente de los tramos del aparato urinario, situados por encima de la zona donde radica el órgano que nos ocupa; prescindiré deliberadamente de todas estas formas, para ocuparme de las prostatitis que se presentan por infecciones glandulares ascendentes, por continuidad orgánica, las que aparecen en una palabra, en el curso de las uretritis y en particular de la blenorragica.

Esta fragmentación de las causas con eliminación de las mencionadas, no disminuye en mi sentir la importancia

del asunto; recordemos que la estadística global de Erb, al considerar baja la cifra del 20 por 100 de blenorragicos, dada por Blaschko teniendo en cuenta las investigaciones sobre la población de Berlín, la hace ascender al 45 por 100, distribuída en cuanto á la edad, teniendo en cuenta el examen de 368 casos, en la forma siguiente:

De 16 á 25 años.....	312 casos, sean 84·7 por 100.
» 26 á 30 » .....	42 » » 11·4 por 100.
» 31 á 30 » .....	12 » » 3·2 por 100.
» más de 40 años. ...	2 » » 0·5 por 100.

Si al conocimiento de estas cifras añadimos la importancia y transcendencia del factor blenorragia sobre el individuo y la sociedad, bajo los diferentes aspectos que ni siquiera yo mencionaré, encontrarán los lectores más que justificado, que llame la atención sobre un asunto que á primera vista pudiera parecer banal.

Si bien es verdad que al decir de Bierhoff, la blenorragia uretral tratada metódica y regularmente por los lavados anteriores de la uretra, sólo da el 5·2 por 100 de prostatitis, no es menos cierto también, que por circunstancias y razones que no son del caso enumerar, el padecimiento es muchísimo más frecuente que lo que indican las cifras apuntadas; las estadísticas globales de autores distintos sobre las prostatitis agudas y crónicas, de las cuales algunas sólo pudieron ser afirmadas por reiterados y minuciosos análisis microscópicos, permiten afirmar: que la prostatitis es la obligada consecuencia de la blenorragia de la uretra posterior, el 85 por 100 de los casos según Casper, el 94 por 100 según Waelsch, y hasta el 100 por 100 según Frank; y como quiera que Neisser afirma que el 74 por 100 de las blenorragias, se hacen posteriores, aun admitiendo como

buenas las cifras más bajas de las señaladas, la de Casper, por ejemplo, resultará de todos modos un elevado número de prostatitis en el curso de la blenorragia.

La proporción de las prostatitis, aumenta por otra parte con la antigüedad de la blenorragia; Notthaft que ha formulado sus diagnósticos, por la comprobación de elementos puriformes en las secreciones prostáticas, ha encontrado sobre un conjunto de 1530 casos, que las blenorragias de 3 á 6 meses daban 46 por 100 de prostatitis, las de 6 á 12 meses 68 por 100, y finalmente las de más de un año 72 por 100.

Quiero señalar antes de entrar de lleno en el sujeto de este artículo, cuál es el agente causal que con más frecuencia produce la prostatitis, por la transcendencia inmensa que de su conocimiento se deriva para la sociedad; parecerá á primera vista que la prostatitis aparecida en el curso de una blenorragia uretral, ha de ser producida por el mismo agente causal de la uretritis, por el gonococo, mas si consultamos lo que dicen los primeros autores que del asunto se ocuparon y en el terreno bacteriológico claro es, llegamos á conclusiones completamente diferentes, y así vemos que señalan como agentes más frecuentes en la producción de las prostatitis á los estafilococos, estreptococos, cocos diversos, pneumococo, bacilo de Friedlander, colibacilo y hasta los anaerobios (4 veces, Albarrán, Cottet, Duval), reconociendo una importancia por su frecuencia á estos microorganismos que está fuera de la realidad, como posteriormente lo han demostrado detenidos y repetidos análisis bacteriológicos.

En efecto, Casper sólo encontró una vez el gonococo, en 25 abscesos de la próstata; Segond señala 46 veces dicho

agente en 115 casos de abscesos; Albarrán afirma que no es el gonococo el agente que con más frecuencia se encuentra en las infecciones de la próstata aparecidas en el curso de la blenorragia, y Oraison en un congreso de Urología celebrado en París en estos últimos años, decía que se encontraba en el 35 por 100 de los casos; está comprobado que su frecuencia disminuye poco á poco con la antigüedad de la lesión aumentando por el contrario las formas bacterianas de otras clases, según Notthaft de 6 á 12 meses después de la infección, se encuentra el gonococo el 75 por 100 de los casos, para desaparecer por el contrario al cabo de tres años, mas aun siendo esto cierto, como afirmaba Minet y se ha venido á comprobar con toda exactitud, no nos podemos conformar con el papel secundario que á dicho agente se le venía confiando en la presentación y causa de las prostatitis, suposiciones y afirmaciones comprobadas por las investigaciones de Frank, que sobre 210 prostatitis blenorragicas encontró 179 veces el gonococo y en 26 otros agentes, y las de Bierhoft, el que comprueba el gonococo 127 veces en 151 casos.

Terminadas estas anotaciones que por juzgarlas de importancia é interés he señalado, llega el momento de exponer los síndromes y clasificar las variedades de prostatitis, siendo precisamente aquí donde me separo de casi todos los autores, que con rara unanimidad vienen repitiendo y admitiendo como buena la clasificación que de esta enfermedad formulara Albarrán, y lo hago así, no caprichosamente, sino porque la clínica, con sus variados y numerosos casos, me fué inclinando el ánimo en este sentido, y porque en la anatomía del órgano, entendía que radicaba la base de mi concepción sindrómica de las inflamaciones de la próstata.

Podemos afirmar sin temor á equivocarnos, que la anatomía de la próstata está claramente estudiada, y confirmadas por añadidura esas investigaciones por la prueba patológica del órgano. Dos grupos glandulares completamente independientes y distintos se han establecido en virtud de estos estudios; uno central constituido por glándulas situadas por debajo de la mucosa uretro-vesical, guardando con ella íntima conexión, y extendidas en toda la longitud y circunferencia de la uretra prostática y porción del triángulo vesical, inmediato al cuello ó esfínter liso de la vejiga; las de la pared antero-superior del canal son poco numerosas, estando reducidas á depresiones pequeñas del epitelio uretral en la mucosa, con pequeños canales excretores; por el contrario las de la pared postero-inferior de la uretra son más numerosas y desenvueltas, repartidas en dos agrupaciones situadas: la una al nivel del verumontanum, y en la región del cuello vesical la otra.

La primera agrupación sub-montana, está constituida por glándulas cuyos productos excretores desembocan directamente en la uretra ó en la cavidad del utrículo prostático; la aglomeración sub-cervical, queda formada por un grupo de glándulas que asientan á la vez sobre la uretra y sobre la porción del triángulo vesical inmediato al cuello de la vejiga, situada inmediatamente por debajo de la mucosa, y extendidas entre ésta y la capa muscular de la vejiga, que constituye el esfínter liso de la misma, separándolas de la próstata propiamente dicha; este núcleo, de desarrollo y volumen variable según los sujetos, es asiento la mayor parte de las veces de la llamada hipertrofia de la próstata, como lo han demostrado de una manera concluyente los trabajos de Albarrán y Mozt de París y de Lomeau de Burdeos.

El grupo periférico de las glándulas periuretrales, constituye la porción glandular de la próstata propiamente dicha, órgano que por ser conocido en su constitución y relaciones, me releva de decir nada de cuanto con el mismo anatómicamente pueda relacionarse.

Estos dos grupos glandulares completamente distintos y diferenciados, según mi modo de ver, y en relación con lo que en el terreno clínico he podido apreciar, son los elementos fundamentales de que nos servimos para el establecimiento de las variedades sindrómicas de las prostatitis; para mí la división de las mismas en glandulares y parenquimatosas, aparte de las que puedan derivarse teniendo en cuenta el factor tiempo, es completamente artificiosa, ¿cómo vamos á suponer y admitir que el proceso inflamatorio se detiene en el fondo del saco glandular sin traspasar su capa epitelial, sin llegar al estroma conjuntivo y tejido muscular de la glándula, existiendo continuidad de tejidos, y viceversa?, se me podrá contestar que las denominaciones de glandulares y parenquimatosas, son teniendo en cuenta la predominancia de los tejidos afectos, pero en tal caso quedaría solamente la forma mixta, ya que no se puede tener en cuenta la predominancia de un tejido, máxime tratándose de órganos pequeños.

Sucede en esto lo que en la clasificación de la nefritis, por ejemplo, y en las que la base histológica que durante mucho tiempo fué la norma y guía de todas las divisiones, fué suplantada por el fundamento anatomo-patológico y derribadas ambas en estos últimos tiempos por el estudio y conocimiento de la fisiología del órgano, dando con ello lugar á una clasificación de base fisio-patológica. Pues otro tanto ocurre en las prostatitis, como pronto vamos á ver.

Para mí existe completa independencia, con variaciones y grados distintos, entre el grupo central y el periférico de la próstata; ambos son susceptibles de sufrir inflamaciones superficiales terminadas por resolución, ó de procesos más profundos terminados por supuración, ya bajo la forma de abscesos múltiples, miliares, ó bien coleccionado el pus en vasta y grande cavidad, para dar lugar al absceso de la próstata, entidad nosológica que goza de cierta individualidad patológica; ambos también padeciendo separadamente, constituyendo complejos sintomáticos distintos; vamos á verlo demostrándolo después con la exposición de casos clínicos.

*Prostatitis del grupo glandular central.*—Es la forma más frecuente y menos grave de las inflamaciones de la próstata, sucediendo siempre á una uretritis posterior y lo más frecuentemente blenorragica, como hemos dicho antes, de donde viene el nombre de catarro blenorragico agudo de la próstata, que la asignó Finger.

La sintomatología de esta forma benigna en su primer estadio, es poco clara y precisa, confundiéndose con el síndrome de la uretritis posterior, diferenciándose de la misma solamente por la existencia de filamentos particulares en la orina, constituídos por los tapones purulentos que formados en los canaliculos glandulares, son arrastrados por la orina; su forma es la de una coma, con una extremidad gruesa y otra afilada, generalmente flotantes en el líquido urinario, existiendo en mayor cantidad en las porciones de la orina últimamente emitidas (en el último vaso, prueba de Tompson). El examen físico no acusa ninguna alteración.

En un estadio más avanzado, cuando la inflamación termina por supuración, la infiltración glandular es mucho

mayor, dando lugar á una sintomatología completamente distinta; en la fase aguda existe polakiuria ligera con dificultad á la micción, siendo necesario el esfuerzo abdominal para que ésta se realice, la micción está retardada y disminuida la fuerza de proyección del chorro urinario (disminución del arco urinario), pequeñas manifestaciones de estranguria y en algunas ocasiones ligeras hematurias terminales poco dolorosas.

Los fenómenos generales son insignificantes ó nulos, pasando generalmente desapercibidos; ligero malestar y movimiento febril de poca intensidad y pasajero, acompañando esto rara vez de sensación de peso molestia y continua en el bajo vientre ó en el periné.

El examen físico descubre: Por tacto rectal, una próstata (la periférica ó próstata propiamente dicha) completamente normal ó ligeramente infartada, nada ó poco dolorosa, sin ningún punto depresible; por encima de la base de este órgano, entre las vesículas seminales se puede encontrar caracterizando esta forma, un engrosamiento de variable tamaño, tan grande en algunas ocasiones que puede tomarse por el tercer lóbulo de la próstata (lóbulo medio) y el cual se continúa en todo el trayecto uretral prostático, como puede apreciarse haciendo caminar el dedo en la dirección del surco interlobular de la próstata; existe exceso de sensibilidad lo mismo al contacto que á la presión, determinando ésta vivos deseos de orinar, el cateterismo vesical, después de micción espontánea, comprueba la existencia de un ligero residuo vesical.

En la fase crónica, desaparecen todos los síntomas subjetivos, traduciéndose su existencia en alguna supuración uretral sobre todo matutina y por la presencia en la orina

de gruesos tapones mucopurulentos, pesados, que se van al fondo y que son más abundantes en el segundo vaso.

La supuración disminuye en cantidad en los comienzos del mal, para restablecerse después, quedando reducida en la forma crónica á pequeña supuración clara y transparente apreciable sobre todo por las mañanas y en mayor cantidad cuando han existido erecciones prolongadas, ó exista estreñimiento pasajero.

Endoscópicamente (uretroscopía posterior para el grupo sub-montanal y cistoscopia para el sub-cervical) se aprecian: inflamación de toda la mucosa con turgencia de sus vasos, inflamación edematosa en las aberturas de los canales excretores y en el utrículo prostático, y alguna ulceración á fondo y bordes desiguales en la región del trigono vesical inmediato al cuello.

El examen microscópico de las secreciones recogidas, espontáneamente ó por expresión glandular, comprueba la existencia de células de epitelio pavimentoso, algunas muciformes, glóbulos de pus, elementos esferoidales y una flora bacteriana variable.

El diagnóstico diferencial con las inflamaciones de la próstata periférica, sólo puede establecerse por el tacto rectal; llenar la vejiga de un líquido claro y transparente, amasar la próstata propiamente dicha, con suavidad, sin extenderse más allá de los límites del órgano, vaciar la vejiga espontáneamente, y el líquido saldrá claro y transparente, á lo sumo ligeramente enturbiado por el licor prostático y algún filamento virgula de Finger; llenar nuevamente la vejiga, amasarla vacía ó sobre un Beniqué, en la zona comprendida entre el espacio limitado por las vesículas seminales y en el surco interlobular de la próstata,

y se comprobará: en el líquido que llena la vejiga grumos purulentos ó mucosos según la antigüedad de la lesión, que se van prontamente al fondo del recipiente, y ausencia de supuración, por mejor decir, de salida de secreciones por la uretra, no sólo espontáneamente, sino aun después de exprimirla de atrás adelante, carácter de inestimable valor para el diagnóstico.

Estas formas de prostatitis que se presenta con bastante frecuencia en los jóvenes, constituyen la forma más común por encima de los 50 años, en cuyos individuos los grupos glandulares de que nos ocupamos, sufren aumento considerable; de tiempo en tiempo, si existe aun en la supuración el gonococo puede dar lugar á reinfecciones de la uretra, siendo su curación difícil, de larga duración y penosa, teniendo en cuenta las insignificantes molestias que producen y siendo en más de una ocasión la desesperación del médico y del enfermo; afortunadamente la gravedad es mínima, ya que la desaparición de su contagiosidad puede conseguirse, no exigiendo nunca intervenciones quirúrgicas que por la profundidad y vascularización del órgano, no dejan de ser difíciles y peligrosas.

Ved tres casos clínicos cogidos al azar en distintas edades:

El primero hace relación á un hombre de 25 años, J. F., natural de la provincia de Lérida, de profesión comerciante, soltero y residente en esta capital: ha padecido diversas blenorragias: la primera en 1910 de la que curó completamente y en poco tiempo; la segunda en el año 1912 que exigió más de 3 meses de tratamiento su curación; la última adquirida en el mes de junio del presente año y comenzada á tratar inmediatamente; á las tres

semanas de tratamiento cuando la supuración había disminuído considerablemente, se queja de ligera frecuencia de las micciones, con escozor más acentuado al final, con disminución del chorro urinario (disminución del arco urinario), siendo necesario ligero esfuerzo abdominal para el comienzo de la micción, coincidiendo con desaparición casi completa de la supuración; la exploración rectal no acusa ningún cambio del lado de la próstata periférica, ni de las vesículas seminales, en el espacio comprendido entre éstas y la base de la próstata y en el trayecto del suero interlobular de la misma, empastamiento ligero sumamente doloroso á la presión; por ello se suspende todo tratamiento intrauretral, condenando al enfermo á reposo y antiflogísticos, con la cual desaparecen en poco tiempo los fenómenos agudos.

Alcabo de 10 días, encontrándose el enfermo mejor, acude á la consulta apreciándose por tacto rectal disminución del empastamiento vesical quedando un núcleo como media avellana y un exceso de sensibilidad muy grande en el trayecto uretral intraprostático; el amasamiento de estas dos regiones previo lavado vesical con un líquido claro é indiferente con el que se rellena la vejiga, da salida á gruesos copos y abundantes tapones mucopurulentos que caen á la vejiga, sin dar salida á través de la uretra á ningún elemento secretorio; el cateterismo evacuador acusa un exceso de sensibilidad en el trayecto prostático y un residuo vesical de 25 gramos; la uretroscopía posterior descubre intensa inflamación de la uretra posterior, acentuada sobre todo á los lados del verumontanum; el examen de la secreción espontánea y de la obtenida por amasamiento en la actualidad, pues el enfermo sigue en tratamiento aunque sin supuración espontánea ni provocada, descubre

células pavimentosas escasas, algún glóbulo de pus, filamentos de mucus, restos de espermatozoides, y cocos diversos que no tomaban el Gram.

El segundo enfermo hace relación á un hombre de 48 años, natural de Méjico, residente en Valladolid, abogado, casado. Antes de los 20 años una blenorragia que curó, en el mes de febrero del corriente año acude á mi consulta diciéndome: que hace dos meses y á las 48 horas de un coito extramatrimonial, se le presentó supuración uretral, acompañada de escozor al orinar y dolor á la erección, microscópicamente, se encontraron en la supuración numerosos gonococos intra y extra-celulares, y como quiera que había comenzado un tratamiento de inyecciones, teniendo en cuenta la escasez de la supuración, se le aconsejó que siguiera con igual método de tratamiento.

A los dos meses acude nuevamente para manifestar, que después de 8 días sin supuración, ésta volvió con la cesación del tratamiento, en vista de lo que, se le recomiendan lavados uretro-vesicales de argirol diariamente practicados, aparte de los cuidados higiénico-dietéticos; todo iba bien, mas al cabo de 20 ó 25 días de tratamiento, se queja un día en la consulta de escalofríos, ligero malestar, pulso frecuente y tenesmo vesical, comprobándose la disminución del arco urinario, la orina turbia y purulenta, sobre todo al final, que es ligeramente hematórica; el tacto rectal no acusa nada del lado de la próstata periférica, por el contrario encima de la base de ésta, se aprecia una tumoración grande, del tamaño de una nuez, grandemente dolorosa, provocando la presión sobre esa zona, violentos deseos de orinar; en una exploración posterior después de un tratamiento conveniente, se encuentra el mismo estado, no

dando el amasamiento practicado en esa zona ningún rezumamiento uretral, y en el líquido del lavado gran enturbiamiento purulento con numerosos filamentos pequeños y al microscopio glóbulos de pus abundantes y gran cantidad de gonococos. El cateterismo vesical da salida á 40 gramos de orina residual; por último, una posterior exploración cistoscópica cuando habían desaparecido por completo los fenómenos agudos, descubrían una pequeña ulceración en el trigono vesical, inmediata al cuello, de bordes y fondo desigual y excavada en el espesor de la mucosa.

El tercero hace relación á un hombre de 62 años, natural y residente en esta capital, D. L. R., casado. Ha padecido diversas blenorragias y sufrido diferentes tratamientos; á primeros de julio se presenta en la consulta por sentir frecuentes y dolorosos deseos de orinar nocturnos y diurnos, que se exageran un poco por el movimiento, con ligera molestia á la defecación y sensación continua y molesta de pesantez y dolor, en las márgenes del ano y periné: un inaplazable viaje de veraneo por las playas del Norte le impidió comenzar el tratamiento, recomendándole lo que debía de hacer en ese plazo; á su regreso en el mes de septiembre, manifiesta que el trastorno que le ocasionó el viaje, le obligó á guardar cama y solicitar los cuidados y asistencia del médico, con cuyo tratamiento mejoró, siguiendo sin embargo la polakiuria disúrica, con estranguria y los fenómenos generales propios de estos estados; una exploración rectal, descubre la próstata aumentada, endurecida, pero poco dolorosa; por encima de su base, un engrosamiento grande, doloroso, movilizable y perceptible por palpación combinada por la mano del hipogastrio que siente las impulsiones del dedo rectal; el amasamiento de toda esta

región daba: secreción uretral abundante y un líquido de lavado sumamente turbio, con numerosos grumos orgánicos purulentos y restos membranosos.

Un tratamiento ordenado y pertinente, hizo desaparecer rápidamente los fenómenos de la próstata, quedando sin embargo los típicos de la supuración del grupo sub-cervical, que daba lugar á 75 gramos de residuo vesical; la continuación del tratamiento, hizo desaparecer por completo todos los trastornos generales y molestias locales, la supuración espontánea y á la presión. En la actualidad, dado de alta por curación, no quedan más que los copos mucosos y membraniformes obtenidos por expresión, pequeños filamentos en las últimas porciones de orina y 25 gramos de residuo vesical, con trastornos y síntomas de prostatismo, imputables á la hipertrofia ligera de la próstata que tiene este enfermo.

He aquí reseñados tres casos típicos, de diferentes edades y en los que se aprecia la confirmación de la sintomatología señalada; el primero un joven de 25 años en el que toman participación ambos grupos glandulares centrales; el segundo de más edad, pero sin llegar aún á la del prostatismo, en el que solamente el grupo sub-cervical es el lesionado; en el tercero, por último, se mezclan síntomas de prostatismo por hipertrofia, ligero grado de prostatitis del núcleo periférico, y por último, como lesiones más acentuadas y profundas, las del grupo sub-cervical, donde asentaba seguramente el elemento hipertrofiado de nueva formación.

*(Continuará).*

# LOS FLEMONES DEL SUELO DE LA BOCA

POR EL

**Dr. Dacio Crespo Alvarez,**

DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE ZAMORA

---

— Importa tanto el conocimiento de estos flemones que, sinceramente, no acertamos á comprender la desgana con que tratan tema tan interesante los autores clásicos.

Y, sin embargo, quien por abrigar un equivocado concepto de dichos flemones aplaza en ocasión propicia la intervención quirúrgica, pronta, resuelta y salvadora, comete un delito, de tanta gravedad al menos, como si ante un caso de hernia estrangulada desconociese ó no aceptase el repetido aforismo de Stromayer.

No pretendo ahora hacer el estudio completo de los flemones del suelo de la boca. Este estudio apropiado á una monografía y no á un artículo, abrigo propósitos de intentarlo en ocasión propicia. Hoy he de limitarme á dar publicidad á los comentarios que la clínica me ha sugerido, comentarios que, expuestos honradamente, han de ir ayunos de toda hojarasca doctrinal inseparable compañera de la confusión y del desorden.

He aquí, abreviadas, tres historias clínicas por mí recogidas recientemente:

OBSERVACIÓN 1.<sup>a</sup> D. N. E. de 38 años, sin hábitos de higiene de boca y fumador empedernido conserva solamente cuatro incisivos, dos caninos y tres molares, todos ellos negros, cubiertos de sarro y más ó menos movibles.

Soy llamado á visitarle tres días después de sufrir agudos dolores del primer gran molar inferior derecho, que presenta en sus caras posterior é interna una cavidad cariosa. Cuando veo al enfermo, la odontalgia ha desaparecido casi por completo, siendo reemplazada por un dolor menos agudo, pero no menos molesto, que el paciente localiza en *la base de la lengua* y que, según él, le prohíbe los normales movimientos de este órgano dificultándole por tanto, la deglución y el lenguaje hablado.

Compruebo en el reconocimiento que practico una tumoración dura y tensa que partiendo del molar enfermo se extiende en abanico hasta muy cerca de la línea media del suelo de la boca, el cual, en esta porción, es convexo y doloroso. Todos los caracteres de la tumoración y el estado febril del enfermo hacen pensar resueltamente en un proceso inflamatorio.

Se trata, sin duda, de un *flemón del suelo de la boca*.

Como el enfermo se negó á todo tratamiento quirúrgico—propuesto para ahorrarle molestias—le recomendé colutorios calientes de agua oxigenada y toques con tintura de iodo en la zona enferma. Pocas horas después se abrió espontáneamente el flemón apaciguándose notablemente los dolores; el enfermo fué dado de alta dos días más tarde.

El análisis que practiqué del pus recogido reveló la existencia—aparte de las bacterias, lephotrix principalmente, saprofíticas de la boca—de numerosos estreptococos y estafilococos.

OBSERVACIÓN 2.<sup>a</sup> En la mañana del día 24 de julio último y cuando nos disponíamos á practicar una operación, llegó á la casa donde yo me encontraba la niña C. P. de tres años cuya madre encarecía la urgencia de una consulta.

Según me refirió la madre, su hija, sana hasta la noche del 22, había empezado á quejarse de la boca acentuándose por momentos el desasosiego de la enfermita, hasta el punto de que la ninguna importancia concedida en los primeros momentos por pensar se trataba de un nuevo molar, se había trocado en desmesurada impaciencia ante el temor del *garrotillo*.

El estado en que yo ví á la nena justificaba hasta cierto punto la alarma. Con una temperatura elevada—39°2—coincidía la presencia de un empastamiento notable y doloroso del suelo de la boca, cuya mucosa aparecía tensa y distendida; el empastamiento parecía correrse á la región supra-hioidea; la piel, no obstante, conservaba su aspecto y coloración normales. Libre de todo proceso patológico el istmo de las fauces, la deglución, sin embargo, se hacía penosamente, como penosísimo resultaba todo intento para abrir la boca. La respiración, frecuente por el estado febril, se hacía sin obstáculo alguno.

El diagnóstico era indubitable: *flemón del suelo de la boca*.

Tras recomendar los lavados frecuentes de la boca con disoluciones de ácido bórico y perborato de sosa y la aplicación de fomentos calientes en la región supra-hioidea, hice comprender á la madre la necesidad de avisarme urgentemente si la niña empeoraba.

Volví á ver á la enfermita en la tarde del mismo día; su estado era muy semejante; tal vez habíase acentuado el empastamiento y los trastornos por éste ocasionados. A pesar de esto, juzgué oportuno no intervenir aún.

En la madrugada del día 25 notaron que la niña escupía pús y sangre; que, más tarde y dormida la enfermecita se escapaban mezclados, de vez en vez, á través de las comisuras de la boca.

Rápidamente mejoró la niña y en contados días la curación fué completa.

El análisis del pus fué seguido de igual resultado que en la observación anterior. Sembrado dicho pus en gelatina, aparecieron al cabo de 40 horas numerosísimas colonias, entre las cuales destacaban por su número muy crecido las características del estafilococo.

OBSERVACIÓN 3.<sup>a</sup> R. D. M., de 13 años, sin antecedentes morbosos, bien desarrollado, se presenta en mi consulta el 18 del pasado mes de agosto. Su padre, que le acompañaba, manifiesta que en contadas horas y sin causa conocida se habían presentado á su hijo agudísimos dolores en la boca, á la vez que una inflamación *debajo de la barba que amenazaba ahogarle*.

Presentaba, en efecto, en la región supra-hioidea una tumoreación nada movable, de dureza leñosa, sin fluctuación alguna, hallándose la piel de la región ligeramente edematosa y con la coloración normal. Fué totalmente imposible el examen de la boca, no sólo por la resistencia que el enfermo ofrecía á que se le practicase

tal reconocimiento, sino por la acentuada dificultad de separar las arcadas dentarias. A través del pequeño espacio que las separaba se veía la infiltración edematosa de que era asiento la mucosa del suelo de la boca, el cual lejos de prestar, como de ordinario, fácil acomodo á la porción libre de la lengua, empujaba á ésta obligándola á curvarse y á estar aplicada contra la bóveda palatina.

Acompañaba á estos trastornos locales un deplorable estado general. Pálido, afilados los rasgos fisonómicos, hundidos los ojos, surcado el semblante por hondas huellas de intenso sufrir; con fiebre de 40°, pulso pequeño y frecuentísimo, respiración disnéica y superficial...

Seguro del diagnóstico—flemón del suelo de la boca—y ante situación tan comprometida, no vacilé en intervenir prestamente, cierto de que sólo un proceder podía salvar la vida del enfermo.

Dispuesto á los pocos minutos lo necesario, aseptizamos con tintura de iodo la región supra-hioidea y con bisturí incidí los diversos planos que forman ésta, saliendo, á seguida de atravesar el músculo milo-hioideo, una mediana cantidad de fetidísimo pus mezclado con sangre; con unas pinzas que introducimos cerradas y cuyas ramas separamos á fin de hacer mayor brecha y desagüe más amplio, vaciamos el foco flemonoso, y desinfectado que fué éste, dimos por terminado el rapidísimo acto operatorio.

Un curso altamente favorable se inició desde los primeros momentos. Cedió la fiebre, se amortiguaron primero desapareciendo después los trastornos respiratorios, cesó la disfagia, calmáronse los dolores, mejoró el estado general y en veintisiete días, tras veintidos curas minuciosas, detenidísimas, en las que el agua oxigenada y la tintura de iodo jugaron interesante papel, el enfermo fué dado de alta, restándole sólo como reliquias de lo pasado una cicatriz casi lineal que la barba ha de ocultar en su día y una retracción de los tejidos enfermos que lentamente y en un plazo no lejano han de recobrar la elasticidad perdida, sin otro tratamiento que su diario é indispensable funcionar.

En mi laboratorio fué sembrado el pus de este enfermo en tres placas de agar, á fin de proceder á la separación de gérmenes. En la primera placa sembrada, á las 24 horas de permanencia en la estufa, eran tantas las colonias desarrolladas que resultaba imposible su recuento y clasificación. En la segunda placa existían sesenta y siete colonias bien aisladas; diez y ocho muy pequeñas y con su típico aspecto de *granos de sémola* fueron formadas por

el estreptococo; las cuarenta y nueve restantes redondeadas, amarillentas, debíanse al estafilococo. En la tercera placa desarrolláronse solamente nueve colonias: dos de estreptococo y siete de estafilococo. Estos últimos, sembrados ulteriormente por picadura en gelatina, produjeron en ésta el cono de liquefacción característico y dieron al fondo el color amarillo dorado propio del *staphylococcus pyogenes aureus*.

\*  
\* \*

¿Cómo explicar, á la vista de estas tres observaciones, la identidad del diagnóstico y la notable disparidad del pronóstico y del tratamiento?

La clínica, con la severa exactitud de sus enseñanzas, nos autoriza á sentar una importantísima conclusión; *todos los flemones cuyo origen, sintomatología y evolución se acomoden á los descritos en las tres observaciones que preceden, tienen una localización única: la celdilla sublingual ó suelo de la boca*, siendo esta localización idéntica para el absceso gingival que ni enfermedad ocasiona y para el flemón maligno que con la vida acaba en el brevísimo plazo de unas horas.

El asentimiento á esta conclusión es unánime cuando no se trata de los flemones malignos; pero al razonar la insólita gravedad de éstos, las disconformidades aparecen y se forjan doctrinas cuya inexactitud es manifiesta. Probar *la localización única* es aseverar la falsedad de todas las restantes teorías, empezando por la sostenida en 1836 por Ludwing al considerar el flemón maligno como una angina, y terminando por la que aceptan hoy cirujanos de la talla de Fleman al no ver en tales flemones más que la adenitis del ganglio ó ganglios linfáticos que acompañan á la glándula submaxilar.

Y ya que voluntariamente renuncio á los muchos ó pocos argumentos que podía presentar en contra de cada doctrina, extendiendo tal renuncia á las citas bibliográficas en apoyo de la defendida por nosotros y creo que bastarán dos datos, el uno clínico y el otro necrópsico, para otorgar á ésta el marchamo de la exactitud.

Del dato clínico darán fe los que una sola vez hayan operado estos flemones malignos: es indudable que *el foco primitivo, la principal guarida del pus, el verdadero estuche del flemón* no queda jamás abierto hasta que no se incinde el músculo milo-hioideo; esto es, en tanto la cavidad sublingual no ha sido franqueada á través de su pared inferior.

Del dato necrópsico pueden responder los que se tomen la molestia de estudiar el cadáver del que perdió la vida á consecuencia de esta suerte de flemones. Durante nuestro internado con el llorado maestro Dr. Ribera y Sans, tuvimos ocasión de hacer este estudio—el enfermo fué operado en periodo agónico—y él nos confirmó la integridad casi absoluta de las glándulas submaxilares y del estuche aponeurótico que á éstas envuelve.

Se nos argumentará que en otras ocasiones la glándula, la cápsula y los ganglios submaxilares y con ellos todos los tejidos de la región supra-hioidea han sido alterados y destruídos por el proceso flegmático. Aceptando la realidad del hecho, no concedemos el menor valor á la réplica, ya que los datos anatómicos de la región son más que suficientes á dar cuenta de semejante destrozo. Recuérdese, en efecto, la muy amplia comunicación que existe entre la celdilla sublingual y la región suprahioidea, no sólo á través del borde posterior del milo-hioideo

—sobre el cual cabalga la glándula submaxilar, siendo la prolongación anterior de ésta francamente sublingual—sino también, por las relaciones vasculares que unen entrambas regiones, por el propio conducto de Wharton, que una vez destruído en su porción sublingual puede llevar la infección á la entraña misma de la glándula submaxilar y finalmente por los lóbulos de la glándula sublingual que, ganando los intersticios del milo-hioideo, penetran en ocasiones en la región suprahioidea, y que, si sirven para explicar cómo una ránula sublingual puede hacerse suprahioidea (Morestin), deben servir mejor para ser conductores directos ó indirectos del agente infectante.

La observación minuciosa del proceso evolutivo de estos flemones confirma siempre la prioridad de su desarrollo en la celdilla sublingual y su propagación ulterior—que después de lo dicho es razonablemente explicada—á la región inmediata inferior.

Estamos tan convencidos de la doctrina expuesta, que no dudamos en afirmar la relativa benignidad de las infecciones suprahioideas siempre que no se propaguen á la región sublingual. En este caso el flemón del suelo de la boca es factible y probable, y la gravedad análoga—aunque la evolución sea totalmente distinta—á la de los flemones sublinguales primitivos, con mucho los más frecuentes y sin duda los más interesantes.

No, no es la localización anatómica la responsable de la mayor ó menor gravedad de los flemones que estudiamos, y no siéndolo cabe, preguntar ¿es el agente infectante el provocador de tales diferencias?

Bien se nos alcanza que el boceto de estudio bacteriológico que hemos hecho, no nos autoriza á la respuesta

categorica; más aún, ignorando como ignoramos si por alguien se ha investigado este aspecto del problema de una manera completa, no sólo cultivando en los más diversos medios los gérmenes puógenos de estos flemones sino valorando la virulencia y el poder agresivo de tales gérmenes. Parece indudable, sin embargo, que el estreptococo y el estoflococo son los responsables directos de todos los flemones sublinguales, y á juzgar por nuestras modestas investigaciones—más minuciosas en el caso de flemón maligno—el *staphylococcus pyogenes aureus*, gozaría de cierta preponderancia, en contra de la opinión de Reclus, que considera al *streptococcus pyogenes* «este microbio que hace á todo» el responsable más directo de los flemones sublinguales.

Aceptando la colaboración de entrambos gérmenes y reconocida su residencia habitual en la boca, será suficiente una solución de continuidad de la mucosa sublingual, ó la caries dental simplemente, para que esos agentes puógenos puedan ganar la celdilla sublingual y desarrollar en ella sus propiedades nocivas al amparo de un favorable grado de temperatura y humedad.

Y aquí, como en todo proceso séptico, la intensidad de la infección tiene que regularse en conformidad á un conjunto de factores altamente complejos, para catalogarlos con precisión. La virulencia del agente infectante, las asociaciones con otras bacterias que aumentan su poder agresivo, las pocas ó muchas defensas de que dispone el organismo atacado, la premura ó el retraso en sujetarse al tratamiento oportuno, la laxitud mayor ó menor del tejido celular que rellena la celdilla sublingual y que ha de permitir la extensión más ó menos amplia del proceso flemonoso, en una

palabra, la serie de circunstancias que modelan *el caso clínico* y que son creadoras del concepto *enfermo* bien distinto al de *enfermedad*.

¿Son desfavorables ó poco propicias las condiciones en que los gérmenes se desenvuelven? Pues el flemón sublingual forzosamente ha de tener una evolución precaria. Por el contrario. ¿Se aunan, se robustecen, se completan esos distintos factores hasta lograr la más ventajosa concordia á favor de los agentes patógenos? Pues, imperiosamente, la infección ha de estallar violenta, amenazadora, gravísima.

Justifican estos adjetivos no sólo la desigual lucha entre el organismo y las bacterias, sino también y muy especialmente la anatomía de la región.

La celdilla sublingual está limitada por cuatro paredes; tres, á más de precisas, son hasta cierto punto infranqueables al pus: la *ántero externa*, representada por la rama horizontal del maxilar inferior en el segmento comprendido por encima de la línea milo-hioidea; la *inferior* constituida por el músculo milo-hioideo; y la *superior*—menos firme—que está formada por la mucosa sublingual; la cuarta pared, la *póstero interna* no sólo carece de límites precisos sino que establece la continuidad del suelo de la boca con la región suprahioidea, con la porción faríngea ó base de la lengua y por intermedio de ésta la contigüidad con regiones del cuello que no toleran, más que con gran peligro de vida, toda agresión por un proceso flegmático.

Desarrollada la infección en sus tonos más violentos, el pus y los agentes puógenos no tienen más que dos caminos: ó vencen la integridad de la mucosa sublingual y

se vacían más ó menos difícilmente en la boca (1), ó lo que es más factible, aprovechan el libre paso que les brinda la pared posterior de la célula sublingual y propagan la infección no sólo á la región supra-hioidea sino también á la base de la lengua; y no deteniéndose en este último camino, puede el proceso séptico ganar incluso el propio tejido pulmonar, si antes no dió fin á la vida un edema laríngeo, una bronquitis séptica ó una de las muchas complicaciones que más tarde hemos de apuntar.

En suma: *la gravedad, menor ó mayor, de los flemones del suelo de la boca no depende de su localización anatómica—siempre la misma—ni de los gérmenes puógenos que las ocasionan. Se debe simplemente á los múltiples factores que regulan la violencia de todo proceso séptico y á las condiciones anatómicas de la región en que se desenvuelven dichos flemones.....* Lo mismo, exactamente lo mismo, que sucede en los restantes procesos infectivos, desde la peritonitis hasta el panadizo.

\*  
\* \*

Afirmando, desde luego, la posibilidad de que el flemón sublingual más benigno puede convertirse, en determinado momento, en el más grave de estos flemones, ha de permitírse nos una clasificación que satisface necesidades de la clínica y que se acopla á las distintas intensidades con

---

(1) Tal sucedió á una enferma de flemón sublingual maligno que se presentó en la consulta de mi padre el pasado año, y que en atención á que existía la comunicación bucal no fué operada inmediatamente, lográndose la curación definitiva sin practicar la intervención quirúrgica que en todos momentos estuvo dispuesta.

que estos flemones evolucionan y á las que pueden servir de tipo los tres enfermos por nosotros historiadados. Esta clasificación abarca tres grupos: *Los flemones sublinguales benignos; los flemones sublinguales malignos agudos; y los flemones sublinguales malignos sobreagudos ó gangrenosos*, bien entendido que no separan estas agrupaciones contornos precisos ni diferencias valorables cuando se comparan entre sí enfermos límites de una á otra categoría.

*Los flemones sublinguales benignos*, cuyo tipo es el flemón gingival que corresponde á la cara interna del alvéolo, son de un tan fácil diagnóstico que la mayoría de los enfermos nos lo dan hecho al consultar su afección. Una caries dental previa, cuando no la evolución anormal de un molar; una induración dolorosa de la encía, que más tarde aparece abultada é hipersensible, normalidad completa del funcionalismo bucal y un ligero, á veces imperceptible, estado febril. Eso es todo; el flemón evoluciona en contados días y salvo la posible agudización del proceso infectivo, la curación se obtiene en plazo brevísimo.

*Los flemones sublinguales agudos malignos* hacen su aparición á seguida de una lesión del suelo de la boca que en ocasiones, por su pequeñez, pasa inadvertida. Un dolor violento y terebrante abre la escena; bien pronto la mucosa sublingual se tumefacta, la porción libre de la lengua es empujada hacia la bóveda palatina y todo movimiento de lengua y mandíbulas se hace difícil y penoso. El enfermo, con la boca entreabierta, rechaza toda alimentación sólida ó líquida, articula difícilmente las palabras más precisas y deja escapar la saliva á través de sus comisuras bucales. El estado general es inquietante, temperatura alta, pulso

pequeño y frecuente, desasosiego extraordinario ó postración manifiesta. Por regla general la región supra-hioidea participa secundariamente del proceso séptico.

Este cuadro, cuya gravedad no debe pasar desconocida, cede ó remite en cuanto el pus ha logrado abrirse paso al exterior, desaguando casi siempre en la boca y siendo en ocasiones difícil—á nosotros nos ha sucedido—encontrar el punto preciso de ese desagüe.

*Los flemones sublinguales malignos sobreagudos ó gangrenosos*—los mal llamados angina de Ludwid ó de Ludovici—tienen una característica especial: *su gravedad extraordinaria* que no se vence más que con la intervención terapéutica.

En pocas horas ó tras algunos días de incubación aparece en el suelo de la boca un empastamiento dolorosísimo que obliga á suspender los movimientos de las mandíbulas, las cuales, sujetas también por un trismus que mantiene un tanto separadas las arcadas dentarias, permiten el escape de la saliva, *cuya fetidez no hemos comprobado nunca.*

La región supra-hioidea es prontamente contagiada y en ella se comprueba una induración—que siendo central ó lateralizada en un principio no tarda en difundirse—, cuyos principales caracteres son: la inmovilidad, la consistencia leñosa, el dolor violento que provoca, la falta de todo signo de fluctuación y la integridad anatómica de la piel que cubre la región.

Acompaña á estos síntomas locales un síndrome general manifiestamente grave. Precedido ó no de intenso escalofrío se inaugura un estado febril que oscila entre 39°,5 ó 40°,5 y á este primer heraldo de la intoxicación séptica—en ocasiones tan formidables que mata por sí sola al enfermo—siguen

la frecuencia, pequeñez y arritmia del pulso, el abatimiento y postración del paciente, más aparatosas por el aspecto de idiota que éste ofrece, la disfagia y los trastornos respiratorios que antes señalamos.

A no intervenir prestamente la pioemia misma ó una complicación—edema de la glotis, perforación de los grandes vasos, de la tráquea, esófago ó faringe, bronquitis ó bronco-pneumonía séptica, etc., etc., dan pronto y seguro fin de la vida del enfermo.

Fortuna grande es que estos flemones gangrenosos no son frecuentes, pero por lo mismo el clínico está obligado á ser precavido y á grabar en su memoria el recuerdo de estos posibles accidentes que puede evitar procediendo sin punibles cobardías.

\*  
\* \*

Al discurrir sobre el tratamiento de estos flemones es forzoso ocuparse de la profilaxis de los mismos, tan clara y tan precisa después de lo dicho que tal vez indicarla se juzgue innecesario. La higiene de la boca, el más delicado aseo de esta cavidad, y la integridad anatómica de los dientes, que puede reemplazarse en el caso peor por los empastes ú otros artificios de la moderna odontología, son la base del tratamiento profiláctico. Tan indiscutible es el valor de estas medidas, lo mismo en la profilaxis de estos flemones que en la de otros muchos procesos patológicos, que nuestros gobernantes, muy recientemente, han dictado acertadísimas y muy laudables disposiciones que á tal fin se encaminan.

Disminuir el número de gérmenes, empobrecer la virulencia de los mismos é imposibilitar su arribo á la celdilla

sublingual es hacer muy útil labor en contra de la aparición de los flemones del suelo de la boca.

Si por negligencia en el tratamiento profláctico ó, á pesar de éste, el flemon se produce, nuestro proceder terapéutico debe acomodarse á la intensidad con que el proceso séptico evolucione, siempre convencidos—volvemos á repetirlo—de la posible agravación del que en un principio se reputó como el más inofensivo de dichos flemones.

El tratamiento *del flemon sublingual benigno* no reclama otras atenciones que una más esmerada higiene de la cavidad bucal y pincelaciones con soluciones anestésicas locales que amortigüen el dolor. No somos partidarios de incindir tales flemones, pues si la mayoría de las veces el enfermo siente el inmediato alivio que sigue al desbridamiento de todo proceso inflamatorio, es indiscutible que puede, en algún caso, ser la incisión practicada, brecha más amplia para el paso de los gérmenes que en la boca anidan, y cuya completa destrucción resulte, en dicha cavidad, totalmente imposible.

Un tan sencillo menaje terapéutico reclaman también los *flemones sublinguales agudos malignos*. Puede y debe intentarse una más rápida evolución del proceso *favoreciendo la supuración* con fomentos antisépticos—sublimado, hermofofenil, etc.—aplicados repetidamente en la región supra-hioidea y tal vez se repute en ocasiones preciso sostener las energías del enfermo con la clásica medicación tónica—alcohol principalmente.—

No negamos que en algún caso las especiales condiciones del paciente ó la rebeldía del proceso séptico puedan fundamentar el desbridamiento del flemon. El clínico que valorando estas distintas circunstancias, á cuya variabilidad no

podemos acomodar un criterio cerrado, se decidiese por la intervención quirúrgica hábilmente practicada no sería merecedor del más pequeño reproche.

*Los flemones sublinguales gangrenosos* demandan una inaplazable intervención quirúrgica, sin la cual—ya queda consignado—la salvación del enfermo no puede conseguirse nunca.

Y esa intervención operatoria, al alcance del cirujano más humilde, debe practicarse prontamente, resueltamente, salvando con tesón cuantas dificultades á ella se opongan y aseverando siempre que sólo el acto quirúrgico puede responder de la vida del enfermo. Ni drogas, ni preparados metálicos, ni sueros; hay que operar aprovechando los minutos, pues perderlos en fútiles dilaciones es, cuando no nefasto, imprudente y censurable.

Esta intervención quirúrgica se reduce al desbridamiento del flemón y no reclama ni ayudantes expertos ni instrumental complicado.

Desinfectada la piel de la región supra-hioidea con abundante embrocación de tintura de iodo, hágase con bisturí ó termocauterio una amplia incisión en la línea media, inmediatamente por detrás, y perpendicular á ella, de la rama horizontal del maxilar inferior; profundícese hasta llegar al milo-hioideo atravesando el rafe aponeurótico central de este músculo—*línea blanca supra-hioidea*—pénétrese sin temor alguno en la celdilla sublingual. Estamos en pleno foco; de él se desprenden gases de olor fetidísimo, que operando con termocauterio arden con llama azulada. Es preciso completar el desbridamiento con las ramas de una pinza, abierta después de introducida, y tras vaciado el flemón, libre de mal trabado pus y de sangre la cavidad

sublingual, aparecen los tejidos de esta región gangrenados y putrilaginosos. Importa muchísimo completar el desbridamiento con la desinfección concienzuda del foco flemonoso, y para lograrla nada mejor que la tintura de iodo, con la cual se embadurnará ámpliamente toda la cavidad sublingual.

La operación es rapidísima, no exige anestesia alguna—puede si se quiere hacerse una anestesia local con inyecciones profundas de novocaína-suprarrenina—y los beneficios que de ella se obtienen son desde el primer momento ostensibles, siendo muy escasos los riesgos que pueden correrse en la intervención, procediendo serena y resueltamente.

A no presentarse posibles complicaciones—más fáciles de obviar cuanto más pronto se opere—la curación del enfermo no se hace esperar; lográndose ésta sin reliquias que al paciente torturen y sin deformidades que le incapaciten.

Por esto, ante un caso de flemón gangrenoso del suelo de la boca, debe pensar el clínico que de su conducta depende salvar una vida con el total rescate de la salud, y si esa vida, por negligencia, por desconocimiento ó por cobardía se deja tronchar, no es, no puede ser suficiente la losa del remordimiento para purgar el delito cometido.

# ACADEMIAS Y CONGRESOS

---

## Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

---

El domingo 16 del actual, á las once de la mañana, tuvo lugar la recepción de académico de número, de la Real de Medicina de Valladolid, del Inspector provincial de Sanidad y reputado médico Dr. D. Román García Durán. En la mesa presidencial acompañaban al presidente de la Real Academia y Rector de la Universidad Sr. Arrimadas, el capitán general de la región, gobernadores civil y militar, alcalde de la capital, presidente de la Audiencia provincial y jefes de los distintos centros de enseñanza. El salón de actos de la Academia estaba completamente lleno de numeroso y distinguido público, ante el cual leyó el recipiendario su discurso que versaba sobre un tema de mucha actualidad en la patología cardíaca: *Síndrome de Stokes-Adams-Haz de His (estudio de Fisiopatología clínica)*.

Como de todos son conocidas las dotes de laboriosidad é inteligencia que adornan al nuevo académico, á nadie sorprenderá que su excelente disertación fuese premiada por los calurosos aplausos de la escogida concurrencia que llenaba el salón de actos de la Academia.

El trabajo comprende dos partes: la primera que se titula «Nosografía del síndrome de Stokes-Adams», es un ligero, aunque bastante completo, estudio clínico de la afección; la segunda, «Patogenia del síndrome de Stokes-Adams» es la que pudiera llamarse fundamental del tema. En ella el autor expone los resultados obtenidos en estos últimos años por las investigaciones experimentales clínicas y anatomo-patológicas, acerca de la estructura y funciones del corazón, en el que juega un papel primordial el fascículo de

Paladino His ó puente de Gaskell, encargado de transmitir la incitación contráctil á los diversos territorios cardiacos, con arreglo á un ritmo determinado de tiempo y lugar.

Al relatar el Dr. Durán los argumentos que en pro de su doctrina respectiva aportan los partidarios de la teoría *neurógena* ó sea la que admite que la trasmisión de la contractilidad se efectúa por la vía nerviosa, y los de la *miógena*, es decir, la que sostiene que esta propiedad es inherente y exclusiva de la fibra muscular cardíaca, no oculta, á pesar de la prudente neutralidad en que quiere colocarse, sus simpatías por los neurogenistas. Y esto es tanto más de extrañar, cuanto que actualmente parece vencer en toda la línea la teoría miógena.

Los argumentos de los neurogenistas son de tan débil consistencia que no resisten á una crítica un poco severa. La famosa experiencia de Paukul, de Dorpat, que dice que ha podido seccionar aisladamente las fibras nerviosas y las musculares del haz de His, estudiando separadamente la acción de unas y otras, no ha podido ser repetida por nadie, y se comprende, porque ¡cuidado que se necesita habilidad técnica para conseguir tal resultado con elementos microscópicos! El mismo Mollard que afirma la intervención constante de los nervios intracardiacos sobre la conductibilidad y excitabilidad de la sustancia muscular dice «...lo sorprendente es que siendo (los nervios) tan indispensables al funcionamiento del órgano, no sean ellos, sin embargo, los que le mandan y dominan como lo hacen en otros músculos». Pues entonces, cabe preguntar: ¿para qué sirven?

Si se recuerda que el corazón tiene que estar constantemente en aptitud de acomodarse de una manera instantánea á las necesidades del momento, elevando ó rebajando la presión sanguínea, aumentando ó disminuyendo el riego de territorios determinados, regulando, en una palabra, el equilibrio circulatorio, se comprenderá que este órgano necesita una autonomía funcional que le haga estar en condiciones de valerse por sí propio, sin necesidad de molestos y retardantes intermediarios, para subvenir á las necesidades de cada momento, de las cuales es avisado por los nervios extrínsecos (porque desde luego sería necedad negar acción ó influencia al sistema nervioso central sobre el aparato cardíaco). Como la parte esencial del corazón es el miocardio, es decir, el tejido muscular, de aquí que se hayan reconocido á las fibras de este tejido las propiedades de automatismo, excitabilidad, conductibilidad, contractilidad y tonicidad que serían perfectamente

inútiles si tuvieran que estar supeditadas, todas y cada una de ellas, á la acción de los filetes nerviosos intrínsecos.

Por otra parte los experimentos de Carrel son bastante decisivos. Basta con recordar que ha conseguido sostener el latido cardiaco de 60 á 120 veces por minuto y durante más de cien días, en un trozo de corazón de pollo introducido en un líquido isotónico.

Esta ligera crítica que acabo de hacer, no tiene más objeto que demostrar que en el trabajo del Dr. Durán, que he leído con el cuidado y atención que se merece, no he encontrado criticable más que la tendencia ó inclinación á una teoría (y éstas ¡cambian tanto!) que en los momentos actuales parece algo desacreditada; pero sin que por ello desmerezca en lo más mínimo el mérito de su discurso. Acaso más adelante encuentren los neurogenistas argumentos de más fuerza para sostener su opinión que la de los que con tanto orgullo exhiben los miogenistas. La ciencia está condenada á avanzar en líneas sinuosas; nunca lo hace siguiendo la recta.

De todas maneras el Dr. Durán, acreditando una vez más su prudencia y buen criterio, no se declara resuelto partidario de la teoría que mira con más cariño.

En resumen, que el discurso es excelente y de recomendable é instructiva lectura, y en prueba de ello véanse los párrafos que de él aquí se copian.

«Vemos, pues, que las teorías relativas á la patogenia de dicho síndrome se reducen en realidad á dos:

La teoría *neurógena*, de la que Cyon y Charcot son sus principales defensores, y que explica la producción del pulso lento por una lesión nerviosa central: anemia bulbar por ateroma de las arterias bulbares ó vertebrales, lo más frecuente; y

La teoría *cardiógena* que, prescindiendo desde el punto de vista clínico de la cuestión puramente teórica, si la conducción de la aurícula al ventrículo, á través del haz de His, se hace por vía muscular ó por vía nerviosa, afirma y sostiene apoyada sobre hechos precisos y bien observados y sobre la anatomía y fisiología del corazón que, la lentitud del pulso del síndrome de Stokes-Adams, se debe á una lesión de las fibras neuro-musculares aurículo-ventriculares que forman el fascículo de His. Esta teoría es la que cuenta hoy más ardientes defensores.

Ahora bien: puede ninguna de estas dos teorías aisladamente interpretar de la misma manera todos los casos observados? En

modo alguno. Ya hemos referido más atrás observaciones en las que resultaba evidente la integridad del corazón y bien manifiestas las lesiones bulbares. ¿Cómo no admitir para estos casos el origen central del síndrome de Stokes-Adams? Asimismo, cuando los centros nerviosos están indemnes, según también hemos visto en otras observaciones, y en ellas se encuentran lesiones del músculo cardíaco (tumor, goma, aneurisma, cicatriz, etc.) asentando precisamente sobre el trayecto del haz conector, ¿nos ofrecerá duda alguna referir á él el origen de aquella enfermedad?

Preciso será, sin embargo, confesar que no siempre en Clínica se nos presentarán tan claros y tan sencillos los casos para que de un modo tan fácil podamos atribuir á una ú otra causa genética la enfermedad que tengamos delante; demasiado sé que los casos clínicos, suelen ser de ordinario más completos; que nos encontraremos muchas veces con el síndrome en cuestión y con síntomas también inequívocos de lesiones cardíacas, lesiones bulbares, lesiones renales que pueden estar asociadas. ¿Qué pensar entonces, se me preguntará? ¿No habrá medio alguno de descubrir aquel origen bulbar ó miocárdico hasta que muera el enfermo y examinemos su cadáver?... Por fortuna podemos contestar afirmativamente á esta pregunta y aun cuando no sea nuestro propósito en este trabajo dar cuenta de todos los procedimientos y métodos clínicos que nos permiten estudiar y conocer perfectamente los trastornos del ritmo cardíaco, diremos, sin embargo, que los trazados poligráficos comparativos del pulso radial, de los vasos del cuello y de los movimientos de la punta del corazón realizados con el aparato de Jaquet, nos demostrarán con toda claridad un signo, imposible de evidenciar de otro modo: la frecuencia de las ondulaciones yugulares y su relación en el tiempo con las pulsaciones radiales y con los movimientos de la punta del corazón, recordando á este propósito que una lesión bulbar originaria del síndrome de Stokes-Adams deberá producir la lentitud del corazón en su conjunto, esto es, latiendo simultáneamente aurículas y ventrículos en el espacio de separación respectiva de  $\frac{1}{5}$  de segundo, mientras que la lesión intracardiaca con asiento en el fascículo neuro-muscular de His no determinará otra lentitud que la de los ventrículos; las aurículas continuarán contrayéndose con su normal frecuencia. Habrá, pues, en este último caso independencia de los latidos auriculares y ventriculares demostrada visiblemente en los trazados esfigmográficos por la presencia de las elevaciones de las yugulares, durante las pausas arteriales. De donde la

importancia del método gráfico, sin el cual no es posible, á la hora actual, hacer seriamente una observación de corazón arritmico que esté al abrigo de toda ilusión de orden imaginativo y afirme su diagnóstico con toda precisión.

Otro método complementario del anterior es el llamado *de la ampolla esofágica*, preconizado por Minkowski en 1906 y después por Rantenberg (1907), que nos pone de manifiesto, gráficamente también, el sincronismo ó disociación auricular. No podemos entrar en sus detalles técnicos; únicamente diremos para saber interpretar los trazados obtenidos, que el sistole corresponde á una dilatación y el diástole á la compresión de la ampolla; de este modo el sistole estará representado por un descenso de la gráfica y el diástole por su elevación. Este método podrá ser utilizado con provecho cuando haya imposibilidad de obtener un trazado yugular ó cuando se quiera tener la certeza del sincronismo de las dos aurículas.

La *radioscopia* ha sido también aplicada al estudio de las alteraciones del ritmo cardíaco con la esperanza de que ella permitiese ver las contracciones auriculares y juzgar de sus relaciones con las de los ventrículos. Pero este método no deja medir la duración del intervalo intersistólico. Además no podrá nunca afirmarse la ausencia de las contracciones auriculares porque ellas no se revelen á la pantalla. En fin, el examen radioscópico tiene el inconveniente de no dejar ningún testimonio permanente y no dá ninguna de las garantías que presta, y muy completas, el método de las gráficas.

*Electrocardiografía.*—De más positivo resultado que el de la radioscopia, este procedimiento clínico nos permite recoger una imagen permanente de la contracción cardíaca sobre la cual pueden leerse con la mayor claridad los sistoles de las aurículas y de los ventrículos, sus relaciones cronológicas, su dependencia y su disociación. Desgraciadamente, á pesar de esta importancia, su instalación es costosa y habrá que contentarse en la mayoría de casos con las enseñanzas de los trazados esfigmográficos.

*Prueba de la atropina.*—Se admite actualmente que una bradicardia que cede á una inyección subcutánea de medio á un milígramo de sulfato neutro de atropina es de origen nervioso; que si, por el contrario, la bradicardia persiste después de la inyección es que aquélla es debida á una alteración del miocardio.

La atropina, en el hombre sano, dada por ingestión ó por vía hipodérmica á la dosis de un milígramo posee la propiedad de acelerar los movimientos del corazón. La aceleración se produce á

los 10 ó 15 minutos; afecta su *máximum* 20 á 30 minutos después de la absorción, disminuyendo progresivamente y recuperando el corazón su movimiento normal próximamente á las 2 horas después.

La atropina obra paralizandó las terminaciones del pneumogástrico en el músculo cardíaco. Si pues se hace una inyección de atropina á un sujeto afecto de pulso lento permanente, pueden ocurrir dos casos: ó bien el corazón se acelera por parálisis de los nervios moderadores; ó bien la atropina no ejerce ninguna acción sobre la lentitud del pulso. «En los casos en que la lentitud del pulso era manifiestamente de origen nervioso, dice Vaquez, la prueba de la atropina fué siempre positiva».

Dehío, que en 1892 fué el promotor de este método, ha referido, una observación de bradicardia sobrevenida en el curso de una meningitis tuberculosa, en la que la atropina provocó su reacción normal (aceleración).

Por el contrario, todos los casos de bradicardia atribuidos á lesión del músculo cardíaco (fascículo de His), sometidos á la prueba de la atropina dieron reacción negativa; en algún otro fué sólo parcial.

La mayoría de los autores que la han ensayado han notado que provoca un aumento considerable de la frecuencia de las contracciones auriculares, sin modificar en nada el ritmo de los ventrículos.

Vaquez en 1907 refiere una observación de una joven de 25 años, á quien en el curso de un embarazo la sobrevino una crisis de apendicitis con notable lentitud del pulso (40 al minuto). Este estado persistió 8 días con fiebre y pulso lento á pesar del tratamiento empleado. El 25 de mayo, el autor hace una inyección de un milígramo de atropina y observa que 40 minutos después el pulso subía progresivamente de 42 á 80 y 84 pulsaciones; mas al cabo de dos horas el pulso volvió á su anterior lentitud. Una segunda inyección de medio milígramo de atropina por la tarde produce un efecto análogo y pasajero. Sin embargo, á la mañana siguiente otra nueva inyección de otro medio milígramo provoca una aceleración persistente y la curación fué definitiva. De aquí deduce dicho autor que «cuando el trastorno desaparece totalmente se debe pensar que su dependencia es de los pneumogástricos».

Gibson dá también cuenta, con pruebas esfigmográficas, de una observación suya en un sujeto que presentaba pulso lento permanente de origen claramente cardíaco, con disociación de las

contracciones de las aurículas y de los ventrículos. Las gráficas demuestran un pulso arterial regular latiendo 36 veces por minuto, mientras que la yugular presentaba pulsaciones más frecuentes, alrededor de 90. Después de la administración del sulfato de atropina, el trazado cambia y se ve al pulso auricular elevarse rápidamente á 275, en tanto que el del ventrículo continúa latiendo regularmente á 36. Semejante hecho no puede ser más demostrativo del valor diagnóstico de la llamada prueba de la atropina cuya importancia y utilidad clínica se acrecenta en razón á su sencillez y á no ir acompañada de ningún otro trastorno más que la dilatación pupilar y un poco de sequedad en la garganta, sin ninguna clase de riesgo para el enfermo. Es de aconsejar á éste, para tal fin, permanezca acostado mientras dure la prueba. Nosotros la hemos ensayado varias veces con este objeto y como tratamiento en algunas otras de la ciática y siempre comprobamos dichos efectos aceleratrices sin ninguna molestia de importancia para el enfermo».

## II.—PATOGENIA DE LOS EXTRA-SÍSTOLES

«El estudio patogénico de la lentitud del pulso en la enfermedad de Stokes-Adams quedaría incompleto si no averiguásemos cuál puede ser la causa de los extra-sístoles ó *sístoles «en eco»* de Huchard.

Diferentes explicaciones han sido dadas. Se trataría para unos de una pulsación arterial abortada: «después de llamamientos reiterados de la aurícula parece, dice Huchard, que el ventrículo se digna entrar en contracción», y se produce un sístole en momento en que el ventrículo aun no está lleno de la sangre que le envía la aurícula. Esta contracción será insuficiente para elevar las válvulas y producir una pulsación; de aquí la ausencia de la pulsación arterial comprobada al tacto y al esfigmógrafo, correspondiente al sístole en eco.

Para Stokes, Chauveau, Vaquez se tratará de contracciones aisladas de la aurícula, á pesar de que, otros autores, hayan sostenido que la contracción auricular es siempre silenciosa.

Lo que apoya bastante á esta teoría es la coincidencia del latido de las yugulares con el extra-sístole. Esta coincidencia ha sido señalada por numerosos autores, así como igualmente se ha también comprobado la existencia de 2 ó 3 extra-sístoles, correspondiendo con el pulso yugular, por un solo sístole ventricular.

En las observaciones de referencia sus autores se muestran muy categóricos en este punto y afirman el origen *auricular* de los sístoles en eco.

No se comprende, sin embargo, porqué la contracción auricular no podría en ciertas condiciones ser percibida por auscultación como la del ventrículo».

### III.—PATOGENIA DE LAS CRISIS NERVIOSAS

«Si la causa de la lentitud del pulso parece bien demostrada, no ocurre lo propio con la de las crisis nerviosas.

Ya dijimos en la sintomatología qué clases de accidentes son los más frecuentes é hicimos notar la coincidencia que ellos tienen, cualquiera que sea su grado y su especie con la lentitud del pulso. Es sin embargo más señalada y más fácil de observar esta coincidencia en las grandes crisis epileptiformes. Frecuentemente son precedidas de un largo espacio de tiempo en el que no hay sístole. Mesnager cita una observación en la que refiere podía advertir á su enfermo, guiado por el simple examen del pulso, cuando acababa de tener una crisis sincopal. Parece indudable poder referir esta clase de accidente á la anemia de los centros nerviosos, según ya pensó Stokes.

En cuanto á las crisis epileptiformes se admite igualmente sea su causa la anemia bulbar. La observación apoya esta explicación. El enfermo de Stokes lograba hacer abortar sus crisis inclinando la cabeza hacia abajo hasta tocar con ella en el suelo. Experimentalmente, la ligadura de las carótidas, la lentitud provocada del corazón, han permitido reproducir en el animal convulsiones y vértigos que en nada se diferencian de las del hombre afecto del síndrome de Stokes-Adams. (Rosenthal).

Duret y Conty provocaron la lentitud del pulso y crisis epileptiformes determinando la isquemia total del cerebro.

Hamma, según ya dijimos, comprimiendo las carótidas de un epiléptico de 70 años arterio-escleroso y cardiaco provocó la pérdida del conocimiento, palidez de la cara, convulsiones de los miembros y lentitud del pulso.

Naunyn ha publicado en 1892 tres observaciones de epilépticos arterio-esclerósicos, en los cuales la compresión de las carótidas producía la aparición de crisis epilépticas y una considerable lentitud del pulso.

Todos estos hechos de observación clínica y experimental parecen pues demostrar que la isquemia de los centros nerviosos, bulbo y cerebro, es capaz de originar no solamente la crisis de desfallecimiento y de síncope, sino también las epileptiformes y los ictus apoplécticos.

Los accidentes nerviosos y la lentitud del pulso serán, por consiguiente, dos fenómenos conexos, provocados los primeros por el segundo y su intensidad estará probablemente en relación con la duración de la lentitud del pulso y, por consecuencia, con la anemia de los centros nerviosos.

### CONCLUSIONES GENERALES

---

**Primera parte.**—La enfermedad de Stokes-Adams tiene más de síndrome clínico que de especie morbosa perfectamente definida.

Se distingue esencialmente del *pulso lento transitorio* que se encuentra en el curso de numerosas afecciones agudas ó crónicas, y del *pulso lento fisiológico* que se encuentra en sujetos perfectamente sanos.

Su etiología tiene estrecha relación con la de la arterio-esclerosis, sífilis y ciertas lesiones cardíacas.

Son sus principales síntomas la lentitud permanente del pulso y las crisis nerviosas (ataques sincopales y abscesos epileptiformes) durante las cuales aquélla se acentúa.

Es enfermedad grave y casi siempre mortal.

Las lesiones encontradas en la autopsia son de distinta naturaleza pero asentado esencialmente en el fascículo unitivo aurículo-ventricular de His. Con corazón indemne, se han encontrado también lesiones de los centros nerviosos que afectaban por lo general al origen bulbar de los pneumogástricos.

El tratamiento se basa en el uso de los yoduros y bromuros. La belladona, la atropina y la estriquina, llenan buenas indicaciones. La trinitrina y el nitrito de amilo dan excelentes resultados. Son menos útiles la cafeína y el estrofantus. La digital, está de ordinario contraindicada.

**Segunda parte.**—La anatomía y fisiología experimental del corazón demuestran que este órgano contiene en sí mismo la razón de su automatismo, de su excitabilidad, de su contractibilidad, de su conductibilidad y de su tonicidad.

El nudo seno auricular de Keith y Flack es el punto de partida probable de la contracción cardiaca.

El haz unitivo aurículo-ventricular descubierto en los mamíferos por His Junior (1893) y completado después por Aschow y Tawara (1906) está compuesto de fibras musculares y de fibrillas nerviosas, á través de cuyos elementos se hace la marcha de la revolución cardiaca.

Toda intervención experimental practicada á nivel de dicho fascículo y toda lesión morbosa que en él asiente, altera la transmisión de la excitación contráctil, retardándola ó intercep-tándola, dando esta *disociación* lugar á lo que se ha llamado impropriamente *corazón bloqueado* (*blockage* de los franceses; *heart-block* de los ingleses; *herz-block* de los alemanes).

La patogenia del pulso lento permanente se basa en el conocimiento de estos hechos anato-mofisiológicos, los cuales han sido igualmente confirmados por la observación clínica y la anatomía patológica. Independiente de esta génesis, hay casos de síndrome de Stokes-Adams que tienen su causa próxima en lesiones ó perturbaciones circulatorias de los centros nerviosos (compresión é isquemia bulbar).

En la mayoría de casos podrá establecerse clínicamente la diferenciación patogénica de uno ú otro origen, intra-cardíaco ó bulbar, mediante el método de los trazados poligráficos (cardio-radio-yugulares), por la electrocardiografía y por la prueba de la atropina, que será negativa para los que dependan de lesión del fascículo neuromuscular de His y positiva en los de origen central nervioso.

La patogenia de los extra-sístoles ó sístoles «en eco» de Huchard les reconoce origen auricular, y coinciden con el pulso yugular.

Las crisis nerviosas se explican por isquemia de los centros nerviosos, provocada por la misma lentitud del pulso».

La contestación corrió á cargo del catedrático Sr. Sánchez, el que después del panegírico del recipiendario, hizo un estudio anatómo-fisiológico y de técnica anatómica del haz de His con la idoneidad, competencia y brillantez de estilo que todos le reconocemos.

A ambos la más cordial enhorabuena.

DR. G. CAMALEÑO

# REVISTA DE REVISTAS

---

## MEDICINA Y CIRUGIA

**Resultados en conjunto de las vacunaciones antitíficas (vacunación preventiva y vacunoterapia),** por Rimbaud (*Le Journal Méd. français*, octubre 1913).

Asunto de gran actualidad es éste de la vacunación antitífica, en la que tantas esperanzas se cifran para no sólo prevenir el desarrollo de la enfermedad sino también para curarla una vez iniciada.

El autor, después de exponer lo que son las vacunas antitíficas, qué reacciones provocan, propiedades que adquieren los humores de los sujetos vacunados, inocuidad casi absoluta de las vacunaciones y duración de la inmunización, cosas acerca de las cuales ninguna novedad importante existe que no sea ya conocida por los lectores de esta revista (1), entra en el estudio de la vacunoterapia de la fiebre tifoidea de la que dice lo siguiente:

«El empleo de las vacunas en el tratamiento de la fiebre tifoidea no es sino una aplicación de la bacterioterapia específica que tiende á generalizarse desde los bellos trabajos de Wright sobre la vacunoterapia.

Como lo hace notar muy justamente Grasset (2), los cultivos empleados como agentes de terapéutica curativa no deberían conservar el nombre de vacunas. En efecto, en Francia, el nombre de vacunas se reserva ordinariamente á las substancias destinadas á

---

(1) Vacunación antitifoidea. Sus aplicaciones y sus ventajas *LA CLÍNICA CASTELLANA*, 1912, tomo V, pág. 393.

(2) GRASSET. Terapéutica general basada en la fisiopatología clínica, 1913, t. I, p. 228.

inmunizar preventivamente un sujeto sano con respecto á una enfermedad ó á preservarlo contra tal ó cual enfermedad. Sin embargo, cuando estas mismas sustancias deben emplearse para tratar sujetos enfermos, parece difícil despojarlas de su nombre de vacuna, y la palabra de «vacunoterapia» parece debe quedar para designar la terapéutica por las sustancias ordinariamente destinadas á ser administradas preventivamente. La denominación «bacterioterapia» nos parece sin embargo mejor apropiada.

Por lo que respecta á la fiebre tifoidea, las diversas vacunas que acabamos de estudiar han sido desde hace algunos años dadas como agentes terapéuticos durante la enfermedad declarada. Su aplicación en los tifoídicos ha sido hasta hoy bastante limitada; sin embargo, desde hace dos ó tres años tiende á generalizarse.

Netter acaba de publicar, en colaboración con Philibert, Cathala y Durand (1) el balance de esta vacunoterapia de la fiebre tifoidea, y no podemos por menos de tomar de este trabajo muy completo los principales elementos de este párrafo.

Los cultivos de bacilos tíficos matados por calentamiento á 63° han sido empleadas en 1892-1893, en el tratamiento de la fiebre tifoidea en 57 enfermos por Fraenkel, de Hamburgo. Wright, en 1902, hizo conocer múltiples aplicaciones de la vacunoterapia y, desde 1906, este método terapéutico fué aplicado sobre todo en las Indias, en Inglaterra y en los Estados Unidos, (Smallman, Meakins y Forsier, Hallis, Sadler, etc., etc.). Estos autores americanos ó ingleses han empleado las vacunas calentadas de Wright, de Pfeiffer y Kolle. En Francia, las culturas esterilizadas por el calor han sido utilizadas desde 1912 por Chantemesse, Sacquépée, en inyecciones sub-cutáneas y por J. Courment y Rochaix en lavativas. Vincent y Thiroloix se han servido de vacunas polivalentes al éter; Ardin-Delteil, Boinet, Délearde, y Netter han empleado la vacuna sensibilizada de Besredka; por último, Josué y Belloir han tratado á sus tifoídicos por la autovacuna, cultivando el bacilo de Eberth del mismo enfermo y esterilizando después las culturas por calentamiento de tres horas á 58°.

*El modo de aplicación* de la vacuna varía, se puede decir, con cada autor. Las vacunas deben ser exactamente dosificadas en cuanto al número de elementos microbianos que contienen. Smallman, en 51 enfermos, inyecta cada tres días 100 millones de

---

(1) NETTER, *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 10 de julio de 1913.

bacilos; Sappington, en 22 enfermos, inyecta de 5 á 20 millones dos días seguidos, y Sadler, en 92 enfermos, se contenta con dosis de 2 á 4 millones cada tres ó cuatro días.

Vincent prepara un autolizado de bacilos tíficos esterilizado por el éter, especialmente destinado al tratamiento de la fiebre tifoidea. Se hace una inyección de 1 cc. que puede repetirse tres ó cuatro días después.

Para la vacunoterapia, Chantemesse expide una vacuna diluida que contiene por centímetro cúbico 60 millones de bacilos tíficos matados por el calor. En el adulto se deben hacer tres inyecciones que contengan respectivamente 60, 30 y 15 millones de bacilos. En el niño, estas dosis deben ser proporcionales al peso con relación al peso del hombre adulto.

Ardin-Delteil, Nègre y Raynaud (1) han utilizado la vacuna sensibilizada viva de Besredka. Aconsejan hacer, con tres días de intervalo, cuatro inyecciones á dosis progresivas de 1, 2 y 3 cc. Con la misma vacuna, Boinet (2) prefiere las dosis de 2 cc. renovadas diariamente durante los tres ó cuatro días siguientes. Netter acepta gustoso las dosis de 500 millones de bacilos sensibilizados tres días consecutivos.

Josué y Belloir (3) inyectan tres veces 200 millones de bacilos (autovacuna) con doce horas de intervalo.

*Después de las inyecciones*, la mayor parte de los autores notan cierta reacción local siempre más marcada que en la vacunación profiláctica. A veces se observa una ligera exacerbación térmica pasajera. Habitualmente hay un aumento apreciable del volumen del bazo. Esta hipertrofia esplénica puede hasta utilizarse para el diagnóstico (4).

Los *accidentes* parecen excepcionales. Fraenkel y después Callison han señalado la ruptura del bazo y Sacquépéc y Chevrel creen que el empleo de las vacunas puede favorecer la producción de las hemorragias y de las perforaciones intestinales. Estos accidentes parecen evitables por la administración de dosis moderadas.

---

(1) ARDIN-DELTEIL, NÈGRE y RAYNAUD. *C. R. Académie des sciences*. 2 de diciembre de 1912.

(2) BOINET. *Société de biologie*, 14 de marzo de 1913.

(3) SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 18 de julio de 1913.

(4) VINCENT. El espleno diagnóstico de la fiebre tifoidea *C. R. Académie des sciences*, 11 de noviembre de 1912.

En cuanto á los *resultados*, pueden ser apreciados según el cuadro hecho por Netter, que comprende 1,318 *casos* de fiebre tifoidea tratados por la bacterioterapia: han dado *un tanto por ciento de 5 fallecimientos y de 7,57 recaídas*.

Los resultados de conjunto son muy satisfactorios, pero ciertas estadísticas tomadas en detalle son más bellas aún. La mayor parte de los autores notan que las fiebres tifoideas tratadas por las vacunas son más cortas y menos graves. Los buenos efectos de esta medicación se hacen sentir tanto más cuanto más al principio de la enfermedad se han hecho las inyecciones.

Sobre sus 37 enfermos tratados por la vacuna de Besredka. Ardin-Delteil, Nègre y Raynaud no tienen ni un solo fallecimiento. El número medio de días de la enfermedad ha sido de 19 días para los sujetos tratados del primero al quinto día, y de 23'4 días para los que han sido tratados desde el quinto al décimo día. En 179 no vacunados, la enfermedad había durado 32'7 días.

Gracias al empleo de la vacunoterapia (vacuna sensibilizada) en el servicio de Netter en 1913, la mortalidad tífica ha caído de 18 á 7'14 por 100 y el número medio de días de enfermedad ha sido de 14 en lugar de 21.

Petrovitch (1), en Uskub, ha asistido á 680 soldados servios atacados de fiebre tifoidea; 460 han sido tratados por la bacterioterapia (vacunas calentadas). La mortalidad ha sido para éstos de 2,9 por 100, mientras que los 220 enfermos tratados por los baños fríos han tenido una mortalidad de 12'8 por 100.

Vincent ha tratado 34 tíficos por su autolizado de bacilos esterilizados al éter. No ha tenido ningún fallecimiento. Ha observado además 4 curaciones bruscas y una mejoría rápida en otros 16. Todos han tenido después de las inyecciones una disminución de los fenómenos infecciosos.

Con su autovacuna, en 12 tifoídicos, Josué y Belloir notan lo más frecuentemente una caída precoz de la temperatura con mejoría rápida del estado general.

J. Courmont y Roचाix han aplicado en el tratamiento de la fiebre tifoidea las lavativas de culturas matadas á la dosis de 2 lavativas de 100 cc. por día. Bret, Lesieur, Mollard y Moisset han hecho uso de esta vacunoterapia rectal en 39 tifoídicos (27 litros 800 de culturas en lavativas). La mortalidad ha sido del 5 por 100; en 171 enfermos no tratados por las vacunas, había sido del 11 por 100.

---

(1) PETROVITCH. *Académie de médecine*, 22 de abril de 1913.

El autor resume su trabajo en los siguientes conclusiones:

«Por lo que respecta á las *vacunaciones antíficas preventivas*, su valor está hoy definitivamente establecido sobre las bases más serias. Si su aplicación no puede llegar á ser obligatoria de una manera general; y esto sobre todo á causa de los datos que nos faltan sobre la duración de la inmunidad, se impone y resulta un deber en muchos casos.

Hemos insistido suficientemente sobre los admirables resultados que ha dado *en el ejército* en particular en los soldados en campaña.

En práctica civil, la profilaxis de la fiebre tifoidea tiene mucho que ganar del empleo de las vacunas antitífoidas.

En *tiempo de epidemia*, es el deber del médico aconsejarla como aconsejan la vacunación de la ternera ó la inyección preventiva de suero antidiftérico. Ejemplos muy demostrativos han sido suministrados por las epidemias de Paimpol y de Puy-l'Évêque. El extenso y metódico empleo de la vacuna de Vincent en estas dos localidades consiguió cortar bruscamente la marcha de la enfermedad: mientras que, hasta aquí, durante una epidemia de fiebre tifoidea las medidas de higiene preventiva no conseguían cortar la propagación de la enfermedad sino al cabo de algunas semanas y frecuentemente de algunos meses, con la vacunación, desde que la parte receptiva de la población está inmunizada, la epidemia no encuentra ya elementos á su extensión. La tifo-vacunación realiza «una verdadera esterilización del terreno sobre el cual la fiebre tifoidea es susceptible de sembrarse» (Vincent).

Será siempre conveniente vacunar *á los niños* (de más de seis años) que viven en las poblaciones donde la fiebre tifoidea existe en estado endémico. Los consejos para la revacunación no podrán sin duda darse sino pasado algún tiempo.

Los *jóvenes* deberán someterse á la vacunación en el momento de su entrada en el liceo ó en el colegio, sobre todo si hasta entonces han habitado en el campo, durante el periodo de preparación de los exámenes ó de los concursos y antes de su servicio militar.

Se vacunará á los *adultos* que viven en regiones donde la fiebre tifoidea es frecuentemente observada y sobre todo á los que, por profesión (médicos, internos, estudiantes de medicina, enfermos), tienen, que acercarse á los tíficos.

La fiebre tifoidea ha matado, desde 1906 á 1910, 22,463 franceses; asociada á las medidas de higiene, la vacunación debe permitir

evitar la infección tífica. Según un «comunicado oficial» del ministerio de la Guerra (*France militaire*, 4 de agosto de 1913), «se puede estimar que la vacunación antitifoidea ha economizado al país 2,101 casos de fiebre tifoidea y 266 fallecimientos durante el solo año de 1912».

En cuanto á la *vacunoterapia*, puede dar serias esperanzas. Los resultados publicados en estos últimos tiempos son ciertamente favorables. Sin embargo, deben hacerse todavía reservas. En primer lugar las vacunas han sido empleadas en general concurrentemente con los otros tratamientos (balneoterapia, etc.). Después, algunos casos desfavorables han sido publicados (Sacquépée, Chevrel, Chantemesse, etc., etc.). Los resultados son inconstantes y las mejorías se hacen esperar frecuentemente. Nos parece que la extensión rápida tomada por la *vacunoterapia* ha sido en parte motivada por los magníficos resultados dados por la vacunación preventiva. Los elementos nos faltan aún para hacer una apreciación definitiva sobre este nuevo método terapéutico.

Y por lo demás, ¿por qué despojar la sueroterapia antitífica en provecho de la *vacunoterapia*? La sueroterapia se emplea desde hace ya varios años. Los sueros antitíficos de Krauss y Stemtzer, de Mac Feyden, de Besredka, y de Chantemesse han hecho sus pruebas. El suero de Rodet (1), empleado en 260 casos, tiene ya en su activo hermosos éxitos. En un trabajo de conjunto en preparación sobre la sueroterapia antitífica. Rodet concluye en la utilidad del suero antitífico que, á título de tratamiento precoz (antes del décimo día) «aumenta las probabilidades de curación y abrevia con frecuencia la enfermedad».

Sueroterapia y bacterioterapia son dos métodos de tratamiento cuyo estudio pararelamente merece que se haga. En esta admirable vía de las terapéuticas específicas, ¡cuántos progresos desde hace un cuarto de siglo! Parece que la terapéutica preventiva y el tratamiento curativo de la fiebre tifoidea están á punto de sacar de ellas un magnífico provecho».

CUADRADO

---

(1) RODET. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 20 diciembre de 1912.

**Estudios acerca de la etiología y patogenia del zona**, por los Sres. V. Raymond y Lot (Val-de-Grace) en *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 de octubre de 1913.

Los Sres. Raymond y Lot hacen una relación de erudición sobre este tema, dando á conocer los autores que se han ocupado de este asunto, y sus tendencias, considerando al zona como una infección.

Suponiendo que este germen infeccioso sea específico ó múltiple, dicen los autores, de ningún modo puede atacar á un órgano tan profundamente situado como el ganglio raquídeo más que por vía nerviosa, meníngea ó sanguínea.

Parece poco probable, la vía nerviosa; el zona no debe ser una enfermedad de inoculación. Brissaud y Sicard, Dopter Achard y Laubry, Widal y Le Sourd, Chauffard y Frouin, Leclercq y Minet, Gougerot. Tinel y muchos otros han encontrado linfocitosis en el líquido cefalo-raquídeo. Pero esta linfocitosis es inconstante; Achard y Laubry no la han comprobado en diez y siete exámenes más que nueve veces. Otras veces es tardía, como en un caso de Chauffard que no empezó hasta cinco ó seis días después de la infección. Además casi nunca se han comprobado elementos microbianos en el líquido.

En cuanto á la vía sanguínea parece, por lo menos hasta aquí, que ha sido muy poco estudiado.

Nosotros nos dedicaremos á estudiar estas dos vías de infecciones aprovechando la ocasión de los dos hechos clínicos siguientes:

*Observación I.*—L.... de veinticinco años, soldado. Ningún antecedente hereditario.

A la edad de diez años, padeció una meningitis que duró dos meses, y dejó como secuela una sordera bastante acentuada del lado derecho.

En enero 1913 una angina benigna que duró ocho días.

Durante todo el mes de julio, á consecuencia de marchas y maniobras militares, se sentía quebrantado y cansado.

Por último, el 14 de agosto, aparece en su lado derecho, un enrojecimiento y dos días más tarde una erupción vesiculosa.

Entra en el hospital el día 17.

El 18, se observa un zona torácico al nivel del 6.º espacio intercostal en la línea axilar anterior. Este zona se caracteriza por un pequeño ramillete que forman una veintena de vesículas

situadas sobre una placa eritematosa del tamaño de la mitad de la palma de la mano.

Todo el trayecto del 6.º nervio intercostal es doloroso á la presión. Existen dolores espontáneos tan vivos que el enfermo no ha podido echarse de este lado ni dormir en toda la noche.

Sensación de quebranto, ligero Kernig, pulso lento (46 por minuto) miosis del ojo derecho temperatura 37º,9.

Los vibraciones vocales son más fuertes y la respiración más débil en el vértice del pulmón derecho hacia atrás, que en el pulmón izquierdo. Ningún trastorno de los demás aparatos.

Punción lumbar y punción venosa á las once de la mañana.

A las cuatro de la tarde los dolores torácicos se han aliviado extraordinariamente; el enfermo puede echarse del lado derecho. Temperatura 36º,6.

La erupción no aumenta y se cicatriza rápidamente. Persiste, durante algunos días, el quebranto general y la cefalea, un ligero Kernig, la miosis y el pulso lento.

El 8 de septiembre, han desaparecido todos los signos por completo: el pulso es de 68, lo que parece su ritmo normal.

*Observación II.*— F...., veintitrés años, soldado. Padres sanos.

En marzo de 1912 tuvo una congestión pulmonar; algún tiempo después entró en el hospital por una induración sospechosa del vértice derecho, con adelgazamiento.

En octubre 1912, nueva congestión pulmonar con pleuresía, y mastoiditis que fué operada.

Desde esta época, estaba bastante bien hasta el 21 de agosto de 1913, que sobreviene en el lado derecho una erupción de granos dolorosa. Entra en el hospital el 23.

El 24 se comprueba un zona muy marcado, lumb-abdominal, residente en el territorio de los 10º y 11º intercostales y extendiéndose en cinturón, desde la columna vertebral hasta la línea alba. La región dolorosa espontáneamente á la presión.

Quebranto general, ligero Kernig, pulso 78, temperatura 36º, 8.

En el vértice del pulmón derecho, hacia atrás, se comprueba señales de puntas de fuego, submacidez y ligera obscuridad; á la izquierda ligera obscuridad respiratoria en el vértice.

A las once de la mañana, punción lumbar y punción venosa. Dos horas después, alivio evidente; el costado apenas si duele.

La erupción vesiculosa se hace costrosa y no tarda en desecarse. El quebrantamiento general y el Kernig, persisten algunos días para entrar al estado normal.

Por los exámenes de laboratorio que Raymnod y Lot describen minuciosamente, han podido comprobar que el agente causante de los estados descritos en las observaciones es *un coco-bacilo bastante polimorfo. En los cultivos jóvenes, tiene un aspecto francamente coco-bacilar. En los cultivos de más edad, de cinco á ocho días, se observa al lado de los elementos cociformes, pequeños bastoncitos, de longitud desigual colocados paralelamente unos al lado de los otros á modo de empalizada. Estos grupos en empalizada son rectilíneos ó curvilíneos y compuestos de 2 á 6 elementos. La forma en diplo es la más frecuente.*

*Este germen es homogéneo, no contiene ni esporos ni granulaciones. Es inmóvil y aerobio en el sentido estricto de la palabra, toma el Gram y no es ácido resistente.*

He ahí pues los caracteres morfológicos del microbio agente causante del zona descrito en las dos observaciones, y con el que han reproducido el cuadro clínico, haciendo inoculaciones en los animales, y en uno de los autores. Por todo lo cual Raymond y Lot se creen autorizados para legitimar la patogenia del zona del modo siguiente:

La fiebre zoster es una enfermedad infecciosa, epidémica ó endemo-epidémica.

Casi todas las epidemias son debidas al germen que nosotros hemos descrito.

La punta de entrada al contagio todavía no está precisada, pero nosotros suponemos, por varias razones, reside en la faringe.

El germen penetra en la sangre y ocasiona septicemias generalmente benignas, porque su virulencia es débil.

Creemos que estas septicemias son bastante frecuentes; deben comprender una parte de los casos etiquetados actualmente, quebranto febril, fiebre efímera y pleurodinia.

La débil virulencia del germen no le permite vegetar *cómodamente* más que sobre los organismos debilitados. Parece tiene simpatía por las asociaciones de la que tal vez tenga necesidad para penetrar ó mantenerse en el medio sanguíneo. Así puede explicarse la coexistencia tan frecuentemente señalada del zona y la tuberculosis.

Una vez en *circulación* el bacilo puede ó no localizarse.

Cuando se localiza, sus afinidades le llevan hacia los centros nerviosos y en particular hacia el ganglio raquídeo. Así se forma toda la serie, bien determinada, desde el zona inefrtil, descrito por Sicard, hasta el zona eruptivo y zona paralítico.

La meningitis comprobada en la mitad de los casos no es más que una reacción de vecindad, un epifenómeno como lo ha sostenido Tinel.

Esta concepción aclara, en fin, los puntos que permanecieron oscuros en la génesis de las epidemias. Es por el intermedio de los quebrantos febriles, de septicemias benignas, ó de simples portadores de gérmenes, por los que se deben enlazar los casos aislados de zona eruptivo y por lo que se realiza de una manera continua la cadena de contagios.

DURRUTI

## OTO-RINO-LARINGOLOGIA

**Dos casos de sífilis extra-genital, chancro del meato auditivo y de la región preepiglótica**, por el Dr. Géres, (*Revue Hebdomadaire de Laryngologie*, n.º 11).

Los casos de accidentes extra-genitales son bastante raros. El autor da cuenta de dos observaciones: la primera, de un chancro del meato auditivo, que primeramente fué confundido y tratado como una otitis difusa externa con pericondritis, y la segunda, de chancro de la amígdala lingual y región preepiglótica, por una laringo-laringitis úlcero-membranosa comprobada por el análisis microscópico. Ambos respondieron al tratamiento mercurial, si bien en el segundo caso fué más lento el resultado á causa de la complicación enunciada.

En la clínica del Dr. Barajas, ví un caso de chancro de la amígdala, y en mi clínica particular otro de la encía, consecutivo á la extracción de un molar por un dentista poco amante de la asepsia.

**La pituitrina en las hemorragias espontáneas y operatorias de las vías respiratorias**, por Citelli, (*Feitschrift fur Laryn, Nhin med. ihre gren*, 1913).

Este es un trabajo en el cual el Dr. Citelli relata una serie de investigaciones realizadas por diferentes autores con el fin de dar á conocer la acción fisiológica y terapéutica del extracto hipofisario.

Aunque la experiencia del autor es de muchos casos, sólo relata nueve de operaciones de las fosas nasales, correspondientes á turbinectomias inferiores, extracción de pólipos, resecciones óseas y

otros casos relativos á tonsilectomias y uvulectomias. Todos ellos acompañados y seguidos de graves hemorragias, que no cedieron al taponamiento, al percloruro de hierro al pengawar, etc., y se cohibieron inmediatamente á una inyección de medio á un centímetro de pituitrina.

Como medio preventivo, también fueron muy brillantes los efectos obtenidos con una inyección de un centímetro cúbico de pituitrina puesta de quince á treinta minutos antes del acto operatorio: siendo muy elocuentes en este sentido los casos relatados, de extirpación de cornetes, resección submucosa del tabique, un *Luc* y un Claoné por sinusitis maxilar.

Además de la cesación de la hemorragia por la pituitrina, una de sus ventajas es la inutilidad de los taponamientos post-operatorios tan molestos para el enfermo.

Ocho enfermos pusilánimes y un niño, fueron anestesiados con cloroformo; los otros con solución de cocaína ó alipina adrenalizada observó además, excelente acción tónica cardíaca en todos los enfermos, ventajosa para la anestesia tanto local como general.

Trata luego de las hemorragias espontáneas como fueron cohibidas por la pituitrina, cita multitud de epistaxis graves en las que fueron inútiles los taponamientos más ó menos estípticos, el pengawar, la adrenalina, etc., y cedieron en pocos minutos á la inyección de pituitrina.

Después cita dos casos de hemotisis con brillante resultado.

Varios de diátesis hemorrágica, por infecciones crónicas de sífilis y malaria.

Y termina este interesante trabajo con las conclusiones siguientes:

La pituitrina presta admirables servicios en las hemorragias tanto espontáneas como operatorias, de la nariz, boca y bronquios.

Empleada previamente en las operaciones, facilita el acto operatorio, sin hemorragia, y ahorra casi siempre el taponamiento ulterior.

Su acción estíptica depende de la intensa vaso-constricción que ejerce en la capa muscular (Fodera y Pittau). Por este mecanismo vaso-constrictor, hay tiempo de fijación ó soldadura del trombus provisional hemostático.

Y por último el autor tiene la creencia que la aplicación de la pituitrina á las hemorragias de las vías digestivas y urinarias ha de ser de tan brillantes resultados como en las vías respiratorias.

**Tratamiento de la rinitis y adenoiditis del recién nacido y de la primera infancia**, por Lantenaun, (*Anales de maladies de l'ovelle*, etc., n.º 3, 1913).

Los dos síntomas predominantes de estas afecciones son la obstrucción nasal y la secreción, siendo la primera especialmente en el recién nacido la predominante. El autor aconseja para combatirla la pomada siguiente: Clorhidrato de cocaína 5 centigramos—Solución de adrenalina al milésimo 5 ó 10 gotas y vaselina borica 5 gramos, poniéndola dos ó tres veces al día basta. Si por el contrario, la secreción moco-purulenta es el principal síntoma, recomienda la combinación del colargol y protargol, á partes iguales, y disueltas en agua destilada, en proporción de 1 por 100. En el recién nacido se instilan algunas gotas varias veces al día, en los niños se inyecta un cuarto de jeringa de Marfan, aumentando la dosis progresivamente.

Puede simultanearse la pomada y las gotas en los casos en que sea preciso.

Respecto á las vegetaciones adenoideas, el autor se declara enemigo acérrimo de operaciones antes de tres años.

RODRÍGUEZ VARGAS

## PEDIATRIA

**El bacilo de la tos ferina**, por el Dr. Martínez Vargas (*La Medicina de los niños*, octubre 1913).

Bordet y Gengou han aislado un bacilo al cual atribuyeron la producción de la tos ferina y, según otros experimentadores, parece que este germen ha sido comprobado en su forma y en su actividad, llegándose á demostrar que la fijación del complemento es constante con él. Una de las demostraciones más convincentes se debe á Mallory y Horner (1) quienes han observado que la lesión primaria esencial de la tos ferina consiste en la presencia de aglomeraciones de bacilos entre las pestañas vibrátiles de las células epiteliales que recubren la tráquea y los bronquios; su acción es principalmente mecánica; ellos perturban los movimientos normales de las pestañas, aglomerándolas, y en tal sentido el microbio

---

(1) *Jurn. of Med. Reseach*, XXVII, 115, 1912.

produce una continua irritación que tiene por efecto los síntomas peculiares de la enfermedad. Estos autores empezaron por demostrar que los cachorros son capaces de padecer esta afección; inocularon en el interior de la tráquea de aquéllos esputos de niños que estaban en el periodo activo de la enfermedad; los sacrificaron seis semanas después y se encontraron en la tráquea la lesión característica; dicha lesión era exactamente igual á la encontrada en la especie humana. Los cortes demostraron claramente que las pestañas vibrátiles no estaban destruídas, y que las células no estaban lesionadas en un grado intenso. Se obtuvieron de los esputos de varios ferinosos cultivos puros del bacilo y se usó para comprobarlos y compararlos con la misma substancia colorante de Bordet y Gengou. La comparación fué de resultados exactamente iguales. Se inocularon varios cachorros y conejos con estos cultivos inyectándolos en las narices ó en la tráquea. En cada momento pudieron prácticamente demostrar la lesión característica en la tráquea del animal y en varios casos pudieron recoger el microbio no sólo de la tráquea sino también de las narices. Es conveniente advertir que los perrillos sanos fueron prontamente infectados se les dejaba en contacto más ó menos inmediato con los animales inoculados.

Queda así demostrado que este bacilo es el agente causal de la tos ferina, que servirá de base para la preparación, de un suero ó para aislar un anticuerpo que sirva de terapéutica fundamental. Cuando al cabo de unas semanas, la desviación del complemento se obtiene siempre regularmente y, esto da mayor valor al concepto patogénico.

**Ventajas de las inyecciones de suero artificial por vía rectal en los niños,** por Lesné (*Société de Pédiatrie*, 14 de octubre de 1913).

El autor aconseja el empleo del suero artificial, clorurado ó glucosado, por la vía rectal, conforme al procedimiento de Murphy, ó sea gota á gota. Teniendo en cuenta que la mucosa del recto absorbe las soluciones cloruradas ó glueosadas con la misma rapidez que el tejido celular subcutáneo, resulta sumamente ventajosa en el niño esta vía que está desprovista de inconvenientes. La inyección lenta intrarrectal es perfectamente tolerada, aun en ciertos casos de diarrea, prestando excelentes servicios en las

enteritis, vómitos cíclicos, anafilaxia alimenticia aguda y fiebre tifoidea.

A su acción favorable de orden general pueden agregarse sus efectos terapéuticos especiales, administrando con el suero la urotropina ó la adrenalina.

**Tratamiento de las anemias infantiles**, por Fixier (*The British Journal of Children's Diseases*, septiembre, 1913).

Divide el autor las anemias que tan frecuentemente se observan en la edad infantil, en simples y graves. La *anemia simple* es la forma más común y su gravedad no suele ser muy grande. El tratamiento consiste en un buen régimen dietético, aire puro y esmerada asistencia. Como agente medicinal recomienda el autor el protoxalato de hierro, que debe administrarse á las dosis diarias de 10, 15 ó 20 centigramos. Si las deposiciones toman color negro será necesario dar al niño una ó dos cucharaditas de zumo de limón media hora después de cada comida en que se haya administrado la sal de hierro. Como el licor arsenical de Fowler suele ocasionar trastornos digestivos, será mejor evitar su empleo. Un medio que generalmente da buenos resultados es la médula ósea fresca á las dosis de 10 á 20 gramos diarios.

Conviene siempre averiguar la causa de la anemia. Cuando ésta es producida por trastornos gastro-intestinales, se procurará corregirlos antes de prescribir preparados ferruginosos.

En la *anemia sífilítica* recomienda el autor una combinación de hierro y mercurio, administrando el segundo por vía intramuscular; diez inyecciones en diez días de cinco miligramos de benzoato hidrargírico. En caso de que hubiera dificultades ó resistencia para el empleo de esta vía, se podrá prescribir una mistura de protoxalato de hierro y de biyoduro de mercurio.

En la *anemia tuberculosa* recomienda el autor el licor de Fowler.

## BIBLIOGRAFIA

---

### **Le Pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par le Dr. Leon Bernard.**

En un pequeño libro expone el autor todo lo referente á cuestión tan de actualidad y tan interesante como es el tratamiento de la tuberculosis por el pneumotorax artificial. Al aparecer un nuevo método de tratamiento, á todos nos interesa saber qué es lo que podemos esperar de él, su modo de acción, sus indicaciones, contraindicaciones y en qué casos está completamente justificado su empleo.

Todo esto está tratado de una manera clara y precisa por el Dr. Bernard, que empieza haciendo historia del método y principio que le informa, exponiendo á continuación la técnica, que á pesar de la claridad y concisión con que está expuesta, nos parece bastante complicada; necesitando de aparatos especiales, de los cuales hay varios modelos, y requiriendo el auxilio de los rayos X para ver los efectos del pneumotorax. Hace un estudio completo de los síntomas y complicaciones, indicaciones y contraindicaciones, terminando con un capítulo referente á los resultados terapéuticos.

Se ve por el trabajo del Dr. Bernard que es muy limitado el número de casos en que está justificado el empleo del pneumotorax artificial, como puede verse por las estadísticas que presenta, á pesar de que no considera como contraindicación (en muchos casos) las adherencias pleurales, que para nosotros lo son, y la unilateralidad de las lesiones, y aun siendo posible su empleo en estos casos, nos inclinamos á considerarle, no como un método de tratamiento corriente, sino como un método de excepción.

En su práctica hospitalaria sólo seis veces entre 600 enfermos ha encontrado indicaciones precisas para usar el dicho método.

Labor de clínico experimentado es el libro del Dr. Bernard, el cual es necesario, y casi podemos decir indispensable, para todo el que quiera emplear en el tratamiento de la tuberculosis el pneumotorax artificial, pues todo está tratado con la competencia que posee el autor en estas cuestiones.

El libro está bien editado como corresponde y nos tiene acostumbrados la casa J. B. Bailliére.

CUADRADO

**Crecimiento del niño y demostración de su desarrollo por medio del peso semanal del mismo**, por el Dr. D. Francisco Vidal Solares.

Interesante trabajo en el que el autor desarrolla, con su habitual competencia, tan importante tema, publicando estadísticas personales y de eminentes pediatras y tocólogos, del peso y talla de los niños, tanto en la época de su nacimiento como en diferentes edades.

Estudia las causas fisiológicas y patológicas de la pérdida de peso en los niños, deduciendo la gran utilidad que presta el cerciorarse semanalmente del desarrollo del niño por medio de pesadas exactas.

Describe los distintos modelos de pesa-niños; indica los medios de obtener un peso exacto, dictando las medidas que han de tomarse á este objeto; cita los gramos que debe ganar el niño en cada mes, así como la cantidad de leche que cada vez debe mamar el niño y la manera de averiguarlo con el pesa-niños.

Propone unos *cuadros de desarrollo del niño; de la edad en que empieza á caminar; del orden y fecha de la salida de los dientes de leche, y de las enfermedades que padecen*. Y termina publicando diferentes tablas de crecimiento.

Con lo dicho queda demostrada la utilidad de este folleto, que debiera figurar en la biblioteca de todo médico, para que éste á su vez lo recomendase á las madres, á fin de que se acostumbren á practicar lo que en él se recomienda en beneficio de sus hijos.

P. ZULOAGA

## CASOS Y CONSULTAS

---

### **Caso probable de pichemia puerperal curado á continuación de unas inyecciones de suero antiestreptocócico.**

Primípara, de 25 años, sana y bien constituida. Llevaba unas 48 horas de parto cuando fuí llamado, por el médico encargado de asistirle, para aplicar el forceps. Feto muerto, de más de cinco kilos de peso. Alumbramiento artificial por haberse desprendido parcialmente la placenta á consecuencia de contracciones uterinas irregulares.

Los seis primeros días del puerperio fueron completamente normales. La temperatura, excepto en la tarde del día en que se la operó, que alcanzó 37°8, osciló entre 36°8 y 37°; y el pulso entre 70 y 80. La rasgadura perineal, que fué suturada el primer día, presentó siempre aspecto excelente y cicatrizó por primera intención.

Lo único que desde los primeros días me sorprendió, fué la falta de involución uterina. Al séptimo día del puerperio empezaron á presentarse temperaturas de 37°4 y 37°6, á las que por el pronto no concedimos importancia; en cambio el olor ácido especial, no fétido, que tenían los loquios y la dicha falta de involución, que continuaba, nos intranquilizaban algún tanto. Sin embargo, como el pulso no era demasiado frecuente, 84 á 90 pulsaciones, no nos alarmamos y esperamos los acontecimientos, sin prescribir más tratamiento que irrigaciones vaginales antisépticas y reposo absoluto en cama.

El décimo día de puerperio continuaba el mismo estado: la matriz no sólo seguía sin involucionar, sino que en sus bordes, sobre todo en el izquierdo, era dolorosa á la presión.

El undécimo día al mediodía *é inmediatamente después de haberla trasladado de cama*, se la presentó un intensísimo escalofrío, con temblor de miembros y castañeteo de dientes, que duró

unas dos horas, seguido de elevación térmica, y después, de sudores tan profusos que empaparon las ropas de la enferma y de la cama.

Cuando vimos á la paciente, unas cuatro horas después del escalofrío, la temperatura era de 39°6 y el pulso latía 150 veces por minuto.

Aconsejamos inmovilidad completa y, á la mañana siguiente se la pusieron 20 c. c. de suero antiestreptocócico de Merck. Por la tarde, después de dicha inyección, la temperatura era de 38° y el pulso 110. A la mañana siguiente 37°4 y 100: se la ponen otros 20 c. c. de suero. Por la tarde 37°4 y 90; al siguiente día por la mañana 37° y 90; la involución uterina ha comenzado. Como ésta era aún escasa y el pulso algo frecuente, se la inyectan otros 20 c. c. de suero. Aquella tarde 37° y 80 pulsaciones; la involución uterina ha avanzado notablemente; el dolor de los bordes de la matriz es insignificante.

A partir de este día, y sin nuevas aplicaciones de suero, la temperatura sigue entre 36°6 y 37 y el pulso entre 62 y 68.

En la actualidad se halla perfectamente.

.....  
.....  
¿Se ha tratado de una flebitis puerperal infecciosa de tipo piohémico? Es lo probable, aunque no seguro: parto lento y que exige maniobras operatorias; extracción manual de placenta; falta de involución uterina desde el primer momento; pulso, aunque poco, algo frecuente y cuya frecuencia aumenta escalonadamente; olor ácido de los loquios; acceso típico, de forma piohémica *que se presenta inmediatamente después de mover algo bruscamente á la parida*; estado general aparentemente normal después de pasado el acceso, pero quedando la temperatura unas décimas por encima de la normal y el pulso por encima de 100 (110); dolor á la presión en la región de los troncos venosos de la matriz..... la fecha de la aparición del acceso..... síntomas son todos estos de la *piohemia puerperal*.

Más aún; ni con las irrigaciones vaginales ni sin ellas, expulsó la enferma resto placentario alguno que hiciese pensar en reabsorción pútrida, por más que habíamos examinado cuidadosamente la placenta después de su extracción y estaba íntegra.

Suponiendo que haya sido un caso de piohemia puerperal ¿se ha curado por efecto de las inyecciones de suero antiestreptocócico? Es imposible asegurarlo; pero yo que hasta aquí usé

muchas veces dicho medicamento sin ninguna fe y sin eficacia alguna, he de confesar que siempre le empleé mucho más tardíamente y en dosis menores (10 c. c.); que en este caso lo apliqué desde el primer instante y en dosis dos veces mayor, llegando á inyectar 60 c. c. en 48 horas; y que precisamente este caso se ha curado después de dichas inyecciones y sin *ningún otro tratamiento ni local ni general*.

Será tal vez que el *post hoc ergo propter hoc* me haga suponer efectos no seguros, pero el hecho es que la enferma ha curado.

¿Que acaso hubiese sucedido lo mismo sin tratamiento alguno? Tal vez; no es la primera enfermedad que se cura no sólo sin tratamiento sino *á pesar de ciertos tratamientos*; pero es mucha casualidad que el comienzo de la involución uterina haya coincidido con la inyección de suero antiestreptocócico.

¡Quién sabe si casos que fueron muy graves hubieran sido análogos al descrito, si en lugar de perder el tiempo con curas uterinas, inútiles cuando no perjudiciales, ó con el tan socorrido sulfato de quinina, se hubiese inyectado desde el primer instante dicho suero!

Yo soy el primero que estoy arrepentido de haberlo empleado siempre tarde, y estoy dispuesto á hacer uso de él en el instante mismo en que sospeche una infección del puerperio. Prefiero que la enferma cure, aunque me quede la duda de si la curó ó no el suero, y ojalá que en todos los casos tenga que decir, como en el descrito, que era un *caso probable* y que se curó *después de inyectar el suero*, aunque ni pueda asegurar el diagnóstico, ni los efectos curativos de la inyección.

PEDRO ZULOAGA

# NOTAS CLINICAS SOBRE EL ARTRITISMO

POR EL

**DR. LUIS MORENO**

---

Discrasia, temperamento morbozo, diátesis ó estado constitucional, llámese como se llamare y téngase el concepto que de él se tuviere, preciso será siempre reconocer, que hay en algunos sujetos un modo anormal de reaccionar á los estímulos cósmicos, un estado especial de su organismo que se repite con iguales caracteres externos en uno y en otro individuo, creándoles una situación cuando menos anómala que imprime, en los que la atraviesan, el sello característico de predisponerles á ciertas enfermedades, de modificar la evolución de las intercurrentes y de abocar por el solo progreso de su evolución procesal á determinadas lesiones en cuyo fondo se ve un verdadero anticipo del desmoronamiento senil. Este estado ó diátesis, es el que conocemos los más de los médicos con el nombre de artritismo; al que llama herpetismo Lancereaux, vejez prematura Sánchez-Herrero y los dogmáticos de Bouchard, braditrofas.

Podrá discutirse su naturaleza, su extensión, sus límites, lo que no puede discutirse es su existencia en clínica, no ya como un estado pre ó semi-patológico, sino como una entidad morboza, con personalidad clínica si se nos permite

hablar así; como una enfermedad en toda la extensión de la palabra. Aunque otras razones no abonaran este criterio, el hecho de que el médico tenga á cada paso que luchar con ese artritismo que arruina y envejece lo más florido de las clases media y acomodadas, justifica por sí sólo la necesidad de aceptarla con todas sus consecuencias.

Citado en la etiología de muchas enfermedades por todos los autores que de medicina interna se han ocupado, apenas si motiva en alguna que otra de sus obras un capítulo especial tratado con tanta superficialidad ó tan influído por el criterio bouchardista que no puede dejar satisfecho el ánimo del lector que busca ansioso nociones más precisas para llevar á la cabecera de sus enfermos.

La consecuencia de este estado de cosas es que el concepto que del artritismo tenemos formado la inmensa mayoría de los clínicos, es un concepto vago, nebuloso y desdibujado.

Todos le conocemos, le vemos, ó mejor dicho todos le sentimos pero siempre á través de una interrogación..... ¿qué es el artritismo? Evidentemente tal enfermo, nos decimos, es un artrítico, pero ¿por qué lo es? ¿En qué consiste eso del artritismo? ¿Es una infección? ¿Un envenenamiento? ¿Un trastorno de la función química? ¿Son las glándulas de secreción interna las responsables del primer movimiento patológico? ¿Está desde luego perturbada la función directriz del sistema nervioso? ¿Es sola una de estas cosas, varias ó todas reunidas á la vez las responsables patogénicas del artritismo? Dados nuestros actuales conocimientos ¡cuán difícil es contestar de un modo concreto á este interrogatorio! y sin embargo, hay necesidad,

apremiante, necesidad porque nuestra misión terapéutica, finalidad suprema de todos nuestros trabajos tiene que fundamentarse en ello, á menos de moverse en una atmósfera de empirismo impropia de nuestra época de ciencia y de cultura.

Son punto menos que dogmáticas y no hay derecho á prescindir de las ideas de Bouchard, cuando llega el momento de explicar la génesis del artritismo. Reconociendo el inmenso valor de sus trabajos sobre los cambios tróficos, fundamento de la teoría, del amortiguamiento ó retardo de la nutrición, no resulta, sin embargo, aquélla lo bastante clara para que nos demos cuenta de la esencia del fenómeno y menos aún para erigirla en base de la terapéutica del artritismo. La gota y la obesidad, acaso puedan explicarse miradas á través del prisma excesivamente químico de Bouchard. La misma diabetes sacarina, si en ella sólo hubiese un defecto en la combustión del azúcar. ¿Pero cómo explicar por un retardo en las mutaciones químicas la incesante formación de glucosa á expensas de las sustancias protéicas y hasta de las mismas grasas y la frecuente y á veces intensa azoturia que la acompaña? ¿Y las demás formas ó modalidades del artritismo? Las hemorroides, jaquecas, asma, bronquitis con enfisema, reumatismo fibroso, herpetismo, esclerosis renal, cáncer, etc., etc., ¿tiene tan fácil explicación? ¿Se comprenden bien y sobre todo se tratarán bien sobre la base del retardo nutritivo como principal fundamento? Esto no es criticar la teoría de Bouchard, ni menos ponerla en tela de juicio, á lo que autorizarían en último caso las conclusiones de Lecorché, manifestando que en tales circunstancias y fundándose en el consumo de oxígeno, la actividad de las combustiones en artríticos

bien definidos, está exaltada ó avivada en lugar de ser lenta y mortecina.

Esto es sólo significar que dichas teorías á pesar de lo científico de su fondo resultan incompletas y más que insuficientes para una explicación, poco útiles, poco prácticas para darse buena cuenta de la génesis de los síndromes, de la razón de las formas y principalmente para inspirar en ellas las determinaciones curativas. Hace falta algo quizá menos científico, menos delicado pero más práctico, más clínico en una palabra.

Un estudio detenido de la etiología del artritismo acaso facilitara mucho esta labor, sobre todo fijándonos en la serie escalonada de los efectos que se van produciendo y en la parte que nos es posible conocer.

Es sabido de todo el mundo que el pobre, que el obrero y que, en general, todo individuo que vive en constante actividad muscular y en el que la frugalidad de sus costumbres ó la dura necesidad de la estrechez le obligan á conformarse con un cubierto muy barato en lo que se llama «el banquete de la vida» no padece artritismo como no sea por algún legado de sus ascendientes. Por eso el artritismo es enfermedad rara en los hospitales y por ello también sin duda alguna le tratan con tanta superficialidad los grandes clínicos que fundan sus conocimientos en una larga experiencia hospitalaria.

El artritismo es enfermedad de las clases relativamente acomodadas; y ¿por qué? Porque cuando no es conferido por herencia, es hijo de los dos únicos pecados capitales con que no puede mancharse de un modo habitual el alma del pobre; el artritismo es hijo de la gula y la pereza, hablando sin artificiosos eufemismos, y tales vicios son

incompatibles con la escasez de recursos y la perentoria necesidad de ganarlos con el trabajo corporal. Por eso el acuerdo de los autores en este punto es unánime; la buena mesa y la vida poltrona, es decir, el exceso de alimento y la falta de ejercicio son sus causas fundamentales.

Analicemos estas dos grandes causas de artrismo, causas que pudiéramos representar en su conjunto con la frase tan corriente de *darse buena vida* sentando de antemano que sólo producen sus efectos cuando están en constante actualidad años enteros.

La buena mesa no se refiere sólo á la abundancia: el abuso de cantidad es un factor no despreciable, pero no es el único ni siquiera el principal. El comer mucho con relación á las necesidades de cada individuo ya es un elemento perturbador; primero por el trabajo que impone á los aparatos de elaboración y segundo porque el exceso continuado de ingresos llega á romper necesariamente el equilibrio de su proporcionalidad con los gastos, resultando sobrecargas y almacenajes que á su vez representan dificultades de orden físico cuando menos, ponen á contribución diaria energías que debieran estar de reserva para responden á temporales exigencias y modificar en fin la función química con oxidaciones anaerobias y la consiguiente producción de leucomainas tóxicas.

Asociados á la abundancia relativa figuran en la buena mesa otros tres elementos de perturbación: el predominio de alimentos animales, su especial preparación culinaria ó industrial y el uso de vinos ricos en el alcohol.

El hombre es omnívoro se dice, y efectivamente la educación individual desde la niñez y la adaptación de la especie á una costumbre sostenida siglos y más siglos,

ha hecho que elija, digiera y aproveche para su alimentación sustancias que no corresponden á lo que su dentadura y aparato digestivo exigen según las leyes de fisiología comparada. Despójesele de esa educación, y guiado sólo por el instinto se inclinará á lo natural y primitivo: de ahí la decidida afición de todos los niños por las frutas; hecho que tiene todo el valor de una lección de higiene alimenticia.

Entendiendo por carnes todo alimento animal integral (menos la leche y el huevo) observaremos que en la mesa del artrítico las carnes son el plato dominante, el eje ó núcleo de las comidas, siendo lo demás una especie de adorno ó accesorio de las mismas. Si el uso de la carne según queda expuesto no es de suyo natural, el abuso, su abundancia, su predominio es menos natural, más artificioso todavía. Y si Pettenkofer y Voit en sus experimentos sobre el perro, animal carnívoro por naturaleza, han llegado atiborrándole de carne á producir polisarcia, pérdida del pelo, brotes eruptivos, etc., etc., fenómenos experimentales que recuerdan mucho ciertas modalidades artríticas, nada más lógico y comprensible que el daño reportado por la cantidad abusiva de ese alimento en un animal que no está organizado para su habitual consumo. Aparte de esta consideración, podemos mirar á las carnes aún en el mejor estado de sanidad como un alimento por sí ó por sus derivaciones digestivas, tóxico en todos los casos aunque en grado invariable y por conceptos distintos.

1.º Los estudios sobre la anafilaxia, el empleo de los jugos orgánicos y el uso experimental y terapéutico de los sueros, autorizan á pensar sin un esfuerzo de generalización que en todo tejido ó jugo animal hay algo nocivo

ó venenoso para otro de distinta especie siempre que ingrese en su circulación sin pasar por las aduanas depuradoras que el organismo tiene colocadas en sus puertas naturales.

2.º Algunos de estos alimentos animales, sobre todo del grupo pesca y mariscos, pueden ser tan venenosos que hagan sentir sus perjuicios aún después de sufrir la influencia defensiva de dichas aduanas. Esto lo sabe todo el mundo y del mismo modo conoce lo dañina que es la carne de animales enfermos, hambrientos ó fatigados en el momento de su sacrificio.

3.º Desde el momento en que muere el animal sacrificado hasta aquel otro en que sus carnes sufren la purificación culinaria transcurre un lapso de tiempo durante el cual éstas están sometidas á la influencia que el medio ambiente ejerce sobre la materia organizada muerta, influencia productora de un proceso de desintegración que la corrompe, que la pudre con rapidez variable, para devolver al reino mineral lo que los seres vivos arrancaron y transformaron de él para su desenvolvimiento y desarrollo.

Esta putrefacción facilitada por el tiempo, calor, humedad, riqueza microbiana y ciertos estados previos del material que se descompone, es un conjunto de fermentaciones, de reacciones químicas, de transformaciones de la materia en el cual se producen cuerpos venenosos de distinta naturaleza química, algunos de los cuales tiene un valor tóxico extraordinario siendo de notar el hecho de que muchas veces una descomposición inicial es mucho más venenosa que una putrefacción relativamente avanzada y mal oliente.

La preparación culinaria de los alimentos es á la vez medio de defensa y motivo de intoxicación, cuya acción se suma á otros factores de análoga finalidad. Si bien el

objetivo de la cocina es sencillamente hacer apetitoso lo que presenta en la mesa, tiene una misión altamente protectora que de un modo inconsciente lleva á cabo. Al someter las viandas á la temperatura de la ebullición, mata las bacterias saprofiticas y patógenas que pudieran aquéllas llevar, detiene el proceso de descomposición y desinfecta, en una palabra, los manjares. Esa misma temperatura elevada puede destruir ó modificar venenos de los llamados termolábiles á semejanza de lo que hace con ciertas sustancias de las que intervienen en las reacciones experimentales de los anticuerpos ó de lo que pasan con las soluciones de cocaína cuando se hierven. Al cocer las carnes en caldos, salsas y jugos acuosos se disuelven, diluyen, desparraman y atenúan de concentración otras sustancias nocivas que sobrevivieron á la elevación de temperatura.

Por otro lado, la cocina que parte, desmenuza y ablanda los manjares; que empapa en líquidos para favorecer su ulterior desmoronamiento y que les comunica condiciones sápidas, estímulo natural de la secreción gástrica, favorece de un modo extraordinario la digestibilidad y por consiguiente el aprovechamiento de los materiales objeto de su preparación.

Hasta aquí todo es bueno, todo ello constituye una función protectora, de ayuda, de defensa: pero esa misma cocina que no para mientes en esta finalidad y que no persigue más que la sensual, la de dar gusto al paladar, adultera su importante cometido con la adición de condimentos fuertemente estimulantes y comúnmente nocivos por un triple concepto. Su acción irritante, local y la intensa sensación gustativa que producen, aumenta las

secreciones que no habrán de sobrar para digerir aquella abundante comida: pero este fenómeno de evidente utilidad momentánea, se desenvuelve á costa de intensa congestión de las mucosas y glándulas anejas y que si bien cae dentro de un riguroso fisiologismo, por su intensidad, por su duración y hasta por su extensión, rebasa lo normal para entrar en lo morboso cuando la repetición del hecho se prolonga más allá de una tolerancia en todos los casos limitada.

Además, si á estos condimentos no les podemos considerar como verdaderos venenos á la dosis que la cocina los suministra, no podremos tampoco negar que cargados de aceites esenciales, (clavo, mostaza, pimienta, etc., etc.), obran como excitantes del sistema nervioso, como estimulantes difusibles, dándole un espolazo de sobreactividad que habrá de seguirse necesariamente del agotamiento proporcional y esto sin contar que cuando el condimento es del tipo picante, invita, pide ó mejor dicho, exige más vino *para calmar la grata molestia del picor*. Esto no es una apreciación mía; esto es un hecho que todos hemos visto y hasta me atreveré á decir que todos hemos probado y aunque sea de modo indirecto, resulta un tercer motivo de nocividad. Tales condimentaciones culinarias así como los entremeses y otros excitantes que figuran en las buenas mesas, son incienso que se quema en el altar de la sensualidad gustativa, pero cuyo perfume resulta á la larga tan caro que obliga á soltar un buen puñado de salud.

Lo mismo puede decirse de la preparación industrial de ciertos alimentos animales. Los embutidos, escabeches, adobos, salazones, ahumados, conservas, extractos, quesos fermentados, etc., etc., son productos en que se busca una

larga conservación y un sabor en general fuerte y penetrante, objeto que se consigue la mayor parte de las veces con la abundante adición de esos mismos condimentos.

A los perjuicios que puedan irrogar estos medios conservadores en cantidad casi siempre abusiva, preciso es añadir otros dos factores de nocividad en la mayor parte de estas preparaciones industriales. Uno de ellos es la costumbre de comerlas crudas sin haber sufrido aquella especie de purificación que la cocina lleva á cabo en los alimentos. El otro, agrandado en sus consecuencias por el primero, depende de que casi todos estos manjares aun sanos, por retraso en las operaciones conservadoras, por insuficiencias de los medios empleados, por suciedad ó descuidos en la manipulación ó por meditado designio cuando así se desenvuelve tal aroma ó cual sabor, estos alimentos animales, repito, de perfecta sanidad en su origen, llegan á la mesa del consumidor habiendo sufrido siempre cierto grado de putrefacción, ó tal cual fermentación semi-pútrida como pasa por ejemplo con los quesos del tipo Rocheford, en cuyo proceso habrán de desarrollarse aquellos venenos de que ya se ha hecho mención en otro lugar. Y todo esto como habitual, como cosa diaria, sin que entre para nada en la cuenta el botulismo, triquinosis, etcétera, que con todos sus peligros no son de los que incumben á nuestro objeto, por ser hechos del todo accidentales y fortuitos.

Hasta aquí, lo que las carnes traen de fuera; los daños que pueden aportar por sí, por su previa condición, pero no es todo ni quizá lo más. Las derivaciones digestivas de estos alimentos en su transformación, producen abundante material tóxico que si bien representa un fenómeno

natural, fisiológico del todo, por su intensidad, y sobre todo por la permanencia que supone su frecuente ó mejor dicho, incesante repetición, se coloca en las mismas fronteras de lo morboso.

Todos sabemos que la albúmina ingerida, ni se digiere ni se aprovecha en su totalidad. Una buena parte transformada en peptonas ó albumosas asimilables por la acción de la pepsina, ácido clorhídrico y fermento proteolítico del páncreas es absorbido por el epitelio del intestino delgado, vía principal de ingreso para las sustancias coloideas. Pero en este proceso fermentativo al lado mismo de esas albumosas útiles se desarrollan otras en que una diferencia de fórmula acaso insignificante, les dá una violenta toxicidad que se haría sentir rápidamente si esa especie de electividad de que parece estar dotada la célula absorbente no las detuviera en su camino de invasión.

El resto de alimentos albuminoides que no sufrieron la evolución péptica, dado el calor, humedad y riqueza bacteriana del intestino está destinado á sufrir una especie de putrefacción que si no es idéntica á la que se produce al aire libre ni á otras formulaciones anaerobias por la influencia de los jugos, fermentos y flora especial del intestino, no por eso deja de ser una descomposición pútrida con el desarrollo consiguiente de venenos, tanto más abundantes cuanto mayor sea la desproporción entre la albúmina ingerida y la que puedan transformar en sentido útil los fermentos naturales. Sabida es la significación del indicán en las orinas, verdadero índice de la putrefacción intestinal de las albúminas y sabido es también cuán abundante es ese cuerpo sulfo-conjugado en los grandes comilones de carne. Y ya que del indicán hablo, conviene recordar

que el indol y escatol sulfo-éteres de origen según se cree coli-bacilar, son de suyo venenosos, así como el ácido sulfhídrico tan abundante en los gases intestinales del glotón.

Decía que un tercer elemento de intoxicación en la buena mesa, capaz de influir en la génesis del artrismo es el vino y al menos en España preciso es reconocer su manifiesta influencia.

Autores hay que consideran al artrismo como una derivación del alcoholismo, pero no es así. Ni los síndromes que presentan los alcohólicos se parecen á los artríticos, ni siquiera es de rigor el abuso de la bebida para que se desarrolle el estado que estudiamos, y buena prueba es de ello que al menos dentro de las costumbres de nuestro país en el que por lo general la mujer de la clase media y acomodada bebe muy poco, aunque bebe, el artrismo polisárcico y gotoso es de extraordinaria frecuencia entre ellas. El alcohol como vicio conduce á otros extremos, pero el alcohol, ó mejor dicho, el vino como costumbre honesta, no está exento de responsabilidad en la etiología que nos ocupa. Es muy difícil encontrar un artrítico entre las gentes que han tenido el hábito de beber agua clara en sus comidas. Por otra parte, la supresión absoluta del vino siempre alivia, si no cura, aunque no se haya hecho de él un verdadero abuso con anterioridad. Que los buenos vinos tomados con cierta abundancia en las comidas precipitan la evolución artrítica, es cosa que todos los observadores admiten y una lógica interpretación de la teoría, marcha paralela con lo que la experiencia va enseñando.

En efecto: si en el proceso de intoxicación lenta casi constante que en el organismo pre-artrítico se va desenvolviendo á expensas del ingesta, se analiza minuciosamente

el conjunto de cosas que pueden influir en tal sentido, el alcohol, y sobre todo, el alcohol en forma de vino lleva una parte nada pequeña de responsabilidad. No hay para qué sacar aquí á colación los efectos del alcohol, pero conviene recordar que á más de su acción sobre el sistema nervioso central y periférico; además de la influencia que á la larga hace sentir á las tónicas interna y media de las arteriolas, posee en su forma vínica una electividad, digámoslo así, sobre el estómago y más aún sobre el hígado. Sea por el alcohol en sí, sea por los aromas, sea por los tártaros, ó sea como parece más que probable, por el sulfato de cal que natural ó artificialmente contiene, el hecho es que el vino, además de la acción irritante local sobre las mucosas, manifiesta verdadera predilección por el tejido hepático que congestiona primero, que hipertrofia después y que ahoga por fin en los apretados lazos de una retracción fibrosa peri-portal. Claro está que á este extremo llevadas las cosas, representan los efectos de una intoxicación profunda á que sólo el abuso vicioso puede conducir, pero es cuestión de grado en la intoxicación; el tósigo obrará en otros casos con más lenidad en razón de sus menores proporciones pero será siempre un tósigo, un veneno, que atacará á un estómago y á un hígado precisamente cuando más necesitados están de un libre y vivo funcionalismo para digerir la cantidad y calidad de alimentos que esas comidas, presididas por una gula más ó menos discreta, imponen como una especie de trabajo forzado. Es decir, á su propia nocividad se añade lo importuno de su intervención.

Así se explica que sea más rápido, más intenso y, permítaseme la expresión, mucho más morboso el artrismo

de esos adultos del sexo masculino que rocían con vino en abundancia sus copiosas colaciones, que las adornan con alguna copita de coñac ó de anisado tras el café ó que las preceden, para abrir boca, del biter, del vermouth ó del ajenjo.

Echando una ojeada sobre lo que va expuesto, se ve sobresalir en todo ello el hecho de una intoxicación que, dada la cantidad y calidad de materias que pueden producir, llama la atención, extraña, que el organismo tolere. Esta acometida tóxica diaria y repetida varias veces en el día, parecía lo natural que levantara cuando menos la protesta de reacción contra el ataque ya que no el síndrome de intenso envenenamiento. ¿Es por que tales venenos no existen ó el hábito de toda una vida hace al hombre inmune contra ellos? No: esos venenos existen y el organismo no se habitúa jamás á su acometida. Los estudios de Huchard, sobre la disnea toxi-alimenticia, son el mejor comprobante de esta proposición y si algunos dudaran de su certeza, en los enfermos avanzados de esclerosis renal, en los que sufren intensa insuficiencia hepática y en los que el epitelio intestinal descamado ó desprendido pierde su función electiva y protectora, podría hallar un campo de experimentación que desvanecería todas sus dudas.

Lo que sucede, lo que explica tan admirable tolerancia, es que el organismo, en el que todo parece previsto, dispone de un sistema completo de defensa que le hace sortear esos y otros temporales que ha de correr en su travesía por los mares de la vida.

Dificultades de absorción por protección mecánica y por electividad celular, son el primer medio defensivo en íntimo contacto con el material tóxico que recorre las vías

digestivas.—Filtro hepático que retiene y destruye venenos.—Actividad muscular y proceso general de oxidaciones tróficas para quemar, destruir ó modificar lo que ya circula. Y, por último, amplia y rápida eliminación depuradora que evita acúmulos de cantidad y roba tiempo á la impregnación nociva de las células por el veneno. Estos son, sin duda con algunos más, los cuatro principales elementos de defensa en el hombre sano, sin contar con la posible producción de anticuerpos circulantes, sobre cuyo hecho sabemos muy poco todavía.

Del modo como se comportan estas defensas, de su libre funcionalismo y proporcionalidad con el ataque, habrá de depender el estado ulterior del organismo; y precisamente en el futuro artrítico, por razones que ya veremos, la integridad del proceso defensivo va cada vez dejando más que desear, hasta el punto de ser quizá su progresiva insuficiencia el fundamento, la base sobre que se levanta todo el edificio morbosos.

En un próximo artículo trataremos de estudiarlo.

# LA PROSTATITIS BLENORRAGICA

POR EL

DR. RODRIGO ESTEBAN CEBRIAN

(CONCLUSIÓN)

En el anterior artículo terminábamos cuanto relación hace con las prostatitis del grupo central, con la exposición de varios casos clínicos tipos, en mi sentir instructivos y demostrativos de la tesis que vengo sosteniendo; tócame después de ello ocuparme de cuanto hace relación con las inflamaciones del grupo glandular periférico.

Prostatitis del grupo glandular periférico, prostatitis propiamente dicha. Al revisar cualquier obra que de estos asuntos se ocupa, llama la atención en seguida, las divisiones que del proceso se establecen, agrupándolas en las variedades de prostatitis catarral y folicular, parenquimatosa y supurada (absceso de la próstata); la primera forma corresponde al primer estadio de la prostatitis del grupo glandular central según mi modo de ver, que no es artificial ni caprichoso, ya que existe completa independencia anatómica, fisio-patológica y terapéutica por si esto no fuera bastante, aparte que como anteriormente decía, no puede lógicamente admitirse: que el proceso inflamatorio se detenga y limite en el fondo de los acinis glandulares con integridad completa del tejido intersticial, suposición que no es gratuita como lo han demostrado los trabajos de

Brissaud, al comprobar la proliferación y destrucción del epitelio glandular, juntamente con la infiltración embriónica que envuelve las glándulas, y como consecuencia de ello, aumento de volumen del órgano. Quedan por lo tanto las dos últimas variedades como propias y características, según vamos á demostrar.

Esta prostatitis periférica, que corresponde á la parenquimatosa de los clásicos, puede comenzar por el tejido intersticial, aunque ordinariamente sea interesado después que el glandular, teniendo necesidad al igual que en las del grupo central, que admitir grados diversos, que algunos les utilizan para establecer variedades, y en los que podemos abarcar, desde la prostatitis simple que fácilmente termina por resolución sin dar lugar apenas á síntomas de ninguna clase, hasta los abscesos y flemones periprostáticos, que por las vastas y extensas destrucciones á que dan lugar ponen la vida en peligro, adquiriendo cualquiera de ellas el carácter de agudez ó de cronicidad.

Las de forma aguda y en un primer estadio, la inflamación del órgano tiene un comienzo insidioso con síndrome poco claro. Generalmente en el periodo subagudo ó en la terminación de la blenorragia y coincidiendo con una disminución ó desaparición de la supuración uretral, el enfermo experimenta cierta sensación de tensión molesta de peso, en las márgenes del ano y porción posterior del periné, con cierta dificultad para realizar la micción, que está retardada, siendo necesario el esfuerzo abdominal para verificarla, y con disminución ó pérdida del arco urinario; al propio tiempo del lado rectal se establece ligera molestia con estreñimiento, siendo la defecación molesta y difícil; el número de micciones que no varía en los primeros

momentos, aumenta después, haciéndose algo dolorosas; los síntomas generales fueron nulos ó pasaron desapercibidos, estando constituidos por un escalofrío ligero y pequeña elevación térmica de escasa duración. El tacto rectal que puede practicarse con relativa facilidad, comprueba el aumento del órgano en toda su extensión ó en una parte limitada del mismo, sin alteración de su forma, sin cambios en su consistencia, pero con sensibilidad exagerada á la presión.

En un estadio más avanzado, los síntomas generales abren ordinariamente la escena: escalofrío grande único, ó pequeños repetidos, elevación térmica, 38°, 39° y más de temperatura, sed viva, cefalalgia, quebrantamiento general y los síntomas inherentes á todas las pirexias; bien pronto la atención es llamada del lado de la próstata por un dolor vivo, gravativo, lancinante, en el periné y márgenes del ano, que se extiende á través de la uretra, hasta la terminación del miembro unas veces, propagándose en otras ocasiones á la región sacra, lumbares, muslos, etc.; este dolor que es continuo, se exagera por los movimientos y cambios de posición que el enfermo practica frecuentemente, por la molestia continua experimentada, y por los tenesmos vesical y rectal que le acompañan.

La micción se hace dolorosa y difícil; el dolor es vivo al comienzo sobre todo de la misma, al paso de las primeras porciones de la orina, sosteniéndose mientras continúa la expulsión, para disminuir ó desaparecer al final, salvo los casos en que existe un estado inflamatorio de las proximidades del cuello vesical; la fuerza de proyección del chorro urinario desaparece por completo, siendo necesarias violentas y continuadas contracciones de los músculos del

abdomen y periné, ayudados algunas veces por espontáneas presiones que los enfermos ejecutan en la región hipogástrica, para con todo ello dar salida á un chorro delgado, filiforme, generalmente en forma de tirabuzón, en ocasiones á gotas solamente y siempre rastreando, aumentando al paso que el proceso avanza, hasta que se establece la retención total, ó se restablece el arco urinario por iniciación de la resolución; como consecuencia de este estado de excitación motriz, el pene en toda su extensión sufre congestiones é hinchazones, que por la oclusión que producen de las paredes uretrales, dificultan más aún la micción. Los síntomas rectales siguen paralelamente en intensidad á los vesicales; la defecación es dolorosa y penosa, con sensación continua de necesidad de deponer, siendo el estreñimiento la regla y experimentando los enfermos la sensación «de un tapón de materia fecal dispuesta á salir espontáneamente». (Desault).

Las orinas son claras, siempre que no haya complicaciones ó participaciones de otros órganos en el proceso prostático, á lo sumo ligeramente turbias por el derrame uretral pequeño y no apreciable al exterior, que subsiste desde el comienzo de la prostatitis, en otras ocasiones por último, puede existir ligera purulencia de las primeras porciones de la orina emitida con ligero tinte sanguinolento, siendo claras y transparentes las últimas porciones.

El examen físico debe quedar reducido al tacto rectal, salvo los casos de retención vesical completa, en los que nos vemos obligados á realizar el cateterismo evacuador, por el que comprobamos un exceso de sensibilidad en el trayecto prostático con alargamiento del mismo, más con permeabilidad completa. Al practicar el tacto rectal, el esfínter se encuentra sumamente contraído, resultando la maniobra

dolorosa aún sin franquear la región esfinteriana; con suavidad y bien lubricado el dedo índice, se llega á franquear el conducto muscular constituido por el esfínter anal y con ello alcanzar la próstata en toda su extensión, que se encuentra aumentada de volumen y de consistencia; el aumento de volumen puede alcanzar todo el órgano, ó una parte del mismo, en el primer caso el sillón mediano (surco interlobular) desaparece por completo, dando una sensación uniforme, extensa, elástica, resistente y dolorosa; la próstata en su conjunto aparece gruesa, dura, globulosa, aumentada la convexidad de su cara postero-inferior y con ello prominente sobre el recto, siendo la superficie casi uniforme ó poco desigual; Vidal de Cassis ha señalado la forma cuadrada que puede tomar el órgano, por modificación de sus contornos. En otras ocasiones el proceso flegmático traspasa los límites de la glándula, englobando en el mismo los tejidos y órganos circundantes: hacia arriba las vesículas seminales y conductos eyaculadores, propagándose por los lados á la fosa isquio-rectal, dando lugar en ambos casos á plastrones inflamatorios de forma variable, de contornos irregulares, de consistencia blanda y sumamente dolorosos á la presión. Las presiones ligeras en toda la extensión del órgano producen grandes dolores, despertando vivísimos deseos de orinar y violentos esfuerzos de defecación; el amasamiento suave de la próstata en los primeros días de la enfermedad, no da salida á ningún rezumamiento uretral espontáneo, encontrándose sin embargo en las primeras porciones de orina emitida, un enturbiamiento y numerosos filamentos con copos purulentos de variables tamaños.

Esta forma aguda que es la más frecuente y en la que encajan las múltiples y diversas variedades que pudieran

establecerse, puede seguir dos caminos; en el primero, al cabo de 6 ó 8 días, los fenómenos generales desaparecen por completo sino lo habían hecho ya, disminuyendo los locales de intensidad, restableciéndose la micción si la retención fué completa, ó disminuyendo la polakiuria disúrica en caso negativo, para aumentar la supuración que había desaparecido en los comienzos del proceso, es decir que se inicia la curación de la enfermedad por franca resolución, á poco que con un tratamiento convenientemente dirigido intervingamos; en otras ocasiones y á pesar del tratamiento empleado, la enfermedad puede terminar resolviéndose incompletamente, con sus focos de induración, los cuales más adelante serán núcleos de una prostatitis crónica.

En el segundo caso, cuando la terminación es por supuración, los fenómenos generales siguen sin desaparecer, aumentando de intensidad los locales. La fiebre aumenta ó sufre una recrudescencia considerable y con ella el estado gastro-intestinal, la cefalalgia y el número de pulsaciones; el dolor se hace gravativo, lancinante y muy á menudo pulsátil, los movimientos son extremadamente dolorosos y los esfuerzos necesarios para la micción y defecación arrancan gritos á los enfermos produciéndoles un tal estado de excitación nerviosa, que da compasión.

El tacto rectal, único que nos suministra datos de la marcha de la enfermedad, debe ser practicado con dulzura y suavidad; las más ligeras presiones del pulpejo del dedo sobre la próstata son dolorosísimas, sin embargo, la sensibilidad es más exagerada sobre uno ó varios puntos de la cara rectal del órgano, percibiéndose en algunas ocasiones pulsaciones arteriales, de bastante intensidad; existen siempre cambios de consistencia del órgano, en los comienzos

más que puntos depresibles, renitencias, dando la glándula la sensación «de una tela extendida sobre un marco resistente» (Guyon), por último, cuando los focos de supuración han sido evacuados, se notan fluctuaciones y puntos depresibles á la más ligera presión del dedo, dando lugar en esta fase á desigualdades en la superficie de la glándula con depresiones y elevaciones de la misma, contrastando la friabilidad y blandura de unas partes, con la resistencia é induración de las vecinas. La supuración en unos casos se forma en pequeños y numerosos focos extendidos en toda la superficie y extensión del órgano, abscesos miliares de la próstata, dando lugar en otras ocasiones por fusión de los mismos á una grande y vasta cavidad, y con ello al clásico absceso de la próstata. Los caracteres suministrados por la colección purulenta son variables según donde aquélla se haya formado, pues como fácilmente se comprenderá los abscesos fraguados debajo de la mucosa uretral, que quedan separados del dedo explorador por una gruesa capa de tejido prostático normal, no pueden ser sentidos y descubiertos por el dedo explorador, al paso que los formados del lado rectal han de sentirse fácilmente en toda su extensión y contornos.

Lo mismo en las prostatitis terminadas por resolución, y cuando ésta se inicia, que en las terminadas por supuración, cuando la colección comienza á evacuarse, el tacto y amasamiento del órgano, da salida á un flujo abundante por rezumamiento uretral espontáneo, el que recogido para el análisis nos suministra los datos siguientes: células de epitelio pavimentoso en grandes placas, cilíndricas, abundantes glóbulos de pus y leucocitos, algunos hematíes y los elementos normales de la secreción prostática.

Por último, queda en la fase aguda del proceso, propagaciones en todas las extensiones, dando lugar á las periprosstatitis, y entre las principales: las espermato-cistitis y los flemones y abscesos del hueco isquio-rectal y perineales, los cuales no hago más que mencionar por quedar fuera del complejo sintomático neto y simple que me proponía describir en estas líneas.

La prostatitis crónica, que puede ser consecuencia de la aguda terminada por resolución incompleta ó por inducción, adquiere generalmente esta marcha desde sus comienzos. El poliformismo de las prostatitis crónicas y las asociaciones sindrómicas que frecuentemente se sobreañaden, impiden hacer una descripción de conjunto de las mismas y para evitar repeticiones y confusiones, separaré en dos grupos la sintomatología de las mismas: síntomas funcionales y objetivos.

Los primeros confundidos con los de la uretritis crónica posterior, no presentan nada de particular, unas veces es la gota matinal, observable también durante el día cuando el intervalo entre las micciones es largo, otras veces el mal es descubierto por un derrame intermitente de origen francamente prostático é interpretado torcidamente por el enfermo que le sume en estado de profunda tristeza, al observar cuando verifica esfuerzos de defecación y algunas veces al finalizar la micción, la salida por la uretra de un líquido blanquecino, de olor de esperma, rastreando unas veces y constituyendo una pequeña eyaculación en otras ocasiones; en otros enfermos son las micciones frecuentes y dolorosas, con sensación de quemadura y escozor profundo, ó la sensación de peso y molestias en el ano que aumentan con los cambios de posición, por verdaderas neuralgias uretrales

y penianas, dolores en el testículo y cordón espermático, molestias en la región sacra, hipogástrica, lumbares, muslos, etc., que indudablemente tienen relación con el estado inflamatorio de la próstata, ya que desaparecen al curarse ó modificarse esta enfermedad; por último, la esfera genital es la interesada y predominante: erecciones repetidas, poluciones nocturnas frecuentes, impotencia relativa, erecciones incompletas, sensaciones voluptuosas deficientes y dolorosas, eyaculaciones prontas y casi involuntarias, hemospermia independiente de lesiones vesiculares, etc., etc., dando lugar á variedades diversas, á complejos sintomáticos distintos, capaces de sufrir exacerbaciones y mejorías con ocasión de los excesos, trabajos, estados psíquicos, etc., y en los que puede apreciarse siempre la gran importancia que tiene el estado temperamental de cada individuo.

Los síntomas objetivos son de tres órdenes: los suministrados por el tacto rectal, por el cateterismo uretral y por el examen de las secreciones. Por el primero comprobamos siempre, aumento del órgano en toda su extensión y superficie, ó en puntos limitados del mismo, variaciones en su forma y consistencia, blanda y depresible en la generalidad de los casos huyendo á la presión del dedo, dura, resistente y más uniforme que normalmente en otros, generalmente aumentada y globulosa con pronunciamiento de la convexidad de la cara rectal, y dando siempre por expresión un abundante rezumamiento uretral, que enturbia el líquido vesical cuando el amasamiento fué practicado después de llenar la vejiga de un líquido indiferente y transparente, siendo esta turbidez más acentuada en las primeras porciones (primer vaso), con numerosos filamentos, vírgulas y grupos mucosos ó purulentos, según la antigüedad de la

lesión y variedad del proceso, al paso que las últimas porciones son claras y transparentes con escasos filamentos.

El cateterismo uretral suministra muy pocos elementos de juicio: un exceso de sensibilidad del trayecto prostático, común á todas las formas de prostatitis, y ligero alargamiento del mismo con sensación de resistencia al franquear la región del cuello vesical; la endoscopia uretral suministra síntomas negativos, las lesiones descritas por algunos autores en esta enfermedad, son las que precisamente caracterizan las inflamaciones de la próstata central en sus grupos submontanal y subcervical, que anteriormente enumeramos, así como el residuo vesical anotado por Guyon y Harrisón y posteriormente por Janet, dependiente según mi sentir del infarto del grupo subcervical.

Los caracteres macroscópicos del derrame obtenido por amasamiento de la próstata en las formas crónicas, son: líquido espeso, blanquecino ó amarillento, de olor francamente espermático, que da lugar á manchas almidonadas de bordes y contornos irregulares sobre el lienzo; microscópicamente se encuentran: los elementos normales de la secreción prostática: granulaciones grasosas, corpúsculos amiloides compuestos de fosfato de sosa según Bering, y gránulos de lecitina en mayor abundancia que normalmente; elementos celulares que le sirven á Finger para establecer dos clases de líquido prostático; uno rico en restos epiteliales polimorfos, entre cuyas formas las cilíndricas son las más numerosas, y otro rico en glóbulos de pus á los que se incorporan los gránulos de lecitina según Posner; por último, restos de espermatozoides, generalmente su porción caudal, eventualmente microbios de morfología variada.

Al igual que decía al reseñar la forma aguda, el proceso inflamatorio crónico, puede extenderse y alcanzar los órganos vecinos, interesando con frecuencia las vesículas seminales, conductos eyaculadores y deferentes en su porción terminal, dando lugar á periprostatitis crónicas de cuya descripción prescindiré, para no apartarme del objeto de mi artículo.

Vamos con la descripción de unos cuantos casos escogidos al azar demostrativos de los cuadros sindrómicos enumerados.

El primero hace relación á un individuo de la provincia de Zamora, residente en Valladolid, soltero y de 48 años de edad; en Agosto de 1906 en los comienzos de una hemorragia y á consecuencia probablemente de viajes repetidos, se ve acometido de frecuentes y dolorosos deseos de orinar, siendo el orín sanguinolento en sus primeras porciones, con sensación de peso y dolor gravativo en el ano y periné, que se propaga á través de la uretra hasta la extremidad del balano, deseo frecuente de deponer con sensación de tapón rectal, escalofrío grande y temperatura de 39°; el tacto rectal descubre una próstata grandemente aumentada de volumen en todas sus dimensiones, con aumento de la convexidad de la cara rectal, extremadamente dolorosa á la presión en toda su extensión, de superficie lisa y regular en toda la superficie y contornos y movilizable; la presión del órgano en los primeros días, sólo da salida á un líquido escaso y ligeramente sanguinolento, posteriormente en cantidad abundante con los caracteres señalados al hablar de la sintomatología de la enfermedad; con un tratamiento conveniente, la enfermedad terminó por total resolución. Posteriormente en el mes de Junio

de 1911 adquiere una nueva blenorragia y á la terminación de la fase aguda, se ve acometido de dolor grande y fuerte del periné que se propaga hasta la extremidad del balano como la primera vez, tenesmo rectal exagerado con estreñimiento y micción penosa y difícil desde el primer momento, logrando solamente expulsar unas cuantas gotas á costa de grandes y repetidos esfuerzos, para terminar á las 24 horas por retención completa, que exigió cateterismo vesical evacuador durante tres días. La próstata por tacto rectal acusaba parecidas variaciones á las del primer ataque, los fenómenos generales fueron poco intensos, y esta vez como la anterior la enfermedad terminó por total resolución y completa curación continuando hasta la fecha en igual estado.

La segunda observación se refiere á C. F. de 30 años, soltero, comerciante y residente en Valladolid; tuvo una blenorragia en 1906 de la que curó sin complicaciones de ninguna clase; en marzo de 1912 adquirió nuevamente la infección comenzando seguidamente el tratamiento con lavados uretro-vesicales á lo Janet, presentándose á los catorce días de comenzado el tratamiento, micción frecuente, dolorosa y difícil, con pérdida del arco urinario, estreñimiento, escalofrío y fiebre, sensación de peso y dolor en las márgenes del ano, uretra y pene turgentes y á las 24 horas del comienzo del proceso, retención vesical completa que exigió el cateterismo evacuador durante siete días consecutivos. El tacto rectal acusa la existencia del lóbulo derecho de la próstata sumamente aumentado de volumen, más duro, doloroso, regular y liso en superficie y movilizable, dando salida por expresión á pequeña cantidad de líquido prostático; pasados los siete días, los fenómenos de

retención desaparecieron mejorando todos los síntomas locales y generales, para terminar el proceso por franca resolución y curación.

Un tercer, caso referente á prostatitis supurada, es el que hace relación á J. N. natural y residente en Valladolid, soltero y militar; en 1903 nos refiere haber padecido una blenorragia acompañada de prostatitis, la que estuvo caracterizada por micciones frecuentes y dolorosas, con tenesmo rectal y sensación de peso en el ano, y cuyos trastornos cedieron con un tratamiento antiflogístico. En octubre de 1908 nueva blenorragia y á los pocos días de la misma, escalofríos con fiebre intensa durante cuatro días seguidos, micción frecuente (orinaba todas las horas), dolorosa y difícil, siendo necesario el esfuerzo abdominal para realizarla, con dolores intenso, gravativos y punzantes en el ano y perine, propagados hasta la extremidad del miembro; al ver este enfermo en consulta con un compañero y practicar el tacto rectal, encontraba la región del esfínter anal sumamente contraída y dolorosa, con una próstata voluminosa y sumamente sensible, sembrada en toda su extensión de numerosos puntos blandos y depresibles, que permitían hundir el dedo en plena sustancia, obteniendo como consecuencia de la exploración un derrame uretral abundante, francamente purulento y algo sanguinolento, y después de ello un alivio inmediato en la sensación de peso y dolor de la región perineal y una mayor facilidad para realizar la micción. Posteriormente y después de un tratamiento largo y penoso, con un brote de epididimitis durante el mismo, el enfermo curó por completo.

Otro caso se refiere al enfermo E. D., de 37 años, casado, el cual se presentó en mi consulta á primeros del

pasado noviembre, por sentir grandes dolores y molestias en la porción posterior del periné y ano, que se exageraba por los movimientos más insignificantes siéndole muy penosa la deambulacion, al mismo tiempo y desde el comienzo de su mal, que lo remontaba el enfermo á la segunda quincena del mes de octubre, había sentido mal-estar general con escalofríos y fiebre; del lado urinario no aquejaba ningún trastorno, aunque en mi presencia pude comprobar un chorro delgado desparramado y que salía con dificultad, con orina turbia y purulenta; la premura del tiempo me obligó á renunciar á todo examen físico, disponiéndole un tratamiento conveniente y recomendándole volviera nuevamente dentro de ocho días; al interrogarle afirmativamente sobre la existencia de una blenorragia, el enfermo protestaba por su estado, asegurándome que desde su matrimonio jamás había sentido nada, ni tenido contacto extramatrimonial, ello claro es, me obligaba á continuar el interrogatorio para mi seguridad y tranquilidad del enfermo, encontrando á los 20 años una blenorragia de larga duracion y tratamiento deficiente.

Este enfermo se presenta á los quince días de su consulta en la clínica del Hospital en las últimas horas de la tarde, con un periné abombado y con signos manifiestos de supuración (fluctuación), con edema intenso de todos los tejidos blandos que llega hasta la extremidad del prepucio, y con una sensibilidad exagerada al contacto y presión; la micción ha seguido realizándose con relativa facilidad, existe pertinaz estreñimiento datando de doce días, fiebre intensa 39°8, con los fenómenos inherentes á tal estado febril. Se decide para la mañana siguiente una

perineotomía y al practicarla nos relata el enfermo: que durante la noche, el absceso perineal se vació espontáneamente dando salida á gran cantidad de pus, lo que le produjo un alivio momentáneo; en efecto, al lado derecho del periné y al nivel de la línea bi-isquiática, encontramos una abertura de bordes y fondo desigual por la que salen además de pus en abundancia, tejidos esfacelados y necrosados, de olor fétido, que se desprenden á la más ligera tracción; á pesar de ello, procedemos á regularizar esta espontánea abertura unificando su trayecto irregular y de paso á reconocer la próstata cuyo estado ignorábamos, encontrando todo su lóbulo izquierdo blando y fluctuante, depresible y cubierto en una vasta cavidad que se vacía á la más ligera presión, dando salida por la herida en gran cantidad á pus espeso, cremoso y mal oliente; se le unifica el trayecto asegurando un desagüe directo del absceso prostático mejorando en seguida y continuando en la actualidad en tratamiento.

La última observación para no alargar demasiado este artículo, se refiere á J. I., de 42 años, natural de Salamanca y residente en Valladolid; á los 17 años primera blenorragia que trató de diversos modos sin conseguir su total curación, y en el transcurso de la cual tuvo tres orqui-epididimitis izquierdas; en la actualidad, cuando se presentó en mi consulta (en 1905), viene por tener una supuración apreciable por la mañana al levantarse de la cama y por el día cuando lleva mucho tiempo sin orinar, que aumenta con ocasión de los excesos de todas clases; por sentir escozor al orinar de pequeña intensidad, sin polakiuria ni tenesmo, sensación continua de peso y molestia en las márgenes del ano y periné, picores y pinchazos que se extienden algunas

veces por toda la uretra á forma neurálgica y con esto erecciones un poco defectuosas con eyaculaciones precipitadas al verificar el coito; la uretra es permeable al número 25 de bola de Guyon, siendo la próstata dura y rugosa en unos sitios, blanda y depresible en otros, de forma y contornos irregulares, dando por amasamiento un abundante rezumamiento uretral; la orina es ligeramente turbia en el primer vaso, con filamentos y tapones mucosos en ambos vasos, aunque más abundantes en el primero. Aparte de todo esto, presenta el cuadro sindrómico de una neurastenia cerebro-espinal perfectamente definida, que no puede ser imputada á su padecimiento génito-urinario, por razones que no son del caso enumerar aquí.

Tenemos en este conjunto de observaciones, los cuadros sindrómicos que retratan la sintomatología descrita y señalada: en las dos primeras observaciones, no hay duda que nos encontramos frente á prostatitis difusa del grupo glandular periférico (prostatitis parenquimatososa) que dando lugar á retención vesical completa, terminaron por total resolución; á su vez la 3.<sup>a</sup> y 4.<sup>a</sup> se refieren á la forma supurada de iguales grupos glandulares, la primera es la variedad de abscesos miliars de la próstata, la otra constituye el clásico absceso de la misma, que vaciándose en el periné por haberse propagado el proceso supurativo, dió lugar á un flemón y absceso perineal, por último la observación 5.<sup>a</sup> se refiere á un caso de prostatitis crónica de síndrome complejo, variado, y en el que se manifiestan síntomas urinarios, genitales y nerviosos y que de propio intento fué elegida para evitar repeticiones de casos de la misma forma.

Entiendo que con sólo repasar las anteriores líneas, pueden los lectores darse cuenta exacta de las analogías y diferencias inherentes á cada forma de prostatitis, siendo supérfluo el formular diagnósticos diferenciales, sin embargo en el deseo de evitarles repeticiones en la lectura, á la par que por una ojeada de conjunto se aprecien las analogías y diferencias, en cuatro líneas he de compendiarlas.

*Prostatitis del grupo glandular central.*—Nulos ó pocos fenómenos generales y sensitivos locales, polakiuria disúrica ligera, siendo la hematuria terminal, si existe; disminución del arco urinario y pérdida de la fuerza de proyección, sensibilidad del trayecto uretral prostático al cateterismo, lesiones uretro-vesicales endoscópicas; residuo vesical pequeño, nunca retención total; próstata periférica (propriadamente dicha) normal; el amasamiento de las regiones donde asientan estos núcleos glandulares (surco interlobular prostático y espacio comprendido entre las vesículas seminales y base de la próstata), no dan lugar á derrame uretral, enturbian el líquido y se encuentran filamentos vírgulas y copos mucopurulentos en ambos vasos, más abundantes en el último.

*Prostatitis del grupo glandular periférico.*—Fenómenos generales constantes y sensitivos locales, micción frecuente al principio, retardada y difícil, desaparición del arco urinario (la orina sale rastreando), tenesmo rectal y estreñimiento; retención vesical completa ó nula, exceso de sensibilidad al cateterismo del trayecto uretral prostático, ausencia de lesiones endoscópicas; cambios del órgano, aumentos de volumen y variaciones en la consistencia; rezumamiento uretral abundante por amasamiento, produciendo turbidez grande del líquido vesical, más abundante en el primer vaso, como los filamentos y copos orgánicos.

El examen microscópico de las secreciones no acusa diferencia ninguna.

La independencia anatómica de ambos grupos glandulares, la fisiopatología tan distinta, y la terapéutica por si lo anterior no fuera bastante, ya que exigen y necesitan para su curación un tratamiento distinto, me autorizan aún á trueque de separarme de las descripciones de todos los autores, para establecer la diferenciación de estos síndromes, por tener la evidencia de sus desemejanzas, y aún confesando que no sea de gran importancia el asunto, no por ello dejamos de estar obligados á contrastar en la clínica lo que de los libros aprendimos, señalando después nuestras impresiones y puntos de vista, aunque éstos sean contrarios á lo establecido hasta la fecha, aportando así el humilde grano de arena.

## VACUNA ANTIFOIDEA CURATIVA (1)

---

### INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, RESULTADOS CLINICOS

Y

### TÉCNICA DE SU APLICACIÓN

POR EL

**DR. ROBERTO S. KOLBÉ**

DE LAS FACULTADES DE PARÍS, LAUSANNE Y BUENOS-AIRES,  
ANTIGUO CATEDRÁTICO DE LA FAC. DE MED. DE BUENOS-AIRES, MÉDICO-CONSULTOR  
DEL BALNEARIO DE CHATEL-GUYON (FRANCIA)

---

Hay dos tipos de vacunas anti-tifoideas: 1.º, la vacuna anti-tifoidea preventiva y 2.º, la vacuna anti-tifoidea curativa.

1.º **La vacuna anti-tifoidea preventiva** tiene hoy por hoy todos los sufragios.

Facultativa al principio en los ejércitos de los Estados Unidos de América, de Inglaterra y del Japón es ahora allí obligatoria. En Francia, el Senador **Dr. Léon Labré** acaba de presentar en el Senado un Proyecto de Ley para su **aplicación obligatoria en las tropas de mar y tierra**. No cabe duda alguna que esta proposición de Ley será dentro de poco una Ley aplicada.

2.º **La vacuna anti-tifoidea curativa**, en cambio, está muy discutida. Al lado de observaciones numerosas favorables, sobre todo en los niños, tanto en Francia como fuera de ella, se registran fracasos, que debemos explicar por una técnica defectuosa ó por la naturaleza de ciertas vacunas anti-tifoideas curativas, de

---

(1) Resúmen de una comunicación, hecha á la Sociedad de Medicina de París, el 12 de diciembre de 1913.

laboratorios diversos, puesto que hay varias clases de vacunas. Nosotros hemos observado de cerca hasta ahora en el servicio de nuestro maestro, el Profesor Chantemesse en el Hotel-Dieu de París, unos 25 casos, tratados por su vacuna anti-tifoidea curativa; todos ellos han sacado mucho provecho, de la vacunación con excepción de una sola enferma, muy obesa, albuminúrica, y cardiaca, fallecida al 26° día de la enfermedad y que entró en el servicio en estado grave de cardiopatía, el 19° día.

**La mortandad hospitalaria** resultaría pues muy baja en nuestra estadística; es decir de 4 por 100.

En vista de estos resultados, el médico puede y debe emplear sistemáticamente la vacuna curativa; su empleo es muy sencillo, al alcance de todos, desde que el Laboratorio de Higiene de la Facultad de Medicina de París, envía **gratuitamente** la vacuna á todo facultativo que la pide.

La vacuna anti-tifoidea curativa se despacha en ampollitas de vidrio de un centímetro cúbico, encerrando sesenta millones de bacilos tíficos esterilizados. La inyección, indolora, sin reacción local, se practica como todo inyección subcutánea habitual de morfina, cafeína, etc.; la vacuna es **específica**; ella no obra pues contra las complicaciones frecuentes de la fiebre tifoidea, tales como la bronquitis, la bronco-neumonía, las epístaxis, las enterorragias, etc.

**INDICACIONES DE LA VACUNA ANTI-TIFOIDEA CURATIVA.**—El empleo de la vacuna anti-tifoidea curativa, entra en juego en dos circunstancias clínicas distintas. Por esto puede hablarse de una **indicación absoluta** y de una **indicación relativa**.

Hay, como veremos también, **contraindicaciones**.

La vacuno-terapia tifoidea está bajo la dependencia de una ley general, á saber: **cuanto más grave es la enfermedad, tanto menor es la dosis, tanto peor es el pronóstico; el empleo de la vacuna no excluye la balneación fría y los preceptos habituales de la higiene individual y del régimen alimenticio.**

**La indicación absoluta de la vacuno-terapia** se presenta en los casos de fiebre tifoidea normal ó de intensidad mediana, y los más favorables son aquellos que entran en el hospital en los primeros diez ó doce días del padecimiento. Esta restricción es debida al hecho de que la vacuna provoca en el tífico la **reacción de defensa** del organismo; esta reacción se exterioriza subjetivamente por una **euforia manifiesta del enfermo**; y objetivamente por varios

signos inequívocos: 1.º el aumento rápido y considerable del bazo, á partir del segundo día de la inyección. 2.º El descenso de la temperatura en lisis. 3.º La disminución de las pulsaciones y la regularización de la tensión sanguínea. 4.º La poliuria, con una descarga de los clóruros retenidos. Las células, que como acto de defensa contra la invasión habían acaparado todos los clóruros disponibles, los eliminan ahora abundantemente. Hay otros síntomas secundarias de franca convalecencia. Cuando todo este síndrome es armonioso, se cruzan en los trazados clínicos las líneas descendentes de la temperatura y del pulso, con la línea ascendente, casi vertical de la poliuria. La balneación puede entonces ser distanciada prudentemente. Este es el cuadro de la acción normal específica de la vacuna. Condición para ella es un organismo que se **defienda** bien y que el médico llegue en el momento oportuno para el **latigazo bienhechor**, es decir en los primeros diez á doce días.

La técnica de la vacunoterapia en estas circunstancias, nunca absoluta, siempre variable según el caso y sus medios de defensa, es de una manera general la siguiente: primer día, inyección de 50 millones; cuarto día inyección, de 30 millones; octavo día, inyección de 30 millones.

**INDICACIONES RELATIVAS DE LA VACUNA ANTI-TIFOIDEA CURATIVA.** — Cuando el organismo se **defiende mal** contra las toxinas tifoideas, lo que se manifiesta por los signos bien conocidos; **hiperpirexia, delirio, ataxo-adinamia, enterorragias, albuminuria, complicaciones pulmonares y cardíacas**, etcétera..., la vacuna, **agente específico**, no obra tan favorablemente como antes; por un **latigazo curativo exagerado** puede ella causar más daño que beneficio. Los tejidos linfoides friables (**glándulas de Peyer** etc...) se desagregan y una perforación intestinal, por ejemplo, es más probable que si la vacuna estimulante no hubiera sido administrada. Por esta causa las dosis deben ser menores y los intervalos más ó menos grandes.

He aquí el esquema más frecuente:

1. <sup>a</sup> inyección.	. . . . .	30 millones.
2. <sup>a</sup>	> . . . . .	20 >
3. <sup>a</sup>	> . . . . .	10 >

Algunas veces una abstención prudente es preferible á una vacunofilia progresiva.

Ahora comprenderemos que la vacunoterapia no da los resultados satisfactorios antes mencionados en la categoría de la indicación absoluta, puesto que el enfermo llega ahora al hospital al duodécimo día de la enfermedad ó más tarde, y todavía con frecuencia, después de haber sido sometido á un tratamiento irracional y con presencia de complicaciones.

**CONTRAINDICACIONES.**—Una contraindicación absoluta es la **fiebre tuberculosa; la vacuna anti-tifoidea es francamente mala en ella.** Un sero-diagnóstico previo es pues utilísimo; para ello puede emplearse en la práctica diaria **el procedimiento macroscópico y mensurativo de los Dres. Chantemesse y Rodríguez.** (Véase *Tabletes Medicales Móbiles*, 1912, n.º 336).

Las demás contraindicaciones se comprenden fácilmente por lo antedicho: **Abstención absoluta en presencia del peligro de una perforación intestinal y de enterorragias, etc...** De paso proclamaríamos en este lugar el signo precioso revelador de la perforación larvada del intestino: **clonus del pie del lado derecho.**

Precisamente por no haberse observado con escrupulosidad la regla general de la indicación de la vacuna anti-tifoidea en el caso mortal de nuestra estadística (entrado en plenas vacaciones universitarias), quizá haya que deplorar este desenlace.

Los **baños refrigerantes** no fueron bien administrados, porque la enferma era muy obesa, era difícilmente manejable en el baño; el descenso de la temperatura post-balnearia no alcanzó á un grado. A propósito de la balneación racional, hay que saber **que ningún tifoideo hipertérmico resiste á la balneación fría. Si hay espasmo vasomotor de la piel, que impide la hematosis cutánea y por este mecanismo la refrigeración, el médico puede yugular al influjo nervioso espasmófilo por una envoltura fría de unos 10 minutos antes de la inmersión;** el baño debe ser prolongado una media hora y más, si hay necesidad.

Como vacunoterapia, nuestra enferma había recibido una inyección de 60 millones á los 19 días de la enfermedad y una segunda de 50 millones la noche antes del desenlace. Fueron dosis excesivas; sin embargo, la muerte debe atribuirse al colapso cardíaco, ajeno á la vacuna.

Los clínicos incrédulos ó pusilánimes objetarán quizá á nuestra estadística que ella no prueba gran cosa, puesto que se ha hecho el tratamiento clásico fuera de la vacuna curativa. Podrán también citar la existencia de epidemias muy benignas, en las que los enfermos curan con ó sin tratamiento. El genio epidémico benigno

explica la boga pasajera de algunas medicaciones antisépticas efímeras. Podemos tranquilizar la conciencia de estos clínicos, diciendo que la **coincidencia de un complejo de tantos signos manifiestos de curación bajo la acción de la vacuna anti-tifoidea curativa**, nos parece imposible. De todos modos es preferible disponer de varias armas de ataque y de armas perfeccionadas: para un fracturado vale más un exámen radiográfico post-traumático; comprobado con los rayos X su fractura se curará con mayor seguridad y con menor deformación que antes del descubrimiento de dichos rayos. Ya que vivimos en una época de grandes descubrimientos, aprovechémonos de los adelantos de la medicina contemporánea, con prudencia, pero sin titubeos retrógrados.

# REVISTA DE REVISTAS

---

## MEDICINA Y CIRUGIA

**Contribución al estudio anatómico-clínico de las monoplejias de origen cortical. Monoplejias totales y monoplejias parciales,** por M. Regnard. (Tesis de París 1913).

En este trabajo su autor hace un estudio histórico, anatómico-patológico y clínico, bastante completo, resumiéndole en las siguientes conclusiones:

«Existe en la corteza cerebral una zona motriz localizada á la circunvolución frontal ascendente y al lóbulo paracentral.

Esta zona está dividida en centros motores distintos que presiden los movimientos de cada parte del cuerpo y de los miembros. Estos centros comprenden á su vez otros centros secundarios que dan la motilidad á cada segmento del miembro y aun á cada músculo en particular.

Una lesión cortical limitada á una parte de la zona motriz produce una monoplejia del miembro correspondiente. Si la lesión está limitada á un centro secundario, determinará una monoplejia parcial disociada, de un solo segmento del miembro ó de un músculo aislado.

También posee la sensibilidad una representación cortical en el cerebro, pero esta zona sensitiva no debe ocupar un territorio común en absoluto con la zona motriz, como durante mucho tiempo se ha creído.

La parte de la corteza cerebral donde se encuentra la zona sensitiva debe comprender, además de la circunvolución frontal ascendente, la parietal ascendente y una parte del lóbulo parietal; esta zona debe ser dividida, como la motriz, en centros secundarios para las diversas partes del cuerpo.

Estos centros sensitivos están situados al lado de los centros motores sobre el mismo plano horizontal, lo que explica el que frecuentemente una sola lesión pueda destruir á la vez los centros sensitivos y motores correspondientes al mismo segmento de miembro».

De estas diversas consideraciones se deduce que las mono-plejias, una vez constituidas, se traducen por síntomas bastante especiales en el reparto de la parálisis, los trastornos de la sensibilidad y de los reflejos tendinosos según la localización de la lesión.

### **Del tratamiento de las heridas supurantes por la ducha de aire caliente, por H. Roziés (*La Presse Méd.*, 22 noviembre de 1913).**

Además de sus propiedades analgésica, resolutive y vibratoria, es susceptible el aire caliente de una doble acción; es bactericida primero, cicatrizante después.

Es *bactericida* tanto contra los microbios aerobios como contra los anaerobios. El bacilo del chanero blando pierde su vitalidad á 41° (Baeck, Aubert); á 45° se extingue la virulencia del gonococo (Neisser); una temperatura de 45° á 50° quita toda su virulencia al bacilo de Koch; recientemente, Rendu (de Lyon), ha propuesto contra el bacilo de Loeffler el empleo del aire caliente que le mata á 58°. Las investigaciones y experimentos de Pasteur, Vallon y Zuber y Bienstock han demostrado la acción del calor sobre los microbios de la putrefacción; el aire caliente obra en estos casos no sólo como antiséptico sino como desodorizante. La fetidez de las heridas desaparece en cuarenta y ocho y á veces, en veinticuatro horas.

El aire caliente es *cicatrizante* favoreciendo la formación de la membrana de cicatrización. Preséntase ésta bajo la forma de una fina película azulada, que es preciso saber distinguir para no destruirla al hacer las curas. Las cicatrices obtenidas con el aire caliente son rosadas, flexibles, lisas, indoloras comparables á las obtenidas por la acción del radio.

Lógico era, pues, aplicar estas dos propiedades, científicamente establecidas al tratamiento de toda clase de supuraciones. En esta categoría hay que hacer entrar las úlceras y heridas atónicas, varicosas, tuberculosas, específicas; las quemaduras antiguas, las escaras, gangrenas y supuraciones profundas; porque

todas ellas pueden ser consideradas como heridas infectadas, por lo menos medianamente, y tenaces contra todos los tratamientos. En las supuraciones de origen óseo no se obtienen resultados favorables con la ducha aerotérmica.

En todos los casos las temperaturas obtenidas han sido de 100° á 120° a la salida del aparato, de 50° á 70° al nivel de la piel del enfermo. El autor no ha visto nunca accidentes generales; sólo en un caso se observó una quemadura de segundo grado que curó rápidamente. La aplicación es de diez minutos á un cuarto de hora diaria en los casos tenaces, alterna en todos los demás, es decir, la mayor parte de las veces.

El autor se cree autorizado á preconizar el empleo del aire caliente, en forma de duchas, en el tratamiento de las supuraciones traumáticas ú operatorias (excepto las lesiones profundas osteo-articulares, de cualquier naturaleza). A este método terapéutico atribuye, en todos los casos, tres resultados notables: supresión del pus, rapidez de la epidermización y cicatrices perfectas.

**El aire caliente en el tratamiento del antrax**, por R. Frégoire  
(*Paris Médical*, 22 noviembre de 1913).

La corriente de aire caliente presta excelentes servicios en el tratamiento del antrax; pero hace falta usarla con oportunidad. Este tratamiento no puede curar el antrax, lo único que se puede exigir de él es acelerar la curación. El aire caliente es un sedante poderoso del dolor y además suprime casi por completo la supuración activando considerablemente el proceso cicatrizante.

Así pues, el antrax será ampliamente desbridado, haciendo llegar la hoja del bisturí, tanto en anchura como en profundidad, hasta los tejidos sanos. Lo mejor es hacer incisión crucial; después se levantan los colgajos y se insinúa debajo de ellos una compresa, haciendo cura seca. Desde el día siguiente se puede aplicar el aire caliente, para lo cual, quitado el apósito se pasea por la herida la corriente térmica durante diez minutos, cambiando constantemente de sitio el chorro de aire caliente para evitar la sensación de quemadura. Los bordes de la herida se ponen negruzcos, el fondo se deseca y toma el aspecto de carne asada, los colgajos se encorvan. Esta maniobra se hace dos veces diarias terminando con cura seca. Como ya se ha dicho, el dolor y la

supuración desaparecen, obteniéndose la cicatrización en unas tres semanas, en vez de dos meses que ordinariamente suele tardar.

**Asociación de acromegalia y de mixedema**, por L. Millioni (*La Riforma Médica*, n.º 39, 40 y 41 septiembre y octubre de 1913).

Trátase de una mujer casada de 42 años, que gozó de buena salud hasta los 32. Fué cuatro veces embarazada y de estos embarazos, tres terminaron por parto prematuro al séptimo mes.

Dos años antes de ser observada por el autor, desaparecieron las reglas, sobreviniendo al mismo tiempo una debilidad y languidez generales, física y psíquica. Pero á poco se fué modificando la morfología general; después empezó á aquejarse de cefalea y se observó una ligera exoftalmia. Las manos engordaron de tal modo que hubo necesidad de seccionar una sortija que se iba hundiendo en las carnes.

A la inspección presentaba esta enferma todos los signos característicos de la acromegalia: desarrollo exagerado de las manos y de los pies; macroglosia; cifosis cérico-dorsal; exoftalmia y hemianopsia bilateral temporal. Por examen radiográfico se notó aumento de la silla turca. Por otra parte se observaban en este caso los síntomas clásicos del mixedema: facies lunar; infiltración elástica resistente de todo el cuerpo principalmente de los miembros; ausencia del cuerpo tiroides; embotamiento intelectual y soñolencia.

Existe, pues, en esta enferma una superposición de los dos síndromes, debida, casi con seguridad, á alteraciones glandulares múltiples, sobre todo tiroideas é hipofisarias.

**Anestesia general por inyección intravenosa de éter**, por Evstifeef. (*Roussky Vratsh* 8 de septiembre. Tomado de *La Presse Méd.*).

Existe en estos últimos años, sobre todo en Rusia y en Alemania, la tendencia á reemplazar, para la narcosis operatoria, las inhalaciones por inyecciones intravenosas. El profesor Fédoroff ha dado conocimiento de 530 casos de narcosis por inyección de hedonal, pero esta sustancia hace bajar considerablemente la presión sanguínea, irrita los riñones y se elimina muy lentamente,

como todos los y narcóticos son venenos, es preferible emplear los que se eliminan con rapidez. El cloroformo, en solución saturado en agua salada, ha sido usado por Calderara en cuatro casos, pero dos de ellos tuvieron hemoglobinuria y nefritis.

El éter en inyección intravenosa ha sido empleado por primera vez en el hombre por Burkhardt. En 70 casos no ha visto ninguna complicación seria: ni irritación renal ni modificación sanguínea; la presión vascular, aun después de inyectar grandes cantidades de líquido, no se elevó más que en pequeña escala, volviendo en muy poco tiempo á la normal, Calderara ha hecho inyecciones de éter en 33 casos sin ningún accidente y lo mismo Kümel en 90 casos. Para evitar la irritación renal es preciso que la solución inyectada no contenga más del cinco por ciento de éter. Se prevendrá la posibilidad de una trombosis haciendo que la inyección no sufra interrupciones.

La técnica es la siguiente: se colocan cerca del enfermo dos vasos á cada uno de los cuales se adapta un tubo de caucho provisto de llave ó de una pinza. Estos tubos van á enchufarse en cada una de las ramas superiores de un tubito de vidrio en Y; á la rama inferior de éste se adapta otro tubo de caucho que termina en la aguja que se introduce en la vena. Uno de los vasos contiene una solución de éter al 5 por 100 en agua salada fisiológica, á 28°, el otro vaso, agua salada fisiológica, sin éter, á 38°. Se abren las llaves alternativamente, de manera que la corriente de líquido que penetra en la vena sea continua.

El periodo de excitación es muy corto y atenuado; el enfermo se duerme pronto, pudiéndose empezar la operación á los siete ú ocho minutos, en cuyo tiempo se han inyectado de 300 á 400 centímetros de solución etérea (15 á 20 cm<sup>3</sup>. de éter). Se continúa la inyección durante otros dos ó tres minutos y pasado este tiempo se sustituye la solución etérea por la salina simple en chorro fino. Cuando el enfermo comienza á reaccionar se vuelve á inyectar solución etérea á razón de 50 cm<sup>3</sup>. por minuto. En veinte minutos de narcosis se introducen unos 750 cm<sup>3</sup>. de solución (37,5 de éter); en treinta y cinco minutos 1290 (64); en sesenta minutos 1510 (75); en ochenta minutos 1610 (80). La cantidad de éter es proporcionalmente más pequeña para las narcosis largas.

Numerosas ventajas presenta este método. El sueño es notablemente tranquilo, sin ser muy profundo; la resolución muscular, suficiente; la lengua no tiene tendencia á caer hacia atrás; la salivación es muy poco aumentada. El enfermo se despierta

rápido. En 26 casos el autor no ha observado vómitos más que una vez. Después de haber despertado no se queja el enfermo de ninguna sensación molesta.

El ayudante que se ocupa de la anestesia no molesta al cirujano en las operaciones de la cabeza, de la cara, del cuello y de la boca. Individuos con pronunciada arteriosclerosis han soportado las inyecciones sin ningún contratiempo, á pesar de la elevación de la presión sanguínea. Por último, este método no tendría el inconveniente de producir la congestión pulmonar que á veces se observa después de las inhalaciones anestésicas.

**Las artropatías hemofílicas**, por Niosi, (*La Clínica Chirúrgica*, agosto 1913).

El autor relata dos interesantes casos de artropatías hemofílicas observados en dos niños, en la clínica del profesor Ceci, de Pisa.

El primero de seis años de edad ingresó con el diagnóstico de tumor blanco de la rodilla. Esta se veía tumefacta, voluminosa, flexionada formando un ángulo de 145° con el muslo, ligeramente dolorosa á la presión al nivel del cóndilo interno. Había movilidad rotuliana. Los movimientos activos imposibles, los pasivos limitados; pero no se apreciaba atrofia muscular en el muslo.

El aspecto anormal de este pseudo tumor blanco, hizo estudiar el caso con detenimiento, averiguándose que existía hemofilia en el sujeto y en uno de sus ascendientes. En varias ocasiones el niño había sufrido hemorragias alarmantes debidas á insignificantes heridas superficiales; el menor golpe provocaba equimosis y hasta verdaderos hematomas; había tenido epistaxis tan copiosas que fué necesario hacerle el taponamiento de las fosas nasales. Además la lesión de la rodilla se había presentado bruscamente á consecuencia de una ligera torcedura, es decir, de un traumatismo.

El tratamiento se limitó á inmovilizar el miembro y á ejercer tracción continua sobre la pierna, con pesas, obteniéndose una curación aparente. Dos meses más tarde sobrevino una recidiva, sin causa apreciable, empleándose el mismo tratamiento que fué seguido entonces de completo éxito.

La segunda observación se refiere á un niño de 8 años, hermano del precedente. Padecía una artropatía del codo que semejaba algo

á un tumor blanco; pero como éste sujeto era también hemófilo y había sufrido varios ataques análogos en otras articulaciones, se formó el mismo juicio. La artropatía curó por el reposo.

**Resultados del tratamiento de la tuberculosis coxo-femoral.—**

Nussbaum. (*Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, octubre 1913.

El autor, asistente de la clínica de Garré, ha investigado en los enfermos asistidos en la clínica, los resultados remotos obtenidos por los diferentes métodos terapéuticos empleados en la coxalgia.

De 253 enfermos 178 (ó sea el 67,9 por 100) han sido tratados por la terapéutica conservadora; 75 (ó sea el 28,8 por 100, han sido sometidos á intervención quirúrgica activa.

El tratamiento conservador consistió principalmente en la extensión continua, aplicación de aparatos enyesados, punción de los abscesos fríos é inyecciones de glicerina yodofórmica, de pasta bismutada en las fístulas y tratamiento del estado general.

Cuando el tratamiento conservador no daba resultados, cuando el estado general era miserable ó cuando extensas supuraciones amenazaban directamente la vida del enfermo, se recurría al tratamiento sangriento. Este consistió, en la mayoría de los casos, en una resección por el procedimiento de Langenbeck-Kocher ó por el de Hüter-Schede. Más frecuentemente se hizo una secuestrotomía simple del cuello femoral ó del cotilo por incisión Hüter-Schede.

El tratamiento consecutivo de estas resecciones por la extensión continua; los retoques á menudo necesarios (contraíneisiones, raspado de fístulas) es siempre largo y delicado.

He aquí los resultados obtenidos por estos diferentes tratamientos. De 109 enfermos tratados por el método conservador, murieron 37 (33,9 por 100). Los resultados remotos observados en los 72 supervivientes fueron 55 veces (50,5 por 100) *buenos*, 13 veces (38,5 por 100) *medianos* y 2 veces (1,8 por 100) *malos*. En 52 enfermos resecados hubo una mortalidad de 24 (46 por 100). De los 28 supervivientes el resultado remoto fué *bueno* en 7 (13,5 por 100), *mediano* en 20 (38,5 por 100) y *malo* en 1 (1,9 por 100).

Es evidente que la resección es más peligrosa que el tratamiento conservador, puesto que da una mayor mortalidad; pero conviene advertir que la resección no ha sido hecha por Garré más que en los casos muy graves con supuraciones extensas y mal

estado general. El autor, de acuerdo con Garré, considera que la resección es un tratamiento excepcional de la coxalgia, pero que no obstante es un excelente recurso terapéutico en los casos graves; sin embargo no debe hacerse nunca en los niños de menos de cinco años á causa de lo peligrosa que es en ellos esta intervención. Por el contrario debe recurrirse sin vacilar á la resección en el adulto cuando el caso sea grave y el método conservador no de resultados.

G. CAMALEÑO

**Idiosincrasia yódica**, A. G. Wilde (*The Military Surgeon*, 3 septiembre 1913).

En la actualidad está muy extendido el uso terapéutico del yodo *intus et extra*, razón por la cual, es conveniente llamar la atención respecto á ciertos trastornos desagradables que, en ocasiones, puede producir.

Muy comunes son los accidentes locales. Ashurst en 1882 ya hizo constar que la tintura de yodo podía ocasionar dermatitis profundas, limitadas unas veces al sitio de la aplicación, generalizadas otras. Karpelos, en 1912, demostró la acción irritante del biyoduro hidrargírico resultante de la combinación del yodo con el sublimado, que origina dermatitis más ó menos intensas,

También se observan accidentes generales de yodismo, y aunque estos hechos sean relativamente poco numerosos, no dejan de existir, pudiendo ser achacados á verdadera idiosincrasia. El autor apoya esta afirmación en los dos interesantes casos siguientes:

1.º Joven de 22 años operado de fimosis. La herida se recubre así un poco de gasa yodofórmica. Al siguiente día se observa una tumefacción del cuerpo tiroides, disnea, disfagia; signos, en una palabra, de tiroiditis aguda. La causa no se sospechó hasta el día en que suprimida la cura yodofórmica, desaparecieron los síntomas enumerados. Para asegurarse de que se trataba de yodismo, se hicieron al enfermo escarificaciones en la espalda sobre las que se puso gasa yodofórmica. La reacción tiroidea volvió á presentarse.

2.º Joven de 22 años que se presenta con un arañazo en el cuello y al que se recubre la herida con varias capas de tintura de yodo. Al siguiente día, en el sitio de la embrocación se observa una placa roja, indurada y saliente que se toma por un impétigo,

primero; después por erisipela, por lo que se renueva la aplicación de tintura de yodo. El eritema se extendió formándose pústulas cuyo contenido no encerraba ningún microbio. La acción nociva de la tintura de yodo parecía indiscutible, pero para mayor seguridad se hizo, con anuencia del enfermo y después de desaparecida la inflamación cutánea, una pequeña embrocación yódica en el antebrazo. La reacción local fué muy intensa: la rubicundez, vesiculación y exudación muy intensas, seguidas de descamación.

**Pronóstico y tratamiento de las fracturas complicadas de la base del cráneo** A. C. Burnham (*The Boston Medical and Surgical Journal*, agosto 1913).

Trabajo basado en la observación de 25 casos de fractura de la base acompañadas de otorragia ó de epístaxis ó de hemorragia por la boca.

14 de estos enfermos murieron, 21 curaron. La muerte sobrevino 6 veces en las 48 primeras horas, durante el periodo de shock inicial; 8 enfermos murieron entre el 3.º y 15.º día, después de haber salido parcial ó totalmente del shock. En estos 8 casos la muerte fué originada 5 veces por meningitis al 4.º ó 15.º día; dos veces por bronco-pneumonía al 4.º día, una vez por hemorragia secundaria, después de la operación, al 10.º día.

El pronóstico de una fractura de la base es difícil de establecer; pero ciertos elementos pueden ayudar á formar juicio. Las fracturas complicadas de epístaxis parecen más graves que las que se acompañan de otorragias, ó de derrame de líquido céfaloraquídeo por el oído (Ransahoff). La fiebre sobre todo si es elevada, es de mal pronóstico (Phelps). Lo mismo sucede con la hiperleucocitosis. La edad es un dato importante de apreciación, porque de 11 fracturas observadas en niños de hasta 10 años, un solo caso fué seguido de muerte; en 21 casos de menos de 30 años no hubo más que tres muertos, en tanto que de 14 casos de más de 30 años hubo solamente tres curaciones.

El autor resume el tratamiento médico y quirúrgico de las fracturas del cráneo, no insistiendo más que sobre la eficacia que contra la infección, se ha creído reconocer en la *urotropina*, á la que también él considera como medicamento de gran eficacia para este objeto, á condición de ser administrado á dosis mucho mayores que las empleadas habitualmente.

L. MORENO

**Un caso de rotura del corazón, Dr. A. R. Parsons, (Real Academia de Medicina de Irlanda).**

En la sesión del 14 de noviembre último, presento el doctor A. R. Parsons la pieza anatómica de un caso curioso de rotura del corazón. El paciente cuando consultó, quejábese de flatulencia y dolor lancinante en el hipocondrio derecho. Su madre había muerto de un aneurisma aórtico. En el enfermo que era un obrero, nada anormal se descubrió en la exploración general, la gástrica por el bismuto y el análisis de orina. Un segundo examen del jugo gástrico reveló contenido sanguíneo mediante reacción positiva, pero ausencia del ácido clorhídrico libre. Dos meses más tarde, la flatulencia molesta como siempre, reclamaba para calmarse ingerir alimento cada dos horas. Fué aumentando gradualmente en peso y afirmaba no consentiría en su tratamiento operación alguna. Tres meses después, se sintió un día repentinamente enfermo con trastornos gástricos, sospechándose una perforación que no descubrió el examen ni tampoco la peritonitis. Poco después, el enfermo muere súbitamente. El diagnóstico del Dr. Parsons, era de ulceración gástrica aunque llamaba la atención el aumento de peso del enfermo; hizo notar que el dolor tenía más bien carácter anginoso. La autopsia reveló la inmediata salida de sangre al abrir el pericardio. El estómago pequeño no revelaba la menor señal de gastrectasia pero á lo largo de la curvadura menor había una masa dura como de tumor maligno pero sin hipertrofia glandular. Era evidente que la muerte fué producida por rotura del corazón. Dos enseñanzas se derivan de este caso: primera que el dolor lancinante no es patognomónico de la úlcera gástrica y segundo que la conservación y aun aumento del peso del enfermo, no son incompatibles con un tumor maligno del estómago como en este caso que se trataba de una forma rara de pequeñas células redondas.

A. M. ROMÓN

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**De la patogenia de las lesiones traumáticas de la órbita del feto, en el curso de las extracciones por forceps,** por M. Lévy, (*Annales de Gynécologie et d' Obstétrique*, octubre 1913).

El autor hace un interesante estudio patogénico de las lesiones traumáticas de la órbita producidas por el forceps, deduciendo de dicho trabajo las siguientes conclusiones:

I. «Pueden precisarse dos síndromes que se deducen de las experiencias que hemos hecho en la clínica Baudelocque.

a) La oftalmía sin fractura de la bóveda orbitaria.

b) La fractura de la bóveda sin exoftalmia.

El primer traumatismo es la resultante de una presa oblicua, que determina un estrechamiento de la hendidura esfenoideal, un estrangulamiento de las venas que la atraviesan, de lo que resulta una detención más ó menos acentuada de la circulación de retorno, aumento de la presión sanguínea y posibilidad de hemorragia ó de hematoma retro-ocular.

El segundo traumatismo es la consecuencia de una presa simétrica pero irregular (una de las ramas aplicada sobre el pterium), presa que no estrecha la hendidura esfenoideal, porque se produce una fractura que hace las veces de una verdadera válvula de seguridad.

II. Puede apreciarse que la exoftalmia siendo, con gran frecuencia, consecuencia de un hematoma retro-ocular, podrá, después de cesar el traumatismo, progresar á causa del posible aumento del derrame, ó disminuir por reabsorción del hematoma.

III. Estas lesiones son, la mayor parte de las veces, consecutivas á una aplicación de forceps en el estrecho superior, ó en la parte alta de la excavación, en pelvis estrechas.

**Los extractos hipofisarios y el globo de Champetier en la placenta previa,** por Juan Herrera Oria. (*Boletín de cirugía*, septiembre, 1913).

En los últimos años se ha preconizado como tratamiento de la placenta previa la cesárea vaginal ú operación de *Dührssen*, y la misma cesárea abdominal (*Schlleim, Kröning*).

Los resultados obtenidos parecen satisfactorios. Pero tan radicales métodos, ni son en la actualidad ni serán nunca practicables fuera de la sala de operaciones. En absoluto, no es un recurso inaccesible para el tocólogo con suficiente preparación quirúrgica, la práctica de la cesárea vaginal en el domicilio de la enferma, y en casos de gran excepción hasta la de la abdominal; pero ello no será sino cuando las circunstancias impongan tales intervenciones como *ultima ratio*, que ciertamente será muy pocas veces.

Mientras tanto, el práctico tendrá que contentarse con los recursos ya clásicos. Las frecuentes polémicas que en Sociedades y Congresos se suscitan sobre los métodos de tratamiento de esta grave complicación, y la frecuencia con que sobre ellos se escribe en la prensa profesional, ponen de manifiesto lo poco satisfactorio de sus resultados á pesar de los progresos obtenidos. Ciertamente no son muy tranquilizadores los datos de la gran estadística (8.729 casos entre unos seis millones de partos) presentada por *Döderlein* en el último Congreso internacional; la mortalidad materna es, según ellos, de 15,20 por 100; la infantil, de 50 por 100. Es decir, que la placenta previa sigue siendo una de las complicaciones contra las que nuestros recursos terapéuticos valen menos. De aquí que toda modificación en los métodos de tratamiento conocidos que señale un progreso, por pequeño que sea, tiene importancia extraordinaria.

Cree el autor que la combinación del globo de *Champetier* con la administración de los productos hipofisarios ofrece algunas ventajas sobre la versión de *Braxton Hicks*, y sobre la metrorraxis simplemente:

a) La contracción de la matriz dificulta la desviación de la presentación, uno de los inconvenientes del globo.

b) Se puede prescindir del peso que tira del globo (cuya colocación no deja de ofrecer algunas dificultades é inconvenientes), de necesidad muchas veces, cuando las contracciones tardan en presentarse.

c) El globo que actúa con el peso ejerce una presión continua sobre el segmento placentario inserto en las márgenes del orificio: la presión provocada por la contracción misma es intermitente, y con ello la vitalidad del feto sufre menos.

d) La presión constante predispone á las rasgaduras cervicales, que tan extensas suelen ser en estos casos, de tanta sangre y tan graves.

e) Con ser el parto más rapido, es menor el peligro que el feto corre.

f) Por la misma razón disminuyen las causas de infección materna.

Refiere dos casos terminados satisfactoriamente con este tratamiento:

I. Multípara.—La noche anterior tuvo una hemorragia abundante. Se la taponó. Al día siguiente, quitado el tapón, se repitió la pérdida de sangre. La vió el autor al medio día con el doctor Pelayo Guilarte. Embarazo á término. Primera presentación. Feto muerto. Cuello empezando á borrarse. Dilatación como dos pesetas. Bolsa íntegra. 110 pulsaciones. 37-8°. No sangraba. Por el tacto se percibía la masa placentaria inserta en la cara posterior de la matriz.

Rotura de la bolsa. Colocación de un globo mediano de *Champetier*. Inyección de pituitrina «Vaporole». A los tres minutos, primera contracción. Hora y media después, expulsión espontánea del globo, y en seguida, del feto. Diez minutos más tarde, alumbramiento completo. La pérdida de sangre, insignificante. Puerperio normal.

II. Primípara.—Última regla, 25 de enero. Embarazo normal. Desde los primeros días de octubre, alguna pérdida de sangre. El feto vivo. Primera presentación. Reposo absoluto. El 20 del mismo mes, hemorragia abundante. El cuello no daba paso á un dedo. 105 pulsaciones. Temperatura normal. Rotas las membranas, y como no cesara la hemorragia á la hora, introducción de un globo pequeño de *Champetier*; cesó la hemorragia. Pasada una hora sin que hubiera contracción, inyección de una ampolla de «Hypophysin» (*Meister Lucius á Brüning*). A los pocos minutos primera contracción: éstas se sucedieron con regularidad durante dos horas, al cabo de las cuales, los dolores se hicieron más raros y muy débiles: Para entonces las cosas estaban de esta manera: no había pérdida de sangre; cuello casi borrado del todo; dilatación como un duro. Quitó el globo para colocar otro mayor (durante esta maniobra, que fué, sin embargo, muy rápida, se perdió un poco de sangre), y administró una nueva inyección de «Hypophysin»; volvieron los dolores enérgicos y seguidos. Expulsión del globo á las dos horas. La cabeza se encajó en seguida, conteniendo la pérdida de sangre. Expulsión del feto en diez minutos, y detrás las membranas. Feto vivo. Puerperio normal.

**Influencia de los extractos de órganos sobre la secreción láctea**, por el Dr. Leopoldo Giusti. (*Revista Zootécnica*, Año V, número 49).

El método de las inyecciones de extractos de órganos en fisiología experimental llevó á numerosos observadores á las más variadas experiencias, que dieron por resultado hacer conocer el principio activo de ciertas glándulas de secreción interna y el aislamiento de diversos productos como la adrenalina y el principio activo de los extractos hipofisarios, con que se enriquecieron la química y la terapéutica.

No solamente se extrajeron dichas substancias, sino que manos hábiles descifraron su fórmula química y por síntesis obtuvieron productos de pureza y acción extraordinarias con propiedades fisiológicas idénticas.

Rohrig (*Virchow's Archiv*, Bol. 67, pág. 119), fué uno de los primeros experimentadores de los galactogos y en sus ensayos empleó cabras y un aspirador para vaciar las ubres.

Vió que los movimientos musculares aumentaban la secreción láctea de 9 á 40 gotas; el jaborandí ejercía la misma acción; el cloral la disminuía, pero en inyecciones repetidas había un notable aumento.

Excitó los nervios mamarios y no obtuvo aumento de la secreción láctea.

Bouchacourt (*Société Biologie*, février 1, 1912), observó que la ingestión de placenta de oveja aumenta la secreción láctea en la mujer.

Lereder y Prizbram (*Pflügers, Archiv*, Bol. 144, pág. 591), hallaron que soluciones frescas de placenta de cabra por vía endovenosa producían durante 3 á 10 minutos un aumento, en los animales de la misma especie; calentando durante media hora á la temperatura de 60° á 65° la placenta se destruye el poder galactógeno.

Ott y Scott (*Therapeutic Gazett*, october 1, 1911), inyectaron á cabras por vía endovenosa la placenta de mujer, conservada inmediatamente después del alumbramiento, previa esterilización y filtración, con resultados positivos sobre la secreción láctea.

Basch (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911, LVIII, página 226), en animales en lactancia inyectó soluciones de placenta y notó un aumento notable de la secreción láctea; dedujo que la denominada sangre del recién nacido es producida por

hormonas que de la sangre materna pasan al torrente circulatorio del embrión.

Aeshner y Gregorin (*A. für Gynäkologie*, Bol. 94, heft 3, S. 766, 1912) experimentaron con cobayos é inyectaron por vía hipodérmica soluciones de placenta obteniendo una hipersecreción láctea hasta en las vírgenes.

Estos experimentadores obtuvieron resultados también positivos con las inyecciones subcutáneas de extractos frescos de feto, ovario y cuerpo amarillo.

Schäfer y Mackenzie (*Proceedings of the Royal Society*, serie B., vol. 84), han demostrado las propiedades galactógenas de la hipófisis y cuerpo amarillo; las inyecciones de pilocarpina, eserina, nicotina y parte anterior del lóbulo hipofisario son ineficaces.

Estas experiencias fueron estudiadas por Ott y Scott y completadas; demostraron que la atropina no inhibe la acción galactógena á pesar de paralizar dicha substancia los nervios secretores.

Goltz y Ewald (*Pflügers, Archiv*, Bol. 63, pág. 385), notaron que efectuando la ablación previa de la médula lumbar la leche era segregada después del alumbramiento.

Starling y Jane Claypon (*Therapeutic Gazette*, Bol. 86, pág. 74), de sus investigaciones dedujeron que una hormona es formada en el embrión y que pasa por la placenta á la sangre y de ésta á la glándula mamaria.

Mironoff (*Physiologie Gley*, pág. 722), resecó en una cabra primípara y en una extensión de dos centímetros, todos los nervios de la glándula mamaria un mes y medio antes de la época del parto y la secreción fué como habitualmente.

Al efectuar ensayos sobre cabras encontró al aislar el nervio espermático externo (que provoca al excitarlo la erección del pezón) ramas independientes que al excitarlas producían secreción láctea.

Al excitar en la perra el cabo periférico del nervio mamario se produjo una disminución de la presión de dicha arteria y un aumento de la secreción láctea.

Rohrig no pudo demostrar la veracidad de las experiencias anteriores excitando eléctrica y químicamente los nervios que van á los conductos galactóforos.

Schafer ha observado después de las inyecciones de hipófisis una vascularización de las glándulas mamarias.

Ott y Scott, han realizado inyecciones de timo, hipófisis, cuerpo amarillo, y han observado además una vasodilatación en los

órganos sexuales masculinos (1), deducen que es lógica su acción en las glándulas mamarias.

Giusti dice que es un hecho demostrado experimentalmente que los injertos de glándula mamaria pueden segregar leche y en este caso no interviene en la lactogenesis órgano nervioso alguno.

Nuestras experiencias, añade, fueron efectuadas en el Instituto Municipal de vacas lecheras y realizadas únicamente en éstas, pues su acción es más evidente y no intervienen los factores psíquicos que podrían alterar la exactitud de las investigaciones.

El procedimiento seguido en todos los ensayos efectuados fué, una vez extraída toda la leche por el ordeño, inyectar en la vena yugular, que es muy accesible, los preparados y efectuar inmediatamente una nueva extracción para ver el efecto causado en la glándula mamaria. Hemos elegido la vía endovenosa, dice, pues la acción es más directa por su contacto con la sangre. Los órganos inyectados fueron siempre de la misma especie (de vacuno) y de la matanza del día para evitar cualquier alteración, disueltos en suero fisiológico ó en líquido de Ringer bajo forma de macerados ó cocimientos. Los macerados fueron dejados veinticuatro horas en la heladora á una temperatura de menos cero grados. Los cocimientos se prepararon haciendo hervir los órganos durante cinco minutos y al título casi todos del 25 por 100.

Analizando los resultados obtenidos con los diversos órganos, resulta:

*Hipófisis.*—La parte activa es el lóbulo posterior, tanto la parte nerviosa como la epitelial, quedando excluido el lóbulo anterior.

Observando la influencia galactógena de sus extractos que ocupa por su acción activa el primer puesto, hemos repetido las observaciones con hipófisis de corvina y gallina dando una marcadísima acción sobre la glándula en el reducido tiempo de treinta segundos.

No solamente es la glándula mamaria la que da manifestaciones de la inyección de hipófisis bien visible por la turgescencia de las venas sino que además hay micción y defecación abundante que es explicable por su acción sobre las fibras lisas.

*Timo.*—La acción de dicho órgano es inferior á la citada, á pesar de emplear los preparados á un título superior al 25 por 100.

La parótida posee también acción galactógena en poder algo superior con la maceración que en cocimiento.

---

(1) Dato inexacto, como ha demostrado recientemente Hallion.

Ganglio, bazo, glándula mamaria, feto, cuerpo amarillo, tiroides y útero, tienen acción pero en menor escala sobre la secreción láctea.

Los resultados han sido negativos con trompa, placenta, vagina, pulmón, intestino, estómago, hígado, páncreas, testículo, corazón, cerebro, riñón y cápsulas suprarrenales.

CONCLUSIONES. 1.º Hay extractos de órganos que inyectados por vía endovenosa en la vaca actúan directamente estimulando la secreción láctea (hipófisis, timo, parótida, glándula mamaria, bazo, ganglio, tiroides, cuerpo amarillo, feto y útero).

2.º Hay otros que no poseen acción alguna sobre la secreción láctea (estómago, intestino, pulmón, trompa, placenta, vagina, cerebro, cerebelo, corazón, hígado, páncreas, cápsulas suprarrenales, testículo y riñón).

3.º La acción es pasajera y disminuye á las reinyecciones.

4.º Los resultados son casi idénticos si se utilizan macerados ó cocimientos de órganos.

5.º El extracto de órganos que tiene una acción manifiesta y superior á todos los ensayados fué la hipófisis.

6.º La influencia de extractos de la hipófisis en la lactogenesis no es sólo en la cantidad sino también en la calidad por su aumento en materia grasa.

**La hemorragia retro-placentaria**, por Elis Essen-Möller, (*Arch. Mens. d' Obstétrique et de Gynécologie*, octubre 1913).

En este interesante trabajo que el autor presentó en la Sección de Obstetricia y Ginecología del XVII Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Londres en el mes de agosto último, se estudia, después de la historia del asunto y de su definición y frecuencia, los síntomas y diagnóstico, su anatomía patológica y patogenia, y, por último, su pronóstico y tratamiento.

Presenta el autor un resumen de 29 observaciones de hemorragias retro-placentarias y termina con las siguientes

CONCLUSIONES: 1.ª Existen desde el punto de vista causal, dos formas de hemorragias retro-placentarias: la una producida por traumatismo, y la otra debida á una intoxicación de la misma naturaleza que la que determina la albuminuria, el eclampsismo ó la eclampsia.

2.ª Las lesiones inflamatorias y de degeneración que han sido observadas algunas veces en la placenta, en la caduca ó en la

pared uterina, no son específicas de hemorragia retro-placentaria y pueden ser observadas también en otras circunstancias.

3.<sup>a</sup> Las hemorragias profusas del útero (apoplejía útero placen-taria) observadas por Couvelaire y otros autores, son probable-mente características de la forma «eclámpsica» de la hemorragia retro-placentaria.

4.<sup>a</sup> Es posible reducir considerablemente la mortalidad materna por un tratamiento racional.

5.<sup>a</sup> El tratamiento obstétrico clásico debe emplearse siempre primeramente, en los casos de hemorragias retro placentarias.

6.<sup>a</sup> El taponamiento vaginal puede ser de valor en algunos casos; personalmente yo no tengo ninguna confianza en este tra-tamiento.

7.<sup>a</sup> El valor de la rotura de membranas no puede ser apreciado sino después de haberse ensayado en cada caso particular. Con frecuencia esta intervención es suficiente: si no lo fuese, no pondrá obstáculo ninguno al empleo de otros medios terapéuticos.

8.<sup>a</sup> Excepcionalmente, en los casos graves, si la dilatación del cuello es insuficiente, la operación cesárea será el medio más seguro y rápido de evitar el peligro,

9.<sup>a</sup> No es necesario quitar el útero, salvo en los casos en que no se contraiga y persista la hemorragia después de la extracción del huevo.

ZULOAGA

## OFTALMOLOGIA

**Relaciones de las enfermedades oculares de origen reumático y de la tuberculosis secundaria,** por el Dr. Wirtz, (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, mayo 1913).

El reumatismo y la tuberculosis se encuentran en la anamnesis de numerosas afecciones oculares. La reacción por las tuberculinas ha hecho progresar mucho á los medios de investigación de la tuberculosis. Desde el descubrimiento de la reacción, muchos casos de reumatismo han sido considerados como procedentes de un proceso tuberculoso.

Poncet ha descubierto, por nuevas observaciones, que se pueden achacar á la tuberculosis un gran número de formas agudas ó crónicas de reumatismo articular. Estas formas terminan por anki-losis, después de la desaparición de los síntomas agudos. El autor

presenta tres casos; en uno se trató de un reumatismo articular que data de 8 años, con inmovilidad de la cabeza; al tercer ataque se presentó una iritis bilateral. Hubo una reacción típica á la tuberculina en los dos iris, produciéndose una forma de reacción local en los dos ojos y en las articulaciones.

Después de un tratamiento bien seguido, durante seis meses, con tuberculina, con emulsión bacilar, se obtuvo una curación completa.

En el segundo caso se trataba de una mujer de 51 años, que sufría desde hacía 5, un reumatismo articular y escleritis. Se veían alteraciones de la córnea del lado derecho, pero en el ojo izquierdo no había ninguna irritación. Las dos rodillas estaban inflamadas y sensibles á la presión. En los antecedentes, la tuberculosis juega un gran papel; el marido y dos hermanos de la paciente sucumbieron de dicha enfermedad. El diagnóstico de reumatismo articular tuberculoso de Poncet, con escleritis, fué confirmado por una reacción positiva á la tuberculina; elevación de la temperatura de las articulaciones atacadas y reacción local de los focos oculares. Se formaron abscesos de la córnea, que curaron, con formación de cicatrices esclerales, manchas en las córneas y disminución de la agudeza visual.

Estas observaciones inducen al autor á considerar como tuberculosas todas las afecciones oculares de origen reumático y practicar, siempre que sea posible, la reacción con la tuberculina.

Según Liebermeister, Hamburger y Pirket, se puede afirmar que pasan con frecuencia años entre la infección tuberculosa y la aparición de una tuberculosis clínicamente apreciable; distinguen, como en la sífilis, un período «primario» «secundario» y «terciario». Liebermeister demuestra que un gran número de enfermos atacados de tuberculosis terciaria tienen una reacción de Pirket positiva; extendió sus estudios á la bacilemia, en la tuberculosis secundaria y terciaria activa, encontrando en estos casos bacilos en la sangre, obteniendo resultados positivos en los animales. Liebermeister dice «en más de 70 hombres en los cuales no se podía demostrar clínicamente una tuberculosis terciaria, se encontraron en la sangre bacilos ácido-resistentes, que no pueden distinguirse de los tuberculosos, ni por la forma, ni el tamaño, ni la coloración.

En 12 enfermos atacados de episcleritis ó de iritis se ha encontrado la reacción positiva á la tuberculina; en las iritis esclerosas,

las queratitis é iridociclitis, se han observado, igualmente reacciones positivas.

El tratamiento de la afección ocular, no da siempre un resultado inmediato; hay necesidad de prolongar el tratamiento durante 6 á 8 semanas. El efecto fué siempre bueno porque el peso aumentó y el estado general mejoró rápidamente.

¿Cómo se reconocerá, la tuberculosis secundaria? Es indispensable practicar el examen de la sangre, pero es difícil de una manera corriente. Si el enfermo se queja de reumatismo, se encuentra con frecuencia en la familia la escrófula y la tuberculosis. Si hay una reacción general, después de una inyección subcutánea de tuberculina se debe pensar en la tuberculosis secundaria y tratarla como si lo fuera.

**Signos precoces de la arterio-esclerosis proporcionados por el examen del fondo del ojo,** por Greenwood, (*La Clinique Ophthalmologique*, noviembre 1912).

Importa diagnosticar la arterio-esclerosis de un modo precoz y examinar el fondo del ojo que puede dar el diagnóstico en su principio. Conocemos las lesiones de las enfermedades cardio-renales, los vasos blancos é irregulares, algunas veces con obliteraciones completas de las ramas pequeñas, presión intravenosa capaz de producir trombosis, hemorragias retinianas y exudados; estas lesiones implican un peligro inmediato de apoplejia ó de uremia.

El enfermo consulta ordinariamente porque se queja de alteraciones de la refracción. Se queja de haber perdido algo de visión de uno ó de los dos ojos, de manejarse con menos facilidad que de ordinario. El síntoma más característico en estos pacientes consiste en no poder leer la letra del medio de una palabra que les parece borrosa, de contornos irregulares. Examinando el campo visual, se encuentra un escotoma central parcial y en algunos enfermos, pérdida de visión de un ojo, debida á un espasmo de la arteria central, alguna vez obliterada por una embolia.

Uno de los síntomas más precoces de arterio-esclerosis es la curva de los vasos en el cruzamiento de las arterias sobre todo en el segmento inferior de la retina. Otro síntoma del principio consiste, como lo ha demostrado Schweinitz, en la presencia de vasos en forma de espiral, en los alrededores de la mácula, alguna vez acompañados de manchas en la misma mácula. El autor ha comprobado, en los adultos, que la mácula tenía el aspecto oscuro, ó

por mejor decir, membranoso. Considera estos pacientes como probablemente víctimas de esclerosis incipientes y encuentra en ellos, una presión sanguínea moderadamente elevada: la papila está ligeramente congestionada, de un color más rojo que en estado normal y con mayor número de capilares. Los límites de la papila presentan el mismo aspecto membranoso mencionado; este aspecto membranoso puede observarse á lo largo de los vasos de la retina, debido al edema y puede acompañarse en algunos sitios de manchas de degeneración.

En un pequeño número de enfermos se notan manchas blanco-amarillentas, de alteraciones corio-retinianas, faltan otros signos de arterio-esclerosis, pero la presión se eleva. En estos casos, los vasos de la coroides, son los que parecen más afectados.

El cuadro clínico recuerda á veces la embolia de la arteria central de la retina; en un caso, el autor ha observado otros signos de degeneración vascular con aumento de la presión sanguínea que parecía autorizar el diagnóstico de obliteración arterial

En los casos más avanzados, el reflejo luminoso está muy exagerado y se observan bridas membranosas grisáceas en las bifurcaciones de las arterias de la retina. Las venas mismas presentan signos de esclerosis con apariencias de dificultades en la circulación y algunas veces se presentan cubiertas de estrías blancas. En otros casos estan dilatadas y tortuosas y en estados más avanzados rodeados de hemorragias.

Más tarde, los signos se modifican, las arterias se presentan con una coloración blanca frecuentemente obliteradas por completo; las venas retorcidas con trombosis y exudados, con exudados también en derredor de la mácula, dando el cuadro de las retinitis albuminúricas.

Los présbitas, los hipermetropes, los enfermos que tienen una presbicia precoz entre 40 y 60 años, es en los que se encuentra con más frecuencia, los *pequeños signos* de esclerosis, en particular los dedicados á la vida activa de negocios.

Si hay edema de la retina ó degeneración macular, es un síntoma cierto de nefritis, por esto se debe examinar con cuidado el fondo del ojo en todos los enfermos sospechosos, es un tiempo bien empleado, que permite prolongar en muchos casos la existencia del enfermo. Se vé, pues, lo importantes que son las relaciones de los riñones y de los ojos en el pronóstico y tratamiento de la arterio-esclerosis al principio.

PABLO ALVARADO

## PEDIATRIA

**La medicación tiroidea en los niños**, por Gordon. (*The Britis. Journ. of. Childrensdiseases*, septiembre 1913).

Señala el autor casos que llama *hipoplásticos* que están caracterizados por marcada deficiencia de talla y peso, por hipotermia constante, bóveda palatina muy arqueada, retraso en el desarrollo epifisario, infarto tonsilar y adenoideo y escasa capacidad mental; condiciones morbosas que pueden mejorar y hasta curar completamente por medio del tratamiento tiroideo. Conviene advertir que, salvo en los casos de insuficiencia tiroidea asociada, este tratamiento no da resultados en la idiotez mongólica.

Se han obtenido resultados favorables en algunos casos de enuresis, así como también en varias afecciones cutáneas como la esclerosis de los recién nacidos, el psoriasis, la esclerodermia y el eczema.

El cuerpo tiroides obra no sólo por su acción fisiológica sino también por su contenido de yodo y arsénico, que en ocasiones será conveniente agregar en dosis mayores para reforzar sus efectos.

La excesiva prolongación del tratamiento tiroideo puede dar lugar á diarrea, salivación, aumento de la traspiración cutánea descenso de la presión vascular, taquicardia y, por último, á modificaciones de la piel semejantes á las del mixedema.

La dosis del preparado depende de la susceptibilidad individual; por consiguiente se ha de acomodar á ésta y no al peso y edad del niño.

**Edema generalizado del feto**, por C. Sauvage (*Annal de Gynécologie et d'Obstétrique*, Julio de 1913).

El edema generalizado en el feto suele ser una de las causas de distocia. Su patogenia es algo oscura. Actualmente, fuera de los casos en que hay reacciones leucémicas de los órganos y de la sangre, los resultados de las autopsias y de los análisis histológicos, permiten reconocer en el origen del edema generalizado del feto, ó bien deformaciones que han alterado las condiciones normales de la circulación sanguínea y linfática (atresia del agujero

oval, ausencia del conducto arterioso ó del conducto torácico, anastómosis en los casos gemelares monocoriales), ó ya lesiones viscerales y particularmente glandulares (riñones, bazo, cápsulas suprarrenales, etc.) que hayan trastornado la nutrición general y las condiciones de la vida intrauterina.

Ciertos autores, teniendo en cuenta estos resultados, han dividido las hidropesías congénitas en edemas de causa mecánica y edemas de causa tóxica. En el primer caso sólo el feto sería hidrópico; en el segundo estarían atacados el feto y la placenta, es decir, habría alteración del huevo.

Existen hechos, sin embargo, que contradicen esta manera de ver. El autor ha observado dos casos que fueron completamente estudiados en sus aspectos clínico, histológico y biológico. El líquido edematoso contenía 6,66 gramos de cloruro sódico y 0,421 de urea; la sangre total daba 4,91 gramos de cloruro sódico y 0,451 de urea. El suero sanguíneo de feto normal contiene 5,11 á 5,77 gramos de cloruro sódico y 0,25 á 0,45 gramos de urea; la sangre total 4,03 á 4,25 de cloruro sódico y de 0,26 á 0,31 de urea. La comparación de las cifras procedentes del feto normal con las del feto atacado de hidropesía generalizada, demuestra el aumento de cloruros en la sangre total y sobre todo en el líquido del edema, comparado con el suero. Esta hipercloruración existía con lesiones importantes del hígado; de los riñones y del bazo.

La comprobación de estos hechos confirma la concepción de Prouvost y el tratamiento profiláctico de la hidropesía por el régimen desclorurado, durante la gestación.

En cuanto á la causa de la enfermedad hidropígena, se ha invocado la intoxicación ó la infección de los procreadores. La sífilis ha sido señalada (el Wassermann fué negativo en los casos del autor); se ha indicado también la compresión de los vasos y de las vías urinarias, la insuficiencia hepato-renal. En un caso de Sauvage, la madre tenía insuficiencia renal. En este sentido, pues, deben hacerse las investigaciones.

**Sobre el tratamiento del pie bot paralítico, (*Presse Medicale*,  
15 de noviembre de 1913).**

Se ha puesto á discusión este asunto en la Société des Chirurgiens de París, habiendo expuesto sus opiniones el Dr. Judet que trata los casos de pie equino paralítico en los casos en que los

músculos anteriores están solamente debilitados, haciendo la tenotomía subcutánea alta del tendón de Aquiles que permite corregir el equinismo haciendo además la transplatación del extensor largo del dedo gordo, sobre la extremidad anterior del metatarsiano, con objeto de corregir de este modo el pie hueco que tan á menudo coexiste con el equino.

En los pies bailantes se pueden hacer ya la artrodesis, ó contentarse solamente con los aparatos de enderezamiento. El doctor Rebland practicó en los pies bailantes las artrodesis con excelentes resultados, ofreciendo esta operación la ventaja sobre el tratamiento ortopédico simple, de suprimir toda clase de aparatos.

El Dr. Lauret, junto con Leroy des Barres, han obtenido buenos resultados con las anastomosis musculares que serían inútiles en las recidivas.

Por último, el Dr. Péraire es partidario de las incisiones largas á cielo abierto, con lo que se reconocería directamente el valor de los músculos que se podrían utilizar. También ha obtenido buenos resultados con las anastomosis y artrodesis.

**Tercera comunicación sobre el nuevo agente preventivo de la difteria.**—De Von Bhring. (*Deutsch med. Wochens.*), 1913, núm. 21 y *Policlínica*).

I. *Su administración en la clínica ginecológica de Marburg; por W. Zangemeister.*—El principal interés del nuevo preventivo de la difteria, radica en la posibilidad de inmunizar gracias á él, al niño desde su nacimiento; puede realizarse, bien vacunando á la madre durante la gestación, y en este caso, la inmunización se realiza por la vía transuterina, y después por la leche; y también vacunando al niño algunos días después del nacimiento. El autor ha practicado en cierto número de individuos los dos métodos mencionados, y nos da los resultados inmediatos de sus trabajos, sin que desde luego pueda juzgarse nada sobre el valor absoluto de ellos bajo el punto de vista de la duración de la inmunización y del grado de esta inmunización después de mucho tiempo.

En las mujeres embarazadas, se comienza por inyectar 0'2 centímetros de la solución  $\frac{1}{40}$  de la mezcla toxina-antitoxina. Se practica todos los días una nueva inyección doblando la dosis hasta que se obtiene una reacción (tumefacción, enrojecimiento, etcétera). Las mujeres que no han padecido nunca la difteria, es

preciso una dosis alrededor de 30 miligramos, para obtener una ligera reacción.

Estas inyecciones determinan en el individuo la formación rápida de anticuerpos. En los recién nacidos pueden administrarse dosis de 30 miligramos; sin temor de reacción. Una dosis de 100 miligramos es necesaria para obtener una reacción moderada.

II. *Datos técnico y teóricos sobre la administración, por Viereck.*—El autor expone la técnica empleada para titular el valor inmunizante de la antitoxina, y para apreciar la dosis inicial que debe inyectarse á un individuo dado.

Como siempre, el conejillo de Indias es el animal reactivo, y en él se buscan los primeros síntomas de intoxicación, mediante las mezclas de toxina y antitoxina, á titulaciones diferentes. La aparición de una necrosis local se considera como la lesión límite. La misma técnica servirá para juzgar del resultado obtenido en un individuo vacunado.

III. *Nota de Von Behring.*—En una nota adicional, Von Behring expone sus ideas acerca de la sensibilidad aumentada ó disminuída de ciertos individuos, á la administración de una toxina cualquiera. Para él, en cada especie animal existe un tipo de receptividad bastante fijo, y en todos los casos que se separan de él, podrían ser á menudo previstos mediante un examen previo. En el hombre, donde las condiciones experimentales no pueden realizarse, las causas de las variaciones individuales se desconocen pero siempre estarían en relación con la riqueza del suero sanguíneo de diversas antitoxinas.

X.

## BIBLIOGRAFIA

---

E. Jeanselme.—**El tratamiento de la sífilis por el «606».**—A. Poinat editor, París.

Este es uno de los libritos que forman la Biblioteca médica francesa editada por A. Poinat de París.

El Doctor Jeanselme ha hecho un trabajo que merece leerse. En 66 páginas ha redactado todo lo que el médico debe saber acerca del salvarsán y que seguramente si lo conociese cesaría la campaña sistemática que en contra del «606» se viene haciendo casi desde los primeros meses de su aplicación.

Hoy nos encontramos en condiciones completamente distintas, que hace dos años, y es injusto mantener por más tiempo esta situación, privando al enfermo y á la terapéutica antisifilítica, de uno de los mejores medicamentos. Las dificultades de la técnica han quedado vencidas por la experiencia, y las indicaciones se han precisado de tal manera, que puede afirmarse, que en unas manos aptas han desaparecido por completo los peligros. La curabilidad de la sífilis, con este nuevo agente es un hecho comprobable y demostrable.

El autor redacta su libro sobre cuatro hechos á cada uno de los cuales corresponde una fecha. La de 1903 para la sífilis experimental, que Metchnikoff y Roux, según Jeanselme, la crean. La de 1905 en que Schaudinn y Hoffmann descubren el treponema pallidum, agente de la sífilis; la de 1906, en la que Wassermann da á conocer su famosa reacción y por último la de 1910 en la que Ehrlich hace donación del salvarsán.

Es de lamentar que el autor no haya sido un poco más extenso en el desarrollo de cada uno de estos periodos; se hubiera hecho más comprendido y útil. En la eficacia del salvarsán, seguramente la confianza de Jeanselme, le ha hecho ver que decía todo lo que tenía que decir, pero no es suficiente con lo dicho para convencer

al que por primera vez, ó con una educación muy exigua, lea de estas cosas, por esto las indicaciones que expone, muy justas y muy exactas, quedan como desligadas, porque no se deducen de lo anteriormente expuesto. Sin embargo, nosotros las aceptamos y las creemos de una gran fidelidad clínica, porque aparte de la garantía que nos merece el autor, hemos tenido la fortuna de publicar hace dos años (1), conclusiones exactamente iguales que el lector puede comprobar.

El libro, en suma, está muy bien pensado, y aunque la exposición es rápida y ligera, trata todas las cuestiones de forma, que el médico en poco tiempo, puede adquirir los conocimientos necesarios para aconsejar el tratamiento.

Es un buen libro.

F. DOMINGO

**Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.**—Manual de partos (para el uso del estudiante en Medicina y de la comadre), por F. Vidal Solares.—8.ª edición 1913, Barcelona.

Un manual de Obstetricia dedicado á estudiantes de Medicina y parteras; que no es obra de texto en ninguna facultad; de autor español, que no es Catedrático de ninguna Escuela de Medicina; y de cuya obra se publican en pocos años ocho ediciones, no necesita encomio alguno.

No es un tratado de Obstetricia en el que con gran detenimiento y extensión se estudien todos los problemas tocológicos. Es, como su autor le llama, un *manual de partos*, en el que en muy pocas páginas se estudia con gran sencillez y claridad los conceptos generales de esta rama de la medicina haciendo más fácil aún su comprensión los muchos y buenos grabados que contiene.

Dividida en tres partes, estudia el autor en la primera la embriogenia y evolución fetal, los órganos pelvianos y el embarazo normal y patológico. En la segunda, trata del parto en sus distintas modalidades, higiene del mismo y operaciones obstétricas. Y en la tercera, tras un interesante estudio del puerperio y de la septicemia puerperal, incluye unos importantes capítulos

---

(1) *Ehrlich-Hata «606»*.—*Su valor terapéutico*, por el Dr. Domingo con un prólogo del Dr. Moreno.

de gran originalidad y utilidad: *Aforismos sobre la puericultura é higiene de la primera infancia: Aforismos sobre la gestación, parto y puerperio.*

Termina la obra con unos apéndices de verdadero interés para parteras y practicantes: *Instrucciones á las matronas: Disposiciones legales españolas para el ejercicio de la carrera de matrona: y Código Penal.*

Si las siete ediciones anteriores tuvieron tanta aceptación en España y América que se agotaron rápidamente, no nos extrañaría que la presente lo sea con mayor rapidez, ya que en ella el Dr. Vidal Solares ha introducido tantas y tan importantes reformas que la convierten en un nuevo libro de actualidad.

PEDRO ZULOAGA

*Código de las contraindicaciones* titula el Dr. D. Camilo Calleja la comunicación que en la Sección de Terapéutica, presentó al Congreso de Medicina celebrado en Londres en el mes de Agosto último.

De su texto que en especial folleto nos remite el autor, vamos á ocuparnos sucintamente.

Sin duda le titula *Código* por la plausible aspiración á establecer *leyes* concretas que deducidas de la reflexión sobre biología patológica, sirvan de orientación al clínico en sus determinaciones terapéuticas.

A este propósito, analiza nuestro amigo el Dr. Calleja cuanto en su concepto integra la reacción que como efecto del mal, despliega el organismo en propia defensa. Esta que pudiéramos llamar *Terapéutica de reacción natural*, inspirándonos en las ideas del autor, es la piedra angular sobre la que edifica su doctrina encaminada especialmente á evitar los infinitos errores cometidos en la práctica, por considerar como enfermedades lo que no son más que favorables efectos de adaptación en la lucha que contra la misma enfermedad pone en juego la naturaleza.

En tres capítulos sucesivos examina el autor los grados de esta reacción adaptativa ó *natura medicatrix* y las diferencias entre las lesiones morbosas y las metamorfosis que son su consecuencia, para deducir al fin, en forma aforística, siete corolarios á los cuales circunscribe todas las contraindicaciones que integran su actual *Código* de los mismas.

Revélase el Dr. Calleja en este al igual que en otros de sus escritos, como un pensador que al discurrir por el dilatado campo de la filosofía médica, asienta principios y razona conceptos poco conformes con el común pensar; así lo reconoce él mismo y por ello señala los errores que en su concepto existen en la ciencia médica, de los cuales, nacen la torcida interpretación de los fenómenos naturales y en su consecuencia, el inmoderado afán de combatir en terapéutica, lo que á todo trance y casi siempre convendría favorecer.

Con todo el respeto que las ajenas opiniones nos merecen especialmente si las emiten hombres tan cultamente reflexivos como nuestro amigo, nos parece notar en nuestro humilde juicio, que las leyes por él deducidas, sufren del general achaque inherente á la naturaleza humana cuando discurre sobre hechos no claramente definidos; esto es, *juzgarles no precisamente como son en sí, sino conforme se nos figura que son*. De este modo, á fuerza de pensar, buscamos ávidamente cuantas razones presten aunque no sea más que ficticio apoyo á nuestra manera de discurrir; así la idea de mera posibilidad, se robustece, se transforma al calor de nuestra fantasía, que la engalana con todas las apariencias de la verdad más evidente.

La historia nos prueba con la elocuencia de los hechos el fracaso de todas las doctrinas médicas que degeneraron en abusivos sistemas; errores y verdades confundidos y mezclados hicieron en terapéutica más daño que provecho por ser numerosos los errores y muy escasas las verdades.

Un antiguo principio establece que *el arte con la naturaleza conspira á la salud*. Sesuda regla de terapéutica es imitar y favorecer los admirables mecanismos que la economía animal desarrolla ante la invasión morbosa: pero también es cierto, que muchas veces la defensa por ser exagerada respecto del ataque, reclama ser moderada en sus efectos que abandonados á sí propios, conducirán al enfermo á término fatal.

Así pues, creemos que en el momento actual no podemos codificar las contraindicaciones como corresponde al científico empeño del Dr. Calleja. Las leyes de la vida normal y patológica escapan en muchos de sus aspectos á nuestra investigación y osado fuera quien pretendiese conocer sus misteriosos resortes. En terapéutica lo verdaderamente racional es pensar y obrar patogénicamente cuando sea posible. Sin embargo, el alivio de trastornadores síntomas, será siempre constante motivo de indicaciones que el

enfermo incesantemente solicita. El dolor, la hipertermia, la inflamación, el insomnio, etc., constituyen excepciones tan variadas y numerosas, que por lo mismo, no pueden subordinarse á la ley. Pretender reducir la infinita variedad de lo clínico á leyes fijas en terapéutica, sólo supone una laudable aspiración mental que en la práctica tiene que fracasar. Ante la imperiosa necesidad de calmar siempre al que sufre, no hay contraindicaciones porque ello representa la obra humanitaria que por encima de todo la sociedad exige de nosotros.

Y el Dr. Calleja que como clínico experto satisface cumplidamente esta elevada misión, nos descubre por su excelente práctica algún desacuerdo con su teoría, no tan excelente. En efecto, considerado como *legislador de las contraindicaciones*, aparece revestido de cierta confusa originalidad en conceptos y en palabras, que tal vez no acertemos á comprender con la claridad que siempre demanda, el conocimiento de la verdad científica.

ANTONIO M. ROMÓN

# CASOS Y CONSULTAS

---

## DE OFTALMOLOGIA

Uno de los problemas más difíciles de resolver en la práctica oftalmológica consiste en ejecutar una intervención operatoria sobre el globo ocular con garantías de asepsia, cuando las vías lagrimales no funcionan normalmente. Sabido es lo dilatado que resulta el tratamiento de las supuraciones de origen lagrimal, hasta conseguir agotarlas por completo, siendo en algunos casos imposible obtener una curación, sin recurrir á la cauterización ó disección completa del saco lagrimal.

Las dificultades de orden técnico aumentan por la resistencia que presentan los enfermos á someterse á un tratamiento largo ú operación secundaria antes de operarse una catarata, por ejemplo. La mayor parte de las infecciones consecutivas á la extracción del cristalino que nosotros hemos tenido ocasión de observar, son las que sobrevienen en los individuos ocnosos, aun en los casos en que una inyección exploradora, que tenemos costumbre de hacer siempre antes de decidir la operación, acusa permeabilidad completa de las vías lagrimales y de líquido limpio por la nariz correspondiente.

Hace pocos meses se presentó en nuestra consulta un individuo de 60 años, con una catarata en disposición de ser operada en el O. D. pero con ocena que producía una pequeña supuración que asomaba por las aberturas nasales, y un olor tan repugnante que hacía muy difícil la permanencia delante del enfermo durante la exploración; en estas condiciones y no queriendo el enfermo perder mucho tiempo en el tratamiento de su afección nasal, hubiéramos desistido de intervenir, si en una conversación sostenida con nuestro amigo y maestro el Dr. Moreno, no nos hubiera éste aconsejado ensayar el suero de Roux, como medio el más

rápido de modificar el estado de la afección nasal, siquiera fuera de un modo transitorio, y poder intervenir sin riesgo de infección. Practicamos pues, una inyección de 10 c. c. de dicho suero y el mismo día colocamos un vendaje explorador sobre el ojo enfermo, después de haber hecho un lavado minucioso de la conjuntiva con una disolución de cianuro al 1 por 4000. A las 24 horas, el olor que el enfermo despedía de las fosas nasales había desaparecido por completo, la pequeña supuración amarillenta que salía por las ventanas de la nariz no era ya manifiesta y el vendaje aplicado sobre el ojo estaba completamente limpio, sin secreción alguna y la conjuntiva limpia y sin la menor irritación, á pesar del vendaje y la irritación causada el día anterior con el cianuro.

En estas condiciones, practicamos la extracción de la catarata, siguiendo la técnica corriente en estos casos y á las 48 horas, sin haber ocurrido el menor incidente, levantamos el apósito, encontrando, la herida corneal, perfectamente cicatrizada y el resto del ojo con el mejor aspecto de normalidad. A los 15 días perdimos de vista al enfermo, con una visión perfecta de afáquico y sin que hubiera aparecido aún, ni el olor, ni la supuración nasales.

No nos hemos propuesto en este caso más que consignar el hecho, pues si hubiera ocasión de repetirlo, alguno de nuestros compañeros, podría estudiar y describir con más competencia que nosotros las modificaciones sufridas por la mucosa nasal, cosa que nosotros hemos evitado cuidadosamente.

PABLO ALVARADO

# INDICE ALFABÉTICO DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE VOLUMEN

## ARTICULOS ORIGINALES

	<u>Páginas.</u>
<b>Artritis</b> (Notas clínicas sobre el), <i>Dr. Luis Moreno</i> .....	345
¿Artritis ó Bradytrofismo?, <i>Dr. Eloy García</i> .....	147
<b>Chancro</b> sifilítico.—Estudio clínico, <i>Dr. Félix Domingo</i> .....	201
<b>Distocias</b> de origen fetal (El médico y la partera.—Su conducta y atribuciones en las), <i>Dr. Josué A. Beruti</i> .....	73
<b>Flemones</b> (Los) del suelo de la boca, <i>Dr. Dacio Crespo</i> .....	300
<b>Humores</b> (Los) pecantes en dermatología, <i>Dr. Félix Domingo</i> .....	273
<b>Laringe</b> (Cuál es el mejor medio de extirpación de la), <i>Dr. Ricardo Botey</i> .....	14
<b>Masaje</b> (Oportunidad del) en las fracturas, <i>D. José Sanz Sato</i> .....	95
<b>Medicación</b> coloidal (Sobre algunos de los fundamentos científicos de la), <i>Dr. Félix Domenech</i> .....	137
<b>Médula</b> y cola de caballo (Síndrome de las afecciones del segmento inferior de la), <i>Dr. Cesáreo Díaz Empananza</i> .....	152
<b>Meningitis</b> cerebro-espinal (Diagnóstico y tratamiento de la), <i>Dr. Antonio M. Romón</i> .....	1 y 231
<b>Piezas</b> anatómicas (Ensayos del procedimiento del Dr. Spalteholk para conseguir la transparencia de), <i>D. José Salaverri</i> .....	104
<b>Pituitrina</b> en obstetricia (Nuevos datos para el empleo de la), <i>Dr. Pedro Zuloaga</i> .....	221
<b>Prostatitis</b> blenorragica, <i>Dr. Rodrigo E. Cebrián</i> .....	285 y 360
<b>Radiografía</b> (La) en Medicina, <i>Dr. Francisco Eguren</i> .....	18
<b>Vacunación</b> anti-tifoidea curativa, <i>Dr. Roberto S. Kolbé</i> .....	378
<b>Vértigo</b> y zumbidos (La trepanación del laberinto por), <i>Dr. Ricardo Botey</i> .....	11

REVISTA DE REVISTAS

	Páginas.
Aborto (conducta que debe seguirse en los accidentes consecutivos al). <i>Lepage</i> .....	263
Aceite gris (preparación extemporánea de un producto análogo al). <i>Sauton</i> .....	110
Acromegalia y mixedema (asociación de). <i>Millioni</i> .....	386
Adenopatías escrófulo-sifilíticas exacerbadas por el salvarsán. <i>Houssay</i> .....	50
Albuminuria ortostática y sus relaciones con la tuberculosis. <i>Arnold</i> .....	163
Anemia de los niños escolares y su profilaxia. <i>Mendi</i> .....	189
Anemias infantiles; tratamiento. <i>Tixier</i> .....	539
Anestesia en el parto normal. <i>Beruts</i> .....	175
Anestesia general por inyección intravenosa de éter. <i>Evstifeeff</i> .....	386
Anginas blancas pneumocócicas en la infancia. <i>García del Diestro y Romeo Lozano</i> .....	44
Antrax (el aire caliente en el tratamiento del). <i>Gregoire</i> ....	385
Aortitis abdominal aguda. <i>Minet Leclercq y Holleau</i> .....	118
Appendicitis crónica (la prueba de la dilatación en la). <i>Bastedo</i> .....	247
Arteriosclerosis (signos precoces de la) proporcionados por el examen del fondo del ojo. <i>Greenwood</i> .....	402
Artropatías hemofílicas. <i>Niosi</i> .....	388
Autolactoterapia galactógena. <i>R. Becerro</i> .....	42
Bacilo de la tos ferina. <i>Martínez Vargas</i> .....	337
Blenorragia en la mujer (tratamiento de la) por las vacunas. <i>Heymann y Moos</i> .....	183
Blenorragia (¿se debe dejar correrla?). <i>Janet</i> .....	194
Bradycardia en las afecciones intestinales. <i>Loeper</i> .....	27
Cesárea abdominal practicada por cuarta vez en la mujer. <i>Beruti</i> .....	35
Colpotomía en el tratamiento de la infección puerperal grave. <i>Jacoulet</i> .....	260
Coqueluche (tratamiento de la). <i>E. Roux</i> .....	116
Corazón (un caso de rotura del). <i>Parsons</i> .....	392
Coreicas (muerte de las) durante el embarazo. <i>Lepage</i> .....	182
Cymarina.....	243
Decorticación del riñón (función renal después de la). <i>Lapeyre</i> .....	198
Difteria (nuevo agente preventivo de la). <i>Behring</i> .....	406
Dismenorreas llamadas esenciales y su tratamiento. <i>Dalché</i> . . .	256
Eclampsia sin convulsiones. <i>Likovetser</i> .....	39
Eclampsia (tratamiento de la) por inyecciones en el canal medular. <i>Guggisberg</i> .....	40

Edema generalizado del feto. <i>Sauvage</i> .....	404
Embarazo extrauterino. Niño vivo á término extraído por laparatomía. <i>Noel Hood</i> .....	177
Enfermedades oculares de origen reumático (relaciones de las) y de la tuberculosis secundaria. <i>Wirtz</i> .....	400
Espinas bifidas falsas. <i>Estor</i> .....	186
Extractos de órganos (su influencia sobre láctea). <i>Giusti</i> ...	396
Ezcema-reacción de defensa. Importancia de esta acción patogénica en nosografía y terapéutica. <i>Gougerot</i> .....	241
Fibrolisina (influencia de la) en el tratamiento de las estrecheces infranqueables de la uretra. <i>Levy-Weismann</i> .....	127
Fobrol.....	243
Glándulas de secreción interna y productos por ellas segregados (clasificación de las). <i>Gley</i> .....	114
Hemofilia tratada con suero de sangre humana. <i>Traver</i> ....	189
Hemorragias del sistema cerebro-espinal en el recién nacido. <i>Leclercq y Paput</i> .....	50
Hemorragias en los hemofílicos (consideraciones sobre el tratamiento de la). <i>Vázquez Lefort</i> .....	112
Hemorragia retroplacentaria. <i>Essen-Möller</i> .....	399
Hemorragias tardías del puerperio. <i>Loop</i> .....	178
Herencia (la influencia de la) en oftalmología. <i>Peters</i> .....	120
Heridas supurantes (su tratamiento por la ducha de aire caliente). <i>Rozies</i> .....	384
Heridas uterinas (modo patogénico raro de producirse). <i>Maly</i> .....	180
Hipofisarios (acción de los solutos) y de su principio activo sobre la secreción láctea. <i>Houssay, Giusti y Maag</i> .....	177
Hipofisarios (extractos) y globo de Charpentier en la placenta previa. <i>H. Oria</i> .....	393
His (fascículo de). <i>Slauet Kent</i> .....	21
Idiosincrasia yódica. <i>Wilde</i> .....	390
Infección puerperal grave curada por inyecciones de suero estreptocócico. <i>Le Masson</i> .....	249
Injerto de una parte de tibia en la columna vertebral, en el tratamiento del mal de Pott. <i>Freed V. Albee</i> .....	190
Insuficiencia cardiaca (los grandes síndromes de la). <i>Vaquez</i> .....	162
Inyecciones de suero artificial por la vía rectal, en los niños. <i>Lesné</i> .....	338
Lesiones traumáticas de la órbita del feto (en patogenia en las extracciones por el forceps). <i>Levy</i> .....	393
Ley de Profeta (su estudio por la reacción de Wassermann). <i>Mlle. B. Sabin</i> .....	57
Litiasis renal. <i>Bentrey Squier</i> .....	196
Litotricia (estado actual de la cuestión de la operación de la). <i>Cabot</i> .....	62

Luetina (la reacción de la). Cutirreacción de la sífilis. <i>H. Noguchi</i> .....	245
Mancha azul mongólica (nuevas observaciones en España). <i>García del Diestro</i> .....	192
Membranas fetales (empleo de) para injertos cutáneos. <i>Sabella</i> .....	265
Meningitis cerebro-espinal epidémica (concepto general de la). <i>Higuera Martín</i> .....	186
Meningitis de parameningococos tratada y curada por suero antiparameningocócico. <i>Mery Salin y Wilborts</i> ....	47
Mesotorium en lugar de rayos Roentgen en ginecología. <i>Voigts</i> .....	184
Monoplejias de origen cortical (estudio anatómico-clínico). Monoplejias totales y parciales. <i>Regnard</i> .....	383
Muerte súbita sobrevenida durante ó después del parto (causas de la). <i>Saenger</i> .....	179
Naso-faringe como causa de enfermedad en otras partes del cuerpo. <i>Indson Daland</i> .....	123
Necrosis pancreática aguda (un caso de). <i>Saenger</i> .....	179
Neubornival.....	244
Paludismo (una reacción de importancia clínica en el diagnóstico del).....	34
Pantopón en terapéutica infantil (acción del) y especialmente en los espasmos laríngeos. <i>Ausset</i> .....	188
Pantopón (inyección previa de) antes de la anestesia quirúrgica general ó local. <i>Tourneux y Ginesty</i> .....	22
Papilomas benignos de la vejiga (tratamiento de los) por medio de la corriente de Oudin, de alta frecuencia, introducida en la vejiga con la ayuda de un citoscopio. <i>Edwin Beer</i> .....	132
Parálisis espinal infantil; etiología y patogenia. <i>Gómez Ferrer</i> .....	45
Parálisis vesicales de origen neurasténico (influencia del espasmo de la uretra en la patogenia de las); acción de las corrientes gálvano-farádicas. <i>Denis Courtade</i> .....	133
Periartritis supurada de pneumococos de la articulación del hombro, en un niño de pecho. <i>Curtillet y Lombard</i> ...	187
Pie bot paralítico (tratamiento).....	405
Pituitrina en las hemorragias espontáneas y operatorias de las vías respiratorias. <i>Citelli</i> .....	335
Pituitrina (rotura uterina después de la administración de). <i>Hertz</i> .....	38
Pneumococia y reacciones intestinales. Pneumonias secundarias del sarampión. <i>Triboulet</i> .....	49
Poliomielitis epidémica (cultivo del microorganismo de la). <i>Fleaxner y Noguchi</i> .....	344
Psoriasis (patogenia del). Importancia de la noción de dialisis en dermatología. <i>Leroy</i> .....	239

	<u>Páginas.</u>
Ptíriasis é impétigo del cuero cabelludo en el niño (tratamiento). <i>R. B.</i> .....	161
Puntos dolorosos abdominales. <i>Pierre y Paul Descomps y Brousse.</i> .....	24
Quimioterapia, sus principios científicos, sus métodos y sus resultados. <i>Ehrlich.</i> .....	172
Rinitis y adenoiditis en el recién nacido y en la primera infancia. <i>Lantenaan.</i> .....	337
Roentgen y mesotorium-radiación en el cáncer uterino. <i>Bum.</i> .....	184
Saturnina (intoxicación) causada por una tela impermeable. <i>Frank.</i> .....e.....	22
Secreción interna (clasificación de los productos de) según su papel. <i>Gley.</i> .....	115
Sífilis extragenital, chancro del meato auditivo y de la región preepiglótica. <i>Geres.</i> .....	335
Simpático (definición del). <i>Laignel Levastine.</i> .....	31
Stokes-Adams. Haz de His (estudio de Fisiopatología clínica). <i>García Durán.</i> .....	316
Terpacido.....	243
Tiroidea (medicación) en los niños. <i>Gordon.</i> .....	404
Toxemias gravídicas (sueroterapia en las). <i>Wolff.</i> .....	265
Tuberculosis coxo-femoral (resultados del tratamiento de la). <i>Nussbaum.</i> .....	389
Tuberculosis infiltrada del riñón (el tratamiento de la). <i>Bernard.</i> .....	63
Tuberculosis (influencia del embarazo sobre la). <i>Koehne.</i> ...	41
Tuberculosis pulmonar (sobre indicaciones y contraindicaciones del tratamiento de la) por el pneumotorax artificial. <i>Jaquerod.</i> .....	170
Tuberculosis y embarazo. <i>Sergent.</i> .....	181
Tumores malignos del riñón (datos clínicos sobre los). <i>Braesch.</i> .....	199
Vacunaciones antitíficas preventiva y vacunoterápica. <i>Rimbaud.</i> .....	326
Versión por maniobras externas. <i>Zuloaga.</i> .....	250
Zona (estudios acerca de la etiología y patogenia del). <i>Raymond y Lot.</i> .....	332
Zonas hiperestésicas de la nariz (significación de las) en en oftalmología. <i>Axeupeld y Lahr.</i> .....	121

## BIBLIOGRAFIA

Alimentación de los niños de pecho (Conferencias prácticas acerca de la). (Dr. P. Nobécourt), por *G. Camaleño.*..... 267

<b>C</b> recimiento del niño y demostración de su desarrollo por medio del peso semanal del mismo. (Dr. Francisco Vidal Solares), por <i>P. Zuloaga</i> .....	341
<b>C</b> ódigo de las contraindicaciones. (Dr. Camilo Calleja), por <i>A. M. Romón</i> .....	410
<b>M</b> anual de partos. (Dr. F. Vidal Solares), por <i>Pedro Zuloaga</i> .....	409
<b>P</b> neumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Dr. Leon Bernard), por <i>E. Cuadrado</i> .....	340
<b>T</b> ratamiento de la sífilis por el «606». (Dr. E. Jean-selme), por <i>Félix Domingo</i> .....	408

### CASOS Y CONSULTAS

---

<b>C</b> ardiopatías sin soplos (Diagnóstico de las), por <i>Luis Moreno</i> .....	68
<b>C</b> efaleas (De cómo se deben interpretar ciertas), por <i>Luis Moreno</i> .....	269
<b>E</b> rupciones pruriginosas (¿Se presentan en los sífilíticos?), por <i>Félix Domingo</i> .....	135
<b>O</b> ftalmología (De), por <i>Pablo Alvarado</i> .....	413
<b>P</b> iohemia puerperal (Caso probable de) curado á continuación de unas inyecciones de suero antiestrep-tocócico, por <i>P. Zuloaga</i> .....	342

