



LA CLÍNICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS

TOMO II.—ENERO Á JUNIO DE 1911

LA CLÍNICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MEDICAS

Director,

Dr. D. Nicolás de la Fuente Arrimada.

Redactor Jefe,

Dr. D. Ramiro Valdivieso.

Secretario de Redacción,

Dr. D. Pedro Zuloaga.

Redactores,

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

Dr. Domingo Calvo.—Dr. Durruti.

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

Dr. Moreno Santos.—Dr. Pérez Mínguez.

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

Colaboradores: Todos los señores suscriptores

Administrador,

Dr. D. Gregorio Sanz de Aza.

TOMO II.—ENERO Á JUNIO DE 1911

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN, MACÍAS PICAWEA, 38 Y 40

VALLADOLID

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

DOS CASOS MAS DE CURACIÓN

POR

EMILIO ALVARADO

Oculista de Valladolid.

Con agradable sorpresa ví este verano último un enfermo que, ciego el año anterior, había recobrado la visión del ojo izquierdo.

Habiéndoseme extraviado una porción de apuntes é historias clínicas que tenía preparados para hacer una nueva edición de un trabajo que publiqué el año 1902 (1), no puedo hacer una historia detallada de las observaciones primera y segunda que corresponden á los dos casos de curación á que me refiero en el título de este trabajo.

Continúo creyendo, como he dicho en anteriores trabajos, que las afecciones del iris, procesos ciliares y coróides desempeñan un papel muy importante en la etiología y patogenia del desprendimiento retiniano, y que las distintas preparaciones mercuriales y la pilocarpina, que no excluyen

(1) «Curación del desprendimiento de la retina». *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*. Números XI y XII, Barcelona 1902.

el empleo de otros medios (decúbito dorsal, inyecciones subconjuntivales, igneo-punturas, electrolisis, punción de la esclerótica, etc., etc.) están muy indicadas en la mayor parte de casos de esta enfermedad.

Insisto sobre este particular, porque si bien muchos autores conceden toda la importancia que tienen dichas afecciones en la producción del desprendimiento de la retina, hay algunos que aun en trabajos muy extensos, no fijan sobre ello la atención que merece, y lo mismo sucede respecto al tratamiento por el mercurio y sobre todo por la pilocarpina abandonada por los más.

De los 62 casos de desprendimiento de la retina que figuran en mi citado trabajo, hay:

15, con miopía y esclero-coroiditis posterior;

11, con miopía é irido-coroiditis en el mismo ojo del desprendimiento.

8, con iritis é irido-coroiditis crónicas en ambos ojos.

4, en un ojo solo desprendimiento, en el otro irido-coroiditis como los anteriores.

2, iritis y desprendimiento traumático.

1, coroiditis atrófica diseminada en ambos ojos. En uno desprendimiento.

En los 21 restantes no consta que hubiera lesión alguna en el iris, cuerpo ciliar ó coroides en ninguno de los ojos, pero es preciso tener en cuenta que, aun existiendo, no siempre pueden descubrirse á simple vista, ni con el Oftalmoscopio. En cambio tampoco en todos los casos en que éstas se han comprobado puede afirmarse que el desprendimiento de la retina fuese debido á ellas, pues las afecciones uveales se presentan también á menudo como complicaciones de aquél.

El Dr. Eperon, que por sus méritos acaba de ser nombrado Profesor de Oftalmología de la Universidad de Lausanne (Suiza), apoya mi opinión en un trabajo que publicó el año 1906 (1), del que copio los párrafos siguientes:

«Estando este trabajo destinado especialmente á los prácticos, y no pretendiendo, como he dicho más arriba, ninguna innovación, me abstendré de citar todos los numerosos trabajos análogos escritos á este sujeto. No mencionaré más que los que para mí han presentado un interés particular, concerniente á tal ó cual punto de detalle. Debo hacer excepción á la interesante publicación de los señores Alvarado y Alvarez aparecida en este mismo periódico (noviembre y diciembre de 1902). Mis observaciones concuerdan, en gran parte, con la de estos autores, y me consideraría muy dichoso si pudieran añadirse, aunque sea poco, á un estudio tan práctico y completo del desprendimiento retiniano».

«Un tercer medio curativo, cuyo valor ha sido ya señalado por Wecker, pero ha sido especialmente dado á luz por Alvarado y Alvarez, es el tratamiento mercurial en fricciones ó por vía interna. Como lo notan, muy justamente, los autores precitados; es imposible desconocer, en la etiología del desprendimiento, la influencia capital de las alteraciones crónicas y hasta agudas del tractus uveal; en los que el mercurio es uno de los mejores medios para combatirlos; y creo su empleo indicado, con las precauciones debidas, en el tratamiento del desprendimiento; á mí me sabe mal no haberlo

(1) «Notas clínicas sobre el desprendimiento de la retina» por el Doctor Eperon (Lausanne). Traducido por el Dr. Pérez Bufl. *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*. Barcelona, febrero de 1906.

empleado, especialmente de una manera general en estos casos».

Abadie en el Congreso de Oftalmología celebrado en París el año 1895, decía que en los desprendimientos debidos á un alto grado de miopía, empezaba desde luego por la aplicación de ventosas escarificadas á la sien y después hacia cada dos días una inyección subconjuntival de una solución de sublimado al 1 por 1000 y además una inyección subcutánea de un centígramo de pilocarpina. *En los casos de origen coroidiano*, hacía siempre inyecciones subconjuntivales de sublimado y reemplazaba las inyecciones de pilocarpina por las inyecciones subcutáneas de sublimado, un centígramo cada dos días, y en muchos casos practicaba además la electrolisis.

El Dr. Marabal (1) en su tesis del doctorado, inspirada por el Dr. Terson (de Toulouse), señala en algunos casos de desprendimiento de la retina, en la miopía media, indicios de ciclitis ó ciclo-coroiditis, que cuando se acentúan, el exudado producido en mayor ó menor cantidad se acumula entre la retina y la coroides hacia la ora serrata. En el desprendimiento miópico, en la miopía fuerte con lesiones del polo posterior, es quizá un poco menos frecuente que en la miopía media, pero en estos casos según Boucheron (citado por el autor) se encuentran también á menudo, en la región anterior del ojo, fenómenos de ciclitis ó ciclo-coroiditis.

Con estas observaciones concuerdan perfectamente los resultados de las investigaciones anatómo-patológicas practicadas, por el Dr. Gonin (de Lausanne), en 3 ojos enucleados, en los que el desprendimiento era de fecha reciente.

(1) «Contribución al estudio del desprendimiento de la retina y de su tratamiento por la electrolisis». París 1895».

En el X Congreso internacional de Oftalmología (1) decía este autor que el desprendimiento espontáneo y rápido obedece á una desgarradura precoz de la retina bajo la influencia de las tracciones del vítreo, según Leber, á lo que el autor cree poder añadir que la presencia de los focos corio-retiní-ticos determinan el punto de la rotura.

La importancia causal de estos focos de coroiditis anterior, dice Gonin en la Enciclopedia Francesa de Oftalmología (2), se afirma con la constancia con que ha comprobado su presencia en los puntos exactamente correspondientes á las perforaciones retinianas. Estos hechos, añade, explican la frecuencia de los desprendimientos de la retina en los ojos miópicos en los que ya sabemos que la coroiditis anterior es muy frecuente.

El Dr. Wicherkiewic (3) decía, en el Congreso de médicos y naturalistas poloneses celebrado en Cracovia el año 1900, que basándose en algunas observaciones creía que, entre otras causas, la influencia simpática de un ojo afectado de desprendimiento de la retina puede traducirse en el ojo simpaticizante por la misma forma morbosa.

En la misma sesión el Dr. Kramsztyk (4) dijo que no admitía más que la influencia que puede ejercerse por el intermedio de una ciclitis provocando á su vez en el ojo

(1) «El papel del cuerpo vítreo en las diferentes formas de desprendimiento de la retina». *X Congrès international d'Ophthalmologie*. 13-18 Setiembre 1904. Lucerna.

(2) Desprendimiento de la retina. *Encyclopedie Française d'Ophthalmologie*. Tome sixieme. Paris 1906.

(3) Estas notas bibliográficas estaban entre los demás documentos que se me extraviaron; estos extractos se publicaron en varias Revistas de los años 1901 y 1902.

(4) Id.

simpatizado el desprendimiento de la retina, y de aquí, la necesidad imperiosa de enuclear el ojo primitivamente afectado.

Indudablemente en los enfermos á que hacen referencia las observaciones 3.^a y 4.^a, ocurrió lo indicado en aquel Congreso por el Dr. Kramsztyk y en el caso de Boucheron, citado por el Dr. Grullon (1) en su tesis del Doctorado; es decir, que en el ojo simpatizado se produjo en el primero una ciclo-coroiditis y á consecuencia de ésta el desprendimiento.

Con motivo de la comunicación que el Dr. Terson (de Toulouse) hizo el año 1903 á la Sociedad Francesa de Oftalmología sobre el *desprendimiento de la retina y paludismo*, escribí á éste y al Dr. Darier (de París) diciéndoles que en mi trabajo del año 1902 ya indicaba yo entre las causas del desprendimiento de la retina, la infección palúdica. El Dr. Darier publicó mi carta en su periódico.

«Acabo de leer con mucho gusto la comunicación hecha á la Sociedad Francesa de Oftalmología por el Dr. Terson, padre, sobre el *desprendimiento de la retina y paludismo*. Como V. verá en el folleto que le envío certificado por el correo de hoy, publicado en los meses de noviembre y diciembre de 1902 en los *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, digo en la página 16 lo siguiente»:

«En muchos trabajos se vé ya la tendencia de atribuir bastantes veces el desprendimiento de la retina á su origen infeccioso. Esta idea fué iniciada hace años, y el Dr. Lagrange, que el 28 de mayo de 1897, habló en la Sociedad de Medicina y Cirugía de Burdeos de un caso de este género,

(1) «Ensayo sobre los fenómenos simpáticos del ojo». París 1902.

decía dos años después en la Sociedad Francesa de Oftalmología, que los desprendimientos de la retina son de origen traumático, de origen infeccioso, y consecutivos á la miopía».

«A mi juicio no se da toda la importancia que tiene la infección en estos casos, ni se tiene en cuenta su frecuencia. Cuanto más estudio este punto, más me convengo de que muchos de los que he visto, sobre todo, en las provincias de Galicia y parte de León, pueden atribuirse á esta causa. Allí, como ya he dicho, son muy comunes las afecciones del tractus uveal, sobre todo las iritis é irido-ciclitis de marcha insidiosa, que sin provocar la menor molestia á los enfermos, ni reacción sensible inflamatoria, llegan hasta ocluir por completo la pupila y abolir para siempre la visión. Estas inflamaciones y edemas más ó menos extendidos de la retina y coroides, dan muy á menudo lugar al desprendimiento, y son debidas indudablemente muchas veces al reuma, paludismo y otras afecciones muy frecuentes entre los trabajadores del campo de aquellos valles».

«Es muy posible que en el enfermo de la observación 3.^a de aquel trabajo, aunque no lo indico allí, el desprendimiento de la retina tuviera tal origen» (1).

El Dr. Terson, al que ya debía otras atenciones, tuvo la bondad de contestarme con una extensa carta de la que copio á continuación algunas líneas.

«Parece que V. se refiere, sobre todo, á los desprendimientos *consecutivos* á iritis ó irido-ciclitis de marcha insidiosa más ó menos complicados de edema retiniano. Tales hechos han sido citados por numerosos autores que han tratado de los trastornos oculares de la malaria *sin que ellos*,

(1) En este trabajo, observación 5.^a

sin embargo, hayan hablado como V. del desprendimiento que puede ser su consecuencia».

«Los hechos que yo he citado, y de los que no he encontrado una relación igual en ninguna parte, presentan la particularidad de que se trata de desprendimientos sobrevenidos *de una manera repentina* en los dos ojos que el mismo día anterior estaban aptos para el trabajo y la lectura, desprendimientos no acompañados de sinequias ni de la más pequeña alteración del vítreo, de manera que yo he podido seguir su curso durante mucho tiempo y observarles hasta en sus menores detalles sin haber podido, en ningún momento, comprobar la más pequeña complicación por parte del iris ó del cuerpo ciliar».

Indudablemente el Dr. Terson ha sido el primero que ha dado á conocer casos de desprendimiento de la retina en individuos claramente palúdicos, y á su autoridad indiscutible se debe que la infección palúdica figure ya, en algunas obras modernas, en la etiología de aquella enfermedad.

Tres años después el Dr. Lèques (1) publica dos nuevas observaciones en un trabajo sobre el cual el Dr. A. Ivert (2) hizo una nota bibliográfica en la que dice:

«Estando hoy todos los especialistas en la materia conformes en que el punto de partida para el desprendimiento de la retina es la inflamación seguida de exudación, más ó menos abundante, de la coroides. Como en las condiciones, á las cuales nosotros aludimos, la hiperemia coroidiana es la regla, nada más natural que considerar la extravasación

(1) «Desprendimientos retinianos de origen palustre». *Archives de Medicine et de pharmacie militaire*, núm. de mai 1906.

(2) «Desprendimientos retinianos de origen palustre». *Recueil d'ophtalmologie*, septembre de 1906. Paris.

retiniana como el resultado lógico y racional de los desórdenes vasculares subyacentes».

«De cualquier modo las dos observaciones de M. Lèques, añadidas á las de Terson, dan á estas últimas cierta actualidad y prueban una vez más que el desprendimiento de la retina de origen palustre es una complicación con la cual hay que contar seriamente».

El año 1878 publicó el Dr. Poncet (de Cluny) un notabilísimo trabajo sobre la retino-coroiditis palustre (1), con el que se puede demostrar que en los dos casos citados por Terson, *á pesar de que el día antes de sobrevenir repentinamente el desprendimiento de la retina, los ojos estaban aptos para el trabajo y la lectura, y de no haberse podido comprobar la más pequeña complicación por parte del iris ó cuerpo ciliar*, éstas podían existir pasando desapercibidas aun con la exploración más minuciosa. Ve aquí lo que respecto á este particular resulta de las investigaciones del Dr. Ivert.

«Las alteraciones de la visión en las fiebres palustres llaman raramente la atención aun del enfermo; es el médico el que debe, en la inmensa mayoría de casos, buscar las alteraciones producidas por la caquexia palustre y el absceso pernicioso en el estado de las diferentes membranas profundas del ojo».

«La córnea y la conjuntiva están sanas, la pupila se contrae en general normalmente. Los medios están normales y solamente en el fondo del ojo tenemos nosotros alteraciones que señalar. Digamos bien alto, que nos han parecido, en los casos de anemia y caquexia palustre, tan numerosos en Africa, de *una extrema rareza al oftalmoscopio*. No nos

(1) La retino-coroiditis palustre. *Annales d'oculistique*, mai 1878.

separamos mucho de la verdad calculando en 10 por 100 el número de enfermedades ó lesiones apreciables».

«Pero al microscopio, el número de ojos presentando alteraciones nacidas de la caquexia palustre, se hace considerable. La proporción cambia, la retino-coroiditis es la regla. Circunstancia que demuestra una vez más que no se puede deducir del silencio del oftalmoscopio la ausencia completa de lesiones.

Tratamiento.—En los primeros años de mi práctica hice alguna vez, con la aguja de Sichel, la punción de la esclerótica en el sitio correspondiente al desprendimiento, tal como lo había visto hacer en la clínica de mi padre. Más tarde practiqué la punción y la aspiración del líquido sub-retiniano con la jeringuilla de Pravaz.

Cuando en 1876 conocí, por la tesis del Doctorado de Madame Stephane Ribard los ensayos que por entonces se hacían, en la clínica del Dr. Wecker, de drenaje del ojo en diferentes afecciones oculares, particularmente en el desprendimiento de la retina, intenté practicarle alguna vez, pero sin duda por no haberle visto hacer ó por falta de costumbre su ejecución resultaba imperfecta.

En una visita que hice al Dr. Dransart (de Somain), hace muchos años, hablamos largo rato sobre varios puntos de la especialidad entre ellos de la iridectomia en el desprendimiento de la retina, de la que él era entusiasta partidario y de la que se ocupó extensamente en los *Annales d'Oculistique* en el primer semestre de 1883. A mi regreso á Palencia donde yo ejercía entonces, la practiqué varias veces sin tener que lamentar el menor accidente, pero sin resultados positivos.

Durante la estancia de mi hijo Pablo en París, (curso de 1900 á 1901) asistí algunos días á la clínica del Dr. Darier

que estaba tratando á una señorita á la que se disponía á practicar la electrolisis, que aplazó para más adelante por haber visto mejoría con el tratamiento que venía empleando (inyecciones sub-conjuntivales de cianuro de mercurio, fricciones á la frente y sien con el unguento mercurial á la lanolina, y quietud en cama). Después de este viaje ensayé la electrolisis en mi clínica pero la abandoné pronto por no haber visto resultado.

Los casos que he tratado por estos procedimientos quirúrgicos han sido muy limitados y de su falta de éxitos no puedo concluir que sean ó no eficaces; pero veo que no hay gran entusiasmo por ninguno de los que se han propuesto hasta hoy, y oftalmólogos muy prácticos y de notoria habilidad, les han abandonado conceptuándoles, algunos, hasta perjudiciales.

En estos últimos años he empleado las inyecciones sub-conjuntivales con cuantas sustancias se han recomendado:

Cloruro de sodio, en soluciones desde las más débiles hasta las más concentradas, añadiendo á estas últimas la cocaína.

Solución de:

Cloruro de sodio.	25 centigramos.
Azúcar de caña.	1 gramo.
Agua esterilizada.. . . .	25 id.

Cloruro de sodio y gelatina.

Cloro-vitreina de Wecker.

Agua de mar.

La sal fisiológica del Dr. Pokel, que prepara en pastillas la casa de Merk, de Darmstadt.

El líquido del Dr. Dor, del que inyecta, en la cápsula de Tenon, una jeringuilla llena; y está compuesto de:

Cloruro de sodio.	5	gramos.
Carbonato de sosa.	0,40	id.
Sulfato de sosa.	0,40	id.
Sulfato de potasa.	0,40	id.
Fosfato de sosa.	0,40	id.
Agua destilada.	C. S.	para 20 grs.

Soluciones de cianuro de mercurio y de sublimado y por último, las inyecciones sub-conjuntivales de aire caliente esterilizado.

Durante esta época he obtenido algunas mejorías y curaciones: pero hay que tener en cuenta que rara vez he empleado sólo las inyecciones. Generalmente he hecho uso además, de los preparados mercuriales, la pilocarpina, ioduro potásico, y de otros medios cuando el estado general del enfermo lo reclamaba.

Ultimamente el Dr. Dor (1) (de Lyon) ha empleado las inyecciones de tuberculina y ha obtenido en cinco casos, tres veces una reapiación completa y persistente; una vez una reapiación completa seguida de una recaída, y una vez un fracaso terapéutico.

De los recuerdos é impresiones que conservo de los enfermos tratados en mi clínica desde que la fundé en 1875 y de multitud de observaciones que he leído de oculistas de distintos países de Europa y América, deduzco que hasta hoy, se debe á los mercuriales empleados en distintas formas y á la pilocarpina en inyecciones hipodérmicas ó por la vía gástrica el mayor número de curaciones.

Que obre el mercurio como alterante ó resolutivo, según se decía antes, ó que su acción se dirija contra los gérmenes infecciosos ó las tóxicas, como hoy se entiende; es lo cierto

(1) «El tratamiento del desprendimiento retiniano por la tuberculina». *La Clinique Ophthalmologique*, aout 1910.

que la observación clínica está demostrando diariamente los beneficios que se obtienen de él, no sólo en las afecciones oculares sifilíticas, sino en aquellas, sobre todo del tractus uveal, en las que la sífilis no ha podido comprobarse. Schmidt-Rimpler (1) Abadie (2) Bourgeois (3) y Darier (4).

Cuando Dianoux, en 1881 (5), publicó su trabajo sobre la pilocarpina en los desprendimientos de la retina, ya había observado yo sus buenos efectos en un enfermo de Melgar de Fernamental, Burgos, que fué el que inauguró mi casa de salud de Palencia.

Se trataba de un obrero del campo que hacía ya muchos años había perdido el ojo izquierdo. Un día de fuerte viento se volvió la esclavina de la capa (en aquel país son de un paño muy fuerte) y le dió un golpe en el ojo sano.

Al día siguiente empezó á quejarse de que no veía bien y á los pocos días, cuando se presentó en la clínica, la agudeza visual estaba considerablemente disminuída.

No recuerdo si empleé alguna medicación más que la pilocarpina, pero sí recuerdo que á los 4 ó 6 días me dijo, «ya veo el cespéd del jardín». No había transcurrido un mes cuando un dependiente de la clínica me llamó para que le viera escribir; ya no existía el desprendimiento.

(1) «El tratamiento mercurial en oculística». *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1906.

(2) «De las indicaciones de la iridectomia en las irido-corooiditis». *Bulletins et memoires de la Société Française d'ophtalmologie*, 1906.

(3) «De la acción de las preparaciones mercuriales en las afecciones sifilíticas del ojo». *Bulletins et Memoires de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1907.

(4) Medicación mercurial. *Leçons de Therapeutique oculaire*, 1907.

(5) «Del tratamiento del desprendimiento de la retina por las inyecciones subcutáneas de nitrato de pilocarpina». *Archives d'Ophtalmologie*. París 1881.

Meses más tarde volvió á la consulta con la visión muy disminuída pero esta vez podía guiarse solo. Me dijo que atribuía la recaída á que días antes había trabajado mucho cavando las viñas.

Nuevamente recobró la visión con el mismo tratamiento y ya no volví á saber más de él.

Yo empleo la pilocarpina en muchas enfermedades de los ojos y de su resultado estoy muy satisfecho. Creo firmemente que el abandono de tan precioso producto no está justificado; jamás he tenido porque arrepentirme de su empleo. Grimpret (1) dice que la pilocarpina obra como reabsorbente, como antitóxico eliminando del organismo las sustancias tóxicas y como modificadora de la circulación general é intraocular.

Apesar de cuanto he dicho y se viene hablando de esta cuestión, no debemos dejarnos llevar de *exagerados optimismos*, pues mientras no conozcamos con más seguridad la patogenia y etiología del desprendimiento de la retina, y podamos por consiguiente aplicar el remedio especial que cada caso reclame, tendremos forzosamente que seguir considerando esta enfermedad como una de las más graves de los ojos. Pero no podemos abandonar á estos enfermos á los solos esfuerzos de la naturaleza, esperando una curación espontánea que es muy excepcional y rarísima, pues creo que la mayor parte de las curaciones obtenidas han sido debidas al tratamiento empleado y no á la casualidad. Considero, por lo tanto, como un deber tratar á cuantos enfermos se nos presenten con desprendimiento de la retina.

(1) «De la pilocarpina en terapéutica ocular». *These pour le Doctorat en Médecine*. Paris 1899.

OBSERVACIÓN 1.ª

Se trata de un joven como de unos 22 años, natural del ayuntamiento de Fonsagrada (Lugo), que había padecido, algún tiempo antes que enfermara del ojo izquierdo, una irido-coroiditis de marcha crónica en el ojo derecho.

Cuando le ví por primera vez tenía en el ojo derecho una atresia pupilar completa y grandes exudados en el campo pupilar que impedían la exploración interna del ojo. No existían fenómenos inflamatorios agudos, la tensión era normal ó muy ligeramente disminuída, la visión estaba completamente abolida.

En el ojo izquierdo, aparte de una ligera pereza de los movimientos del iris á los cambios de la luz y á la acción de la atropina, de la que hubo necesidad de hacer tres ó cuatro instilaciones en una hora, para que la pupila se dilatara por completo; no se observaba ningún otro trastorno más que un extenso desprendimiento de la retina. La visión estaba reducida á la percepción de sombras.

Manifesté á la familia la gravedad del enfermo diciendo que la curación del ojo derecho era completamente imposible, y la del izquierdo tan difícil que no podía darles ninguna esperanza por lo extenso que era el desprendimiento. Sin embargo, aconsejé el decúbito dorsal, el uso del jaborandi y pilocarpina al interior ó en inyecciones sub-cutáneas, esta última, y las fricciones mercuriales. Este tratamiento fué dirigido por el distinguido médico de Fonsagrada, D. Valentín López Troncoso.

En el mes de julio pasado se me presentó el enfermo, por segunda vez, con la visión completamente restablecida y sin la menor huella de desprendimiento.

OBSERVACIÓN 2.^a

El 4 de octubre de 1907 se presentó á mi consulta un sacerdote de Torre de Esgueva. Toda su vida ha sido miope y últimamente usaba cristales cóncavos de 18 dioptrías. Este enfermo había sido tratado en otra consulta durante algún tiempo, no recuerdo con qué tratamiento.

Cuando yo le ví el ojo derecho estaba igual que el del enfermo de la observación anterior, sin más diferencia que una ligera inyección sub-conjuntival. El desprendimiento de la retina del ojo izquierdo era menos extenso que el de aquél. El tratamiento instituído fué el mismo.

Poco tiempo después el médico de Piña de Esgueva, D. Antonio Lozano, me escribió una carta (que es otro de los documentos que se me extravió) en la que con gran brillantez me hacía la historia de la enfermedad y me daba cuenta de la mejoría que se había observado.

Posteriormente he visto dos veces al enfermo. En la última me dijo que veía más que antes de la enfermedad. La agudeza visual aun con corrección (—18 dioptrías) era menos que la normal pero lo suficiente para poder ejercer bien su sagrado ministerio. El desprendimiento de la retina había desaparecido por completo y sólo se veía con el oftalmoscopio un extenso estafiloma posterior.

OBSERVACIÓN 3.^a

Doña Matilde Pérez, de 56 años, casada, dedicada á las labores de su casa, habitante en Valladolid (Teresa Gil, 21, 3.^o) se presentó á la consulta en el mes de septiembre de 1898.

Padecía en el ojo izquierdo una irido-coroiditis crónica con desprendimiento de la retina, cuya causa no hemos podido averiguar; la enferma gozaba de buena salud; no se quejaba más que de la falta de vista. La pupila contraída y de bordes irregulares se dilataba muy poco, apesar de instilarse varias veces al día algunas gotas de una disolución concentrada de atropina con la que se ponían más de manifiesto las numerosas y fuertes adherencias que existían; la agudeza visual estaba tan disminuída que la enferma apenas podía contar los dedos á medio metro de distancia; la tensión disminuída algunos días parecía normal otros.

Se prescribió el ioduro potásico y el sublimado corrosivo en píldoras, fricciones á la sien y mitad izquierda de la frente con el unguento mercurial é instilaciones de atropina. Más tarde, se hicieron algunas inyecciones de pilocarpina y á temporadas se colocó un vendaje ligeramente compresivo y se aconsejó la permanencia en cama en decúbito dorsal, sin abandonar nunca la atropina.

Algunos días pudimos iluminar el fondo del ojo y percibir, aunque poco, por algún punto el color rojo de éste, prueba indudable de que se reducía en parte el desprendimiento, sin embargo la visión continuaba en el mismo estado. A principios del año 1899 practicamos inyecciones sub-conjuntivales de sublimado sin ningún resultado.

A mediados del mismo año nos dijo la enferma que empezaba á observar los mismos fenómenos en el ojo derecho que observó al iniciarse la afección del izquierdo. Tres días después la agudeza visual disminuyó á $\frac{5}{30}$. Al princio cuando se quejó de ver moscas volantes, nada se pudo apreciar con el oftalmoscopio, el ojo conservaba su aspecto completamente normal y la pupila reaccionaba bien á la luz dilatán-

dose al máximum después de la instilación de dos ó tres gotas de una disolución ténue de atropina. Cuando la agudeza visual empezó á disminuir, la que descendió en términos de reducirse á $\frac{1}{50}$, vimos iniciado el desprendimiento en la parte superior de la retina y estrechado el campo visual; la tensión permaneció siempre normal. En este estado aconsejamos las fricciones generales con el unguento mercurial, que produjeron una estomatitis apesar de las precauciones que la hicimos tomar; para evitarla, localmente se hicieron inyecciones sub-conjuntivales de sublimado, y algún día, de cloruro de sodio y de agua de mar. Un día vino la enferma muy contenta á la consulta porque empezaba á ver, efectivamente comprobamos $V = \frac{1}{20}$ pero el aspecto del fondo del ojo no había variado y el estrechamiento del campo visual era el mismo. En los días sucesivos hubo sus alternativas de mejoría y peoría. Cuando la enferma dejó de venir á la consulta su estado era $V = \frac{5}{15}$ con cristales de + 1,50 D. y con + 3 podía leer con alguna dificultad el número 3 de la escala de Wecker. Los días que no venía á la consulta continuaba tomando el ioduro potásico y el sublimado.

El día 22 de octubre de 1901 se presenta de nuevo y vemos que la visión es de $\frac{5}{10}$ sin auxilio de cristales convexos que empeoran hoy la visión; con + 3 D. lee aunque con alguna dificultad el número 1 de la escala de Wecker; el campo visual está muy ligeramente estrechado hacia la parte externa; el sentido cromático normal, y con el oftalmoscopio apenas si se vé alguna estría fina grisácea y borrosa en la retina.

OBSERVACIÓN 4.ª

El 17 de febrero de 1902 se presentó á la consulta Gregorio Prieto, de 52 años, natural de Villavendimio, Zamora. Hacía 6 años le vió mi cuñado, diagnosticando la afección de desprendimiento de la retina, juicio formado también después por uno de nuestros colegas madrileños. Desde aquella época venía sufriendo, á temporadas, del ojo derecho. Cuando se presentó á la consulta lo hizo obligado por la inflamación y dolores que sufría en el mismo ojo, y por observar con el izquierdo que le ofendía la luz; éste nada presentaba de anormal ni exterior ni interiormente, la pupila obedeció bien á una instilación de atropina que le hice para facilitar la exploración del fondo; la agudeza, el campo visual y el sentido cromático eran normales.

En el ojo derecho no pude ver el estado de las membranas internas, por estar la pupila completamente ocluída: padecía una agudización de su antigua irido-coroiditis. Completamente perdido este ojo y temiendo una oftalmia simpática, propuse la enucleación que se practicó al día siguiente. A las 48 horas, el enfermo, muy contento, me dice que resiste mejor la luz, pero á los seis días tiene que venir á la consulta cogido del brazo de su mujer, por haberse quedado completamente ciego. Con el oftalmoscopio veo un desprendimiento total de la retina. Prescribo en el momento fricciones de unguento mercurial con lanolina y empiezo á practicar inyecciones sub-cutáneas de pilocarpina.

El enfermo marcha bastante aliviado á su pueblo, pero vuelve al cabo de siete meses con el mismo desprendimiento, fenómenos crónicos de irido-coroiditis y con un grado de visión que no le permite guiarse solo.

OBSERVACIÓN 5.^a

Manuel Agra Gonzalez, de 24 años, labrador, de Pantiñobre (Coruña), se presentó á mi consulta el 1.º de julio de 1899. Con objeto de ampliar los antecedentes recogidos en el libro de observaciones y poder publicar ésta con más detalles, escribí al enfermo que me contestó diciendo: «En el mes de abril de este año empecé á padecer grandes dolores de cabeza, particularmente del lado del ojo enfermo, luego se me fué quitando la vista poco á poco, concluyendo por quedarme completamente ciego como V. sabe (se refiere al ojo izquierdo que era el enfermo). No sé á qué atribuir mi enfermedad, estuve en la guerra de Cuba, allí pasé muchas calamidades, muchas veces llevaba la ropa á cuestras completamente mojada, dormía al rocío y tuve calenturas.»

En la actualidad su estado general es bueno. A simple vista se ve la pupila contraída é irregular que apenas se dilata un poquito hácia la parte superior, después de instilar tres ó cuatro veces algunas gotas de una solución fuerte de atropina; para ver y poder contar los dedos tiene que aproximar la mano á medio metro del ojo; la tensión es normal ó muy poco reducida; el desprendimiento parece completo por no poderse iluminar bien todo el fondo del ojo.

Dispuse instilaciones de atropina repetidas varias veces al día y fricciones generales con el unguento mercurial; 15 días después practiqué una iridectomía seccionando una buena parte del iris.

El 28 de julio marcha el enfermo á su casa con un pequeño alivio; el desprendimiento se ve algo mejor con el oftalmoscopio y la visión es de $\frac{1}{40}$. El 7 de agosto del mismo año me escribe para que le aconseje lo que ha de seguir haciendo

y dice: «Ya veo del ojo, no bien, pero sí tengo media vista y puedo decir que cada día me va mejor». El 17 de Agosto recibo una nueva carta en la que da cuenta de su estado en estos términos: «La nubecilla va subiendo arriba, y la niña del ojo se va redondeando y despejando; poco á poco voy viendo más».

El enfermo continúa alguna que otra vez con las fricciones mercuriales y toma el ioduro potásico.

OBSERVACIÓN 6.^a

Fr. José María Cabanelas, de 56 años, residente en el Convento de PP. Franciscanos de Lugo, se presenta á la consulta en el mes de julio de 1898.

Es miope de 11 D.

«Nunca, dice el enfermo, he tenido enfermedad grave, sólo dolores de estómago que me han molestado muchos años. Empezó mi enfermedad del ojo derecho el 31 de mayo de 1898 y creo que la causa fué una caída que sufrí 15 días antes que no me produjo más que una pequeña rozadura en una pierna. Empecé notando una gran oscuridad como una sombra negra al lado derecho y á los tres días ya no veía ni una letra».

Con el oftalmoscopio ví además de un extenso desprendimiento de la retina, algunas opacidades movibles en el humor vítreo. Como el enfermo no podía permanecer á mi lado, dispuse, sólo, que hiciese uso del ioduro de potasio, píldoras de sublimado y píldoras de áloes.

El 8 de agosto me escribe diciendo: «Veo los objetos con aquella claridad que los veía antes, sino como si les mirase á través de unos anteojos muy ahumados; veo además los objetos prolongados y deformes. El color azul claro le veo

verde, y el amarillo, avinado; leo mejor el encabezamiento de los periódicos á simple vista que con los cristales cóncavos que antes usaba; la letra más menuda no la leo porque desaparecen las letras y vuelven á presentarse lo mismo que otros objetos que les veo en el primer momento, que se deforman enseguida. Apesar de todo esto que acabo de manifestarle acerca de mi ojo derecho, no es una vista que me sea útil para las necesidades de la vida; sin embargo he notado una diferencia grande, porque antes hubo días que no distinguía la luz de una vela, mientras que ahora, gracias á Dios, veo la luz y la vela, luego hay mejoría.» En contestación á esta carta, aconsejé al enfermo continuara con el mismo tratamiento y en el mismo mes me notifica nuevamente que sigue mejorando.

El 4 de julio de 1899 á petición mía me escribe y dice: «Deseaba visitarle para que á la vez me examinara el ojo que aunque, por la misericordia de Dios, muy mejorado, sin embargo aun no veo de él con aquella claridad y fijeza de antes». Algunos días después tuve ocasión de ver al enfermo que se expresó del modo siguiente: «Continúan aquellos cuerpos flotantes que V. observaba en el cuerpo vítreo que me impiden ver con toda claridad. Leo aunque sea letra muy pequeña y escribo pero como quien tiene media vista y los objetos más achicados que lo natural y con ondulaciones; en los colores persiste alguna perturbación, el color azul le veo casi verde, el amarillo color de naranja y el verde claro, blanquecino».

Examinada la agudeza visual resultó que era de $\frac{3}{15}$ con cristales de — 9 D. en el ojo del desprendimiento y de $\frac{3}{5}$ con el izquierdo. Con el derecho lee el número 2 de la escala Wecker á 15 centímetros sin auxilio de cristales que empeoran la visión. Con el izquierdo lee el número 1 de la

misma escala, á 25 centímetros con cristales de — 6 D. El campo visual está ligeramente estrechado y en la retina se ven únicamente algunas estrías opacas.

OBSERVACIÓN 7.^a

Francisco Santos Núñez, de 21 años de edad, soltero, de oficio sastre, residente en Benavides (León) se presentó á la consulta el año 1897, pero esta historia data del mes de junio de 1898 que le ví por segunda vez.

No ha tenido más enfermedad que el sarampión en los primeros años de su vida y una herida en la cabeza producida por una pedrada: su estado general es bueno y no aqueja en él la menor alteración. En la retina de ambos ojos tiene un extenso desprendimiento con los síntomas característicos de esta enfermedad sin ninguna particularidad digna de especial mención. El tratamiento á que fué sometido consistió en inyecciones de pilocarpina y el uso al interior del ioduro potásico alternando con el salicilato de sosa.

En Junio de 1898, el enfermo acusa alguna mejoría en la visión del ojo derecho, pero en el izquierdo tiene una catarata blanda que se ha formado completamente en muy poco tiempo; el desprendimiento del ojo derecho parece menos extenso. Recomiendo las fricciones mercuriales y á la sexta tienen que suspenderse por haber provocado una estomatitis. Desde esta época empieza á notarse más la mejoría y cuando le veo por tercera vez en 1899 el enfermo se conduce sólo y puede leer y escribir con relativa facilidad. La visión de lejos es de $\frac{5}{15}$ y con el oftalmoscopio no se vé ya el desprendimiento. Ultimamente el tratamiento ha consistido en las fricciones mercuriales y el ioduro potásico.

Intervención del estado general en las manifestaciones locales

POR EL

DR. D. ISAÍAS BOBO DIEZ

Durante la última etapa del siglo pasado y los pocos años transcurridos de éste, se nota tal cambio en el modo de ser de la medicina, tan diferente la apreciación de la sintomatología de las enfermedades y tan opuesta la interpretación que á estos síntomas se le da, que difícilmente se orienta el médico observador ante el maremagnum y el cambio tan radical que se experimenta, debido en parte, al aislamiento en que se pretende encerrar cada síntoma, haciéndole vivir por cuenta propia y considerándole como independiente de los demás, sin alianza con los que le acompañan y sin dar participación siquiera, al sitio en que se desarrollan. Hay síntoma al que se le da vida propia, ascendiéndole á la categoría de enfermedad, como si él sólo lo fuera todo y no hubiera, ni necesitara de otros que le acompañaran y contribuyeran como él, á constituir la enfermedad.

Antes de dar nombre á una enfermedad, es indispensable reunir con prudencia é independencia de ánimo, todos los síntomas que en cada caso hagan relación y estén al alcance de nuestros medios de exploración. Con todos estos síntomas, á los que se procurará dar valor, interpretándolos con criterio imparcial, se busca la enfermedad que mejor encaje

dentro de aquel molde, y cuando todo sea probable y todo haga suponer una enfermedad ó afección determinada, entonces se le dará nombre.

Para completar un diagnóstico y tener la seguridad de que dominamos el secreto del mal, y para poderle dar el nombre de enfermedad, se hace necesario, no sólo el conocimiento de la *sintomatología*, sino que es indispensable, también el de la *etiología* y la *patogenia*. Sin este trípode; sin el conocimiento exacto de la *causa ocasional* del mal; sin saber las *lesiones* que esta causa produce, unido á los síntomas que de ella se derivan, no es posible, ni nadie pretenderá creer que ha diagnosticado el mal. Si no conoce el agente patógeno que haya podido engendrar aquel cuadro, no podrá decir que conoce la enfermedad y se conformará con describir la afección, puesto que la causa le es, aún, desconocida.

Un canceroso y un tuberculoso nos servirán de ejemplo para lo que aquí nos proponemos demostrar. El canceroso ostenta su pequeña ó grande tumoración, ulcerada ó no, con ó sin aspecto caquético y con todo el cortejo de síntomas que hace bien ostensible el mal y del que no queda duda respecto al diagnóstico, aún al clínico menos avisado; pero no puede pasar de ahí. Cuantas veces intenta conocer la causa productora de aquel neoplasma; cuantas veces indague el agente patógeno originario de aquel cuadro morboso, que ante su vista se presenta, otras tantas verá defraudadas sus esperanzas, pues, hasta ahora, nadie ha tenido la fortuna de hallar la causa de tales afecciones, y digo fortuna, porque así tendríamos, por lo menos, la esperanza de poder encontrar algún día la anticausa, consiguiendo con ella aminorar ó extinguir esta terrible dolencia, que mata sin piedad, teniendo que permanecer, poco menos que cruzados de brazos,

ante tamaña desgracia, por falta de remedios heróicos, de que en absoluto carecemos. Pues bien; ese individuo, á quien hemos diagnosticado de canceroso, no podemos decir que su *enfermedad* sea un cáncer, sino que su *afección* sea un cáncer ¿por qué? porque no conocemos cómo, ni porqué se formó aquello; no conocemos la causa originaria que le ha de dar nombre.

Este otro individuo con manifestaciones tuberculosas, en uno ó varios órganos y con sintomatología más ó menos definida, ya le podemos decir que su enfermedad es la tuberculosis, por que sabemos que allí está el bacilo específico causante del proceso fimatógeno, que sea de la intensidad y en el sitio que quiera, siempre está sujeto á la causa productora, perfectamente estudiada y definida hoy, así como la patogenia que allí se desarrolla. Ahí está, pues, la diferencia fundamental, entre la enfermedad y la afección, tan confundidas en algunas ocasiones, hasta el punto de hacerlas sinónimas.

Análogas conclusiones inferimos de las fiebres, á las que algún día llamaban enfermedades, siendo solamente síntomas de algo, que se podrá conocer ó no, pero que siempre existe y sin lo cual no habría fiebre: ésta no será más que un síntoma, pues hoy afortunadamente, ya casi nadie admite las fiebres esenciales.

«Las dispepsias—dice Huchard—deben ser borradas del cuadro nosológico, por que no son más que un síntoma». Nosotros no restringimos tanto su significación, puesto que la dispepsia tiene sus síntomas, pero sí diremos que es una afección, porque, muchas veces, desconocemos la causa y en caso de ser conocida, ésta le sirve de apellido: Así decimos, dispepsia gotosa, urémica, litiásica, clorótica, tuberculosa,

sifilítica, alcohólica, nicotínica, etc., etc.: Por esta razón no empleamos en tales casos medicamentos anti-dispépticos, sino medicación anti-dispéptica, porque á través del síntoma ó de la afección se trasluce la enfermedad que los origina.

De igual manera que la dispepsia no es siempre exclusivamente enfermedad del estómago, tampoco las pneumonías lo son del pulmón, las pleuresías de la pleura, ni las endocarditis son simplemente inflamación del endocardio. Esto nos enseña á buscar la causa más allá del sitio de la lesión, combatiendo antes el estado general, puesto que lo local está, con frecuencia supeditado por aquél.

Esta manera de discurrir, en lo que á la enfermedad se refiere, nos mueve á reflexionar sobre las corrientes que hoy imperan, en cuanto á las localizaciones de las mismas.

Comunmente se habla de enfermedades de la piel, de las mucosas, de los huesos y hasta de los órganos internos, no siendo los que menos, el corazón y los pulmones, sin olvidar otros más ó menos interesados. De estos diferentes grupos nacen los estudios médicos, que con el nombre de especialidades, se amplían los conocimientos en lo que á cada uno de aquellos ramos del saber se dedican, haciendo vastísimo é interesante el conjunto de medios diagnósticos, tan perfeccionados y bien entendidos, como el de los remedios de que disponen en cada caso particular.

Es de admirar esta gran labor basada en el constante estudio del hombre de ciencia, que consagra su vida intelectual exclusivamente á hacer bien á la humanidad, á costa de desvelos y trabajo.

Dentro del estudio de las especialidades, hay dos doctrinas diametralmente opuestas, que analizaremos con algún detenimiento.

Si nos remontamos á la historia de los tiempos médicos, nos encontramos ya en el siglo I, un tratado del célebre gaditano Columela, en que trata de mano maestra, el medio de curar todas las enfermedades *purificando* la sangre con baños fríos, cuya aplicación hacía extensiva á todos los enfermos, pues creía que *todos*, absolutamente todos los males procedían de algo en la sangre, que hacía purgar por aquel medio.

De todos es bien conocida la teoría humoral y más tarde la nigromántica ó espiritista, que por tantos siglos predominó.

Todas estas escuelas que tan bien defendidas fueron por las eminencias médicas de cada época, se estrellaron ante los que no reconociendo importancia alguna á la sangre, á los humores, ni al espíritu, sólo veían la lesión «*loco dolenti*», sin preocuparles para nada lo que no fuera local y lo que no vieran y palparan por sus propios sentidos. Para éstos, todo el tratamiento era local empleando ungüentos, pomadas, afusiones, baños locales y todo cuanto tendiera á curar la parte afecta, prescindiendo del resto del organismo.

Estas dos escuelas que tan encontradas estaban; que tan opuestos eran los procedimientos de tratar las enfermedades, no han variado, y aunque procurando compaginarlas y queriendo tomar de ambas lo bueno que en ellas creen encontrar, en el fondo las divergencias existen, y bien podemos asegurar, que en poco ó nada hemos cambiado, continuando los dos bandos encastillados en sus respectivos puestos, sin ceder ninguno de ellos un átomo en su entusiasmo por la doctrina que defienden.

Claro está, que desde que los conocimientos bacteriológicos han venido á demostrarnos, con abrumadoras puebas, la causa de muchas enfermedades que antes desconocíamos,

y la química con sus adelantos, cada vez más hermosos y admirables, nos ha hecho conocer las reacciones vitales que tienen lugar en nuestro organismo, tanto en los períodos fisiológicos como en los de anormalidad funcional, la teoría localizadora ha perdido mucho terreno, aunque todavía sea muy defendida con sólida argumentación por sus partidarios.

El hecho de ser conocidas, en su origen, muchas enfermedades hasta hace poco ignoradas, y cuyo descubrimiento se debe á los reactivos y al microscopio, fortifica aun más la teoría opuesta á la de los localicistas, pues hace suponer, no sin motivo, que en su día, y á medida que se perfeccionen los medios de exploración, se irán descubriendo otras enfermedades, cuyo origen hasta hoy permanece ignorado.

Antes de descubrirse el agente patógeno de la tuberculosis, de la erisipela, difteria, pneumonia, y en fin, de todas las enfermedades infecciosas que hoy no son tan conocidas, la mayoría de los recursos, sino todos, iban dirigidos á tratar el mal allí donde se hacía ostensible, dando, de preferencia, medicamentos que obraran, ó se creían ver obrar, sobre el pulmón si este era el sitio de la tuberculosis ó aplicaciones locales, según el sitio donde residiese el mal; fomentos ú otros medios análogos, sobre el sitio erisipelado; gargarismos y tópicos, sobre la faringe ó la laringe del diftérico, y revulsivos, más ó menos enérgicos, en los casos de pulmonía. Rarísima vez se hacía uso de remedios de acción general, ya fuera derivando ó eliminando elementos nocivos de la sangre, cuyo fin fuera coadyuvar al tratamiento general.

Hoy que estamos perfectamente de acuerdo, en cuanto á las infecciones ó enfermedades infecciosas bien definidas, hacemos preferente uso de los medios que tienen por fin descargar al organismo de aquellos humores que pueden

impurificar su sangre, que como vehículo de todos los elementos que por ella circulan, pudieran ser el origen de nuevas invasiones ó el sostén de las ya originadas, á la vez que impidiendo la normalidad del metabolismo nutritivo.

Lo primero que le preocupa al médico práctico al hacerse cargo del enfermo, es pensar en cómo se han de abrir vías de eliminación á los productos que allí se desarrollan, y propone purgantes, diaforéticos, diuréticos y cuantos medios cree indicados para favorecer la expoliación, que si no sostiene, por lo menos ayuda á sostener la infección, por la falta de eliminación de las toxinas que en aquel organismo se están desarrollando.

Los que piensan de manera opuesta; los que creen ver en el sitio del mal toda la enfermedad, no dan participación alguna al organismo, prescinden del terreno en que aquel proceso tiene lugar y hasta niegan la predisposición individual, ó por lo menos la relegan á segundo término. Para éstos las manifestaciones locales son el todo y á ellas dirigen sus esfuerzos para dominarlas, no emplean más que los remedios que obran directamente sobre la lesión.

Siendo la tuberculosis una de las enfermedades que se manifiestan de más diversas formas, tanto por el sitio que afectan, como por el cortejo de síntomas tan diferentes y complejos que presentan, ya que desgraciadamente es la plaga más terrible que sufre la humanidad, á ella vamos á referirnos, sirviéndonos de ejemplo, como pudiéramos hacerlo de otra cualquiera.

La tuberculosis más común y frecuente es la pulmonar, pero otras veces la localización es en sitios más apartados de este órgano y busca como sitio de predilección los huesos, la piel, las mucosas, etc., etc. En cualquiera de estos sitios,

donde el proceso tiene lugar, allí ponemos en acción la terapéutica, siempre atendiendo y sirviéndonos de base, la lesión localizada, como principio y fin de aquel cuadro morboso que presenciemos.

Vemos con harta frecuencia manifestaciones tuberculosas ó pretuberculosas en los músculos y ganglios, que nos indican la crisis del individuo que es portador de ellas, que si bien residen en determinado lugar del organismo, es todo él, el que padece y sostiene aquel estado, que con sus alteraciones, en la mucosa ó en el ganglio, les ha hecho asiento del mal. Se ha verificado un paréntesis para no proseguir invadiendo el organismo. Es una especie de barrera que le defiende de la invasión general. Es allí donde se está librando una verdadera batalla, en la que, casi siempre domina el fagocitismo, destruyendo á la fuerza enemiga, que en forma de agentes patógenos intenta invadirlo y avasallar todo. Esta lucha se hace á expensas de la sangre, tanto más probable el triunfo, cuanto más vigorosos y numerosos son.

Es un hecho cierto é indiscutible—dice el Dr. J. Lavin, comentando la teoría unitaria é individualista del Dr. Letamendi—que la vida humana es la resultante dinámica de la energía individual, actuando en función constante con las energías cósmicas.

Es igualmente cierto, que cuando las acciones dinámicas que emanan del Cosmos funcionan en perfecto equilibrio con las que emanan del individuo, se invierten en lo que llamamos salud. Y que cuando se desequilibran estas mismas acciones, se convierten en enfermedad».

Claro es que siendo esto así, como lo es, nuestro empeño debe consistir en reconvertir acciones en salud, procediendo á restablecer y afirmar el equilibrio funcional perdido.

Cuando á un individuo gravemente herido le despojamos de sus vestiduras, le sometemos á la acción directa del aire y del sol, le envolvemos en una atmósfera de polvo acuoso, y al mismo tiempo establecemos á través de todo su cuerpo una intensa y continuada corriente de calor radiante, en condiciones adecuadas para elevar al grado máximo de actividad y de equilibrio los tres actos funcionales más esenciales del organismo humano, (absorción, generación ó asimilación é irradiación individual del calor), el alivio del paciente es instantáneo, y el tanto de curación posible, relativamente rápido. Es decir, que en la purificación de la sangre y de los humores y en el empleo de los agentes cósmicos influenciando las funciones vitales, estimulando los tratamientos y beneficiando todos los estados patológicos sean más ó menos extensivas las lesiones ó afecciones que ante nuestros ojos á primera vista se presentan.

Es, por tanto, indispensable atender al estado general, aunque la lesión sea local. Por algo dice Huchard «que el ejército fagocitario tiene su cuartel general en la sangre».

El tratamiento directo sobre la lesión ó afección, cuando ésta depende de algo que existe en toda la economía, origina consecuencias, que á la larga perjudican más al enfermo, que la inactividad y el tratamiento pasivo ó meramente sugestivo, sin actuar directa y activamente.

Conociendo el gran poder curativo del organismo, que espontáneamente y con su «reacción orgánica» hace frente lucha, se defiende y triunfa, la mayoría de las veces de las invasiones patógenas, no es difícil comprender cuán beneficiosa resulta la labor del médico haciendo de meró espectador, permaneciendo con los brazos cruzados, ante el proceso que vemos desarrollarse á nuestra vista, sin más auxilio, por

nuestra parte, que entonar las fuerzas del enfermo, vigorizar aquel organismo, que por su cuenta ha de sostener la lucha contra toda invasión.

Claro está que tal conducta la observaremos siempre que al pretender intervenir directamente, nos encontremos con el obstáculo de no conocer la causa productora de aquella afección, y como en la mente de todos está ó debe imperar el pensamiento de no atacar más que las causas de las enfermedades, cuando éstas se desconocen nos contentamos con ayudar indirectamente al organismo, pero jamás se nos ocurrirá, salvo rarísimas excepciones que se limitarán á cuando hay que llenar indicaciones vitales, combatir síntomas que perjudican y dificultan el proceso curativo.

Esto mismo escribía yo hace unos cuantos años con motivo de un acto oficial «así como las causas y las lesiones son las fuentes de las indicaciones, los síntomas lo son de las contraindicaciones», significando así lo erróneo de atacar los síntomas, cuando la mayoría de las veces el efecto conseguido es contraproducente para el paciente y de retraso é inutilidad, si no de perjuicio, para el curso normal y favorable de la enfermedad.

El resultado de estas intervenciones intempestivas, confirma más aquel aforismo antiguo de «primum non nocere» que tanta verdad encierra y que jamás debe desaparecer del pensamiento del médico á la cabecera del enfermo.

Esta conducta humanitaria de la que nunca se ponderarán bastante lo hermoso de sus resultados prácticos, debe prevalecer también cuando se trate de combatir la afección local prescindiendo del estado general.

(Se continuará).

EHRLICH-HATA "606,"

NUEVO TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

POR EL

DR. FELIX DOMINGO CALVO

Especialista en enfermedades de la piel,
venéreas y sifilíticas.

Hemos aplicado el «606» á algunos enfermos de nuestra clínica y no hemos podido evitar la sorpresa producida por las primeras observaciones apesar del cuidadoso estudio que veníamos haciendo del arseno-benzol, en las muchas conferencias y artículos leídos en revistas médicas.

Acostumbrados á la frialdad de la Clínica no pudo encarnar en nosotros el optimismo exagerado de los primeros trabajos publicados; nos propusimos quedar en esa situación crítica de observación sincera quitando de las notas clínicas y juicios emitidos, todo aquello que pudiera entusiasmar al lector, y hemos venido á retocar la imagen sugerida en nuestras lecturas, con la impresión pura de la experiencia.

La acción sobre-natural del arseno-benzol ha desaparecido. Hemos vivido la borrasca natural de un descubrimiento, pero es necesario colocar las cosas en su justo lugar. Sabemos bien, que no todos han de aventurarse á aplicar el «606» por

la misma razón, y no existe otra más fundamentada, que aquella por la que los más no estamos decididos á operar un quiste del hígado ó un tumor del ovario.

Son estos, procedimientos de habilidad adquirida en la práctica diaria, y que sólo un buen cirujano ó un médico educado en la técnica de inyecciones, deben ejecutar pero ¿significa ello algo contrario á la medicina práctica, como algunos quieren?

En este sentido es como debemos ver el nuevo descubrimiento, y conforme á esta manera de pensar daremos á conocer unos cuantos casos para que el lector forme el juicio conveniente del valor terapéutico del Ehrlich-Hata.

OBSERVACIÓN 1.^a

O. D. de 23 años de edad, soltero, Valladolid.

A últimos de febrero 1910, apareció el chancro sifilítico en el surco balano-prepucial. Inmediatamente hizo una cura mercurial de 6 inyecciones. Al finalizar esta cura, aparecen las placas en la garganta y poco después siflides costrosas de la piel, en muy pequeño número, pero con caracteres de rupia.

Cuando empezó la segunda cura de aceite gris, á los dos meses de la primera, las placas invaden la lengua (bordes) y labios. Todas las lesiones persisten durante y después de esta cura, llegando hasta la tercera que empieza á últimos de noviembre.

Llevaba puestas tres inyecciones de aceite gris Lafay (tercera cura) siendo interrumpida la cuarta inyección por aplicar el «606» en su lugar, el día 21 de diciembre. La inyección fué intramuscular.

Entonces el enfermo tenía las mismas sífilides de la piel, que nunca desaparecieron; una en la nalga izquierda; dos en el codo izquierdo, muy próximas una á otra; círculo costroso de la raíz de la nariz, abarcando la cabeza de la ceja izquierda, y extendiéndose por ella la rama superior, la rama inferior terminaba por delante del ángulo interno del ojo; en el surco naso labial izquierdo y labio superior del mismo lado; en las dos orejas (helix y conchas, borde anterior del lóbulo). Placas mucosas del labio inferior (dos), comisura labial derecha y en los pilares. Placas de la cara superior de la lengua en campo segado.

A los tres días de la inyección apenas si se notaba otra cosa en las lesiones que la desaparición del dolor y de la placa en forma de grieta de la comisura labial derecha. En los días sucesivos se apreció algo de desecación de las sífilides costrosas, pero con tan poca intensidad que no tiene valor positivo.

La cantidad de Salvarsán inyectada fué pequeña, de 0,25 centigramos solamente, y en vista de ello, y de las impacencias naturales del enfermo, (más avergonzado que antes de recibir el «606») que no consentía por más tiempo la observación, se le aplicó otra inyección intramuscular (lado contrario) de algo más de 0,50 centigramos el 30 de diciembre. Habían, pues, transcurrido nueve días.

A los tres días los efectos fueron mucho más marcados; así continuó los siguientes, no teniendo el día 8 de enero de 1911 (á los 18 días de la primera inyección) ninguna sífilide, ni de las mucosas ni de la piel, considerando al enfermo como curado, aparentemente.

OBSERVACIÓN 2.^a

G. G. 28 años, soltero, Valladolid.

En octubre de 1909 aparece el chancro y á continuación manchas en la piel. En junio de 1910 (día 19) veo por primera vez á este enfermo, que se queja de dolor de cabeza por la noche, y grandes molestias en la garganta. Su estado general no es malo.

Existe el endurecimiento del chancro, en el surco balano prepuccial; infartos ganglionares (específicos) de todas las regiones; placas mucosas ulceradas de los pilares del velo, en la úvula, lengua (bordes, cara superior) y labios y carrillo derecho; una muy extensa por detrás de la comisura labial, y por delante del hueco retro-molar otra. Algo de estomatitis.

Hizo el tratamiento local adecuado y una cura de aceite gris Lafay (6 inyecciones) que termina el 24 de julio 1910. Vuelve el 28 de agosto con sus placas, haciendo otra cura mercurial suspendida en 12 de septiembre, porque las placas aumentaban con el mercurio. Se presenta nuevamente el 28 de septiembre, siendo imposible continuarla por el estado de aquella boca. Se le aconseja limpieza. Un dentista arregla la boca; emplea enjuagatorios astringentes, se le tocan las placas con nitrato de plata (solución $\frac{1}{10}$) y en diciembre, día 26, que recibió una inyección de Salvarsán, de más de 40 centigramos, seguía lo mismo. La inyección fué intramuscular repartida en las dos nalgas.

Al siguiente día, las placas se ven enrojecidas; los bordes y punta de la lengua es una faja roja de escarlata; el enfermo dice que le molestan más que nunca. El segundo día ha disminuído la coloración y la mucosa bucal tiene un tinte

más rosado, disminuyendo los síntomas del catarro bucal, en el crónico desde la infección sifilítica. El tercer día se ve una cicatrización rápida de la placa extensísima del carrillo derecho próxima á la comisura de los labios. El cuarto día una placa pequeña, cubierta de película blanca, situada en el borde derecho de la lengua ha desaparecido, quedando en su lugar una mancha morada. En los días sucesivos continúa mejorando de todas las lesiones; el enfermo come bien, no tiene molestias y continúa, como siempre, fumando.

El día 8 de enero 1911 vuelve á la consulta, siendo su estado verdaderamente satisfactorio, puesto que las molestias de la boca y todas sus placas han desaparecido, excepto una en forma de grieta que tiene en el borde derecho de la lengua en su parte posterior. Todos los ganglios han disminuído de volumen y en alguna región es difícilísimo encontrarles.

OBSERVACIÓN 3.^a

C. de la C. 30 años de edad, soltero, Valladolid.

Hace dos años tuvo el chancro y placas en la boca. Desde esta fecha no ha hecho otro tratamiento (según el enfermo) más que el de 15 inyecciones de aceite gris, no viéndose nunca libre de algunas sifilides, precisamente en las mucosas.

Existen placas mucosas de los labios, lengua (bordes y punta) y pilares del velo del paladar. En el surco balano-prepucial una lesión redonda, rezumante, rojo-oscuro, escavada, del tamaño de un céntimo con endurecimiento cartilaginoso. El enfermo dice que es el antiguo chancro nuevamente abierto. Al lado derecho otra lesión algo más

pequeña, pero con los mismos signos físicos anteriormente descritos. Al izquierdo y ya en el glande lesión ulcerosa algo profunda, de fondo blanquecino y bordes gruesos, del tamaño de una lenteja próximamente. Infartos ganglionares específicos en todas las regiones. En las ingles muy voluminosos y duros, que últimamente se han hecho dolorosos al andar.

Inyección del 606, próximamente 0,50 centígramos, el día 28 de diciembre 1910. El día 31 la pequeña lesión del glande ha cicatrizado, las otras dos del surco balano-prepuccial se han modificado en el sentido de mejoría; las placas de la boca y los infartos ganglionares lo mismo; fuerte dolor en los ganglios de las ingles.

En los días sucesivos sigue la mejoría de las lesiones chancrosas, el dolor de los ganglios inguinales desaparece, como así mismo alguna de las placas de la boca. En los días sucesivos mejora notablemente. El volumen de los infartos inguinales ha disminuído en virtud de desaparecer la inflamación de la piel y tejidos que cubren al ganglio, el cual continúa duro y voluminoso sin que al parecer nada se haya modificado. Las placas han desaparecido, las lesiones chancrosas muy disminuídas (1).

OBSERVACIÓN 4.^a

S. E. 32 años, casado, Palencia.

A últimos de julio de 1910 apareció el chancro en la corona del glande. A primeros de septiembre manchas, y placas de la garganta á últimos del mismo mes.

(1) Véase más adelante.

El 16 de octubre veo á este enfermo en la consulta, que exhibe una erupción universal de pápulas rosa sucio fuerte, que invade toda la piel desde las piernas al cuello y nuca.

Placas exulcerosas que ocupan todo el itmo. Su voz es ronca. Caída de pelo discreta.

Infartos ganglionares de todas las regiones.

Hace una cura mercurial de cuatro inyecciones de aceite gris Lafay terminada el 6 de noviembre.

Vuelve á la consulta el 28 de diciembre y cuenta no haber hecho más tratamiento, justificándose con disculpas más ó menos aceptables.

Este hombre, apesar de ser fuerte, se encuentra demacrado, sin cejas y apenas sin pelo. Su cuero cabelludo está cubierto por una capa gruesa de *caspa*, que da la impresión de haberle cubierto la cabeza de salvados. Arranca ferozmente con sus uñas los decolorados y feos pelos, para demostrar como se caen, arrastrando al mismo tiempo cantidades enormes de esos elementos de descamación. Esto le tiene grandemente preocupado, llegando á la manía.

En el cuerpo las pápulas primeras, han sido sustituídas por esas síflides circinadas cuyos círculos están formados por papulitas pequeñas del tamaño de una cabeza de alfiler, de color rojo cobre. En algunos sitios se las vé formando grupos que desde alguna distancia dan la impresión de manchas pardo rojizas, lo cual me ha llamado la atención.

Continúan los infartos ganglionares de todas las regiones. }

Las amígdalas inflamadas; los pilares, velo y úvula todo es una misma llaga, como dice el enfermo. Su voz es gruesa y ronca.

29 diciembre; inyección de Salvarsán algo más de 0'50 centigramos. La misma tarde hace el viaje á Palencia. A los tres días recibo carta en la que me dice, *habla claro, y le duele mucho la inyección.*

El día 8 de enero 1911 se presenta en la consulta. El dolor de la inyección desapareció hace dos días. La voz es clara. Las sifilides de la garganta pueden darse como curadas, tal es su estado de mejoría. El pelo ya no se cae y la *caspa* ha disminuído enormemente. De la piel han desaparecido casi por completo las sifilides, circinadas, quedan algunas, y los círculos, en vez de estar formados por pápulas, éstas han sido sustituídas por depresiones en forma de cazuelita, del tamaño que las anteriores tenían y del mismo color.

Persisten los infartos ganglionares.

*
* *

El lector habrá observado hemos pasado por alto los síntomas locales y generales provocados por la aplicación de la inyección de Salvarsán, hecho deliberado al empezar el trabajo, con el fin de aprovechar para su estudio los 16 casos que hasta ahora llevamos tratados, y cuyas historias clínicas, que ponemos desde luego á disposición de nuestros compañeros, dado el objeto que nos proponemos no existe motivo ni fundamento alguno para presentarlas.

Nuestras inyecciones, como ya hemos dicho alguna vez, son intramusculares. El líquido inyectado es una suspensión del Salvarsán en 10 c.c. de agua destilada. Para esto se mezcla el «606» con unas cuantas gotas, proporcionalmente á la cantidad de Salvarsán, de sosa cáustica en solución

esterilizada al 15 por 100 haciendo un barro amarillo. A continuación se va echando por pequeñas porciones el agua destilada.

Ya no nos preocupamos gran cosa de si la suspensión está ácida ó alcalina, porque estas dos maneras de reacción parece que no tienen gran importancia, aparte de que estando bien hecha la suspensión, lo cual depende de la cantidad de sosa, tenemos la seguridad de que siempre es neutra.

Este modo de hacer indica cómo la cantidad de arseno-benzol inyectado no podemos calificarla más que de aproximada.

El dolor, en general, podemos decir, teniendo en cuenta nuestras experiencias, que es muy atenuado.

Los enfermos experimentan más bien sensación de peso, molestias mayores ó menores en la región inyectada, que empiezan inmediatamente á la inyección y duran algunas horas (6 á 10) desapareciendo cuando el enfermo es dócil y tiene quietud en la cama.

Ponemos la inyección en nuestra *consulta* y los enfermos marchan por su pie á casa, acostándose inmediatamente. A las tres ó cuatro horas de puesta la inyección les visitamos, observando sólo en dos enfermos las temperaturas de $37^{\circ} 7$ y $37^{\circ} 4$. El primero de estos enfermos que se sentía muy valiente cuando recibió el arseno-benzol, apenas había bajado la escalera cuando experimentó un escalofrío fuertísimo que le hizo llegar tiritando á casa. Vivía cerca de nosotros; de otro modo, nos dice el enfermo, no hubiera llegado. Ya acostado se presentó un calor intenso. Cuando le vimos, dos horas después, estaba tranquilo y con los $37^{\circ} 7$ grados de temperatura.

Tenía dolor bastante intenso en la región glútea, punto de la inyección, que duró toda la noche. Al día siguiente había calmado.

Al tercer día se levantó, el dolor era más bien una molestia: salió á la calle, no tuvo que hacer más cama, desapareciendo todo en tres días más, marchando á París. Continúa sin novedad, conforme carta recibida.

El segundo que es el enfermo de la *Observación 3.^a* á las cuatro horas de la inyección tenía la temperatura ya dicha de 37°, 4, y también experimentaba dolor medianamente intenso en la región glútea. Por la noche cedió y durmió tranquilamente levantándose á las doce del día siguiente. Como se encontraba bien, se fué de paseo á tomar el sol andando una gran distancia, pasando el resto de la tarde, hasta las nueve de la noche, en el café. Cuando se levantó para ir á casa no podía ponerse derecho. Dolía el lugar de la inyección y los ganglios de las ingles se pusieron dolorosos y aumentados de volumen. Al día siguiente (3.º) vi al enfermo levantado, pero en ese estado indescriptible de malestar que no saben de qué quejarse. El cuarto día continuaba igual. Al otro fué á la consulta algo mejorado, pero no bien por completo. A los pocos días todo había desaparecido y el día 7 de enero cuenta que para ayudar á la cicatrización, ya muy adelantada, de las lesiones chancrosas las tocó con tintura de iodo, poniéndose al otro día peores, y los infartos, ya muy disminuídos de tamaño, enormemente voluminosos, como nunca los había tenido.

Y por último, no citaré, respecto al dolor más que un caso, el cual el día antes de aplicarse la inyección hizo un viaje de 40 kilómetros en diligencia, permaneciendo en pie hasta las tres de la madrugada; se levanta á las seis de la

mañana, á las tres horas de acostarse, hizo el viaje en tren, de Palencia á Valladolid, poniéndose la inyección á las tres y media de la tarde.

La inyección fué dolorosa inmediatamente puesta. A las nueve de la noche no sabía cual le mortificaba más, si el cansancio de semejante noche, ó el dolor de la inyección. A las doce de la noche se quedó dormido hasta las nueve de la mañana del día siguiente, siendo despertado para tomar el desayuno, quedando dormido otra vez hasta las doce y media del día. Vestido, almorzó, salió al café y á hacer unos encargos marchándose á las siete nuevamente á Palencia. Su dolor fué nulo á partir del gran sueño.

De la fiebre no podemos ocuparnos porque, como ha visto el lector, las dos temperaturas observadas, han sido 37.° 7 y 37.° 4.

Un fenómeno que se presenta desde los dos días que siguen á la inyección, durando próximamente una semana, es el de que los enfermos no duermen bien durante las horas de la noche que tienen por costumbre. El sueño es intranquilo, dando vueltas en la cama, y, sin embargo, al día siguiente no se encuentran fatigados, como era de esperar en relación á la noche pasada.

EL SALVARSAN EN APLICACION INTRAVENOSA

POR EL

DR. RICARDO PÉREZ MINGUEZ

Médico Mayor, Jefe de Clínica en el Hospital Militar de Valladolid,
y especialista en enfermedades de la piel,
venéreas y sifilíticas.

En abril del pasado año comunicó Alt el resultado obtenido en los primeros casos tratados con el «606», y en septiembre último, en el Congreso de Köenisberg, se presentaron observaciones de 12.000 tratados por el mismo cuerpo. Difícil es ya á estas fechas calcular el número de inyectados por el arseno-benzol, pero puede asegurarse que son bastantes miles más, y á pesar de ello no se encuentran en nuestras revistas más que discrepancias, recelos y dudas que impiden ver con claridad meridiana lo que es, lo que vale el nuevo agente, y ofuscando al público médico, la confusión se extiende por el que no lo es, y toda clase de comentarios y fábulas hallan en él eco.

Esto se debe, á mi humilde juicio, á que se han desatado pasiones de todo orden, como ocurre siempre que algo nuevo aparece chocando bruscamente con lo hasta entonces admitido, é impiden interpretar los hechos con la necesaria frialdad, y á que el factor tiempo, sin cuyo concurso no es

dable apreciar lo que á distancia puede ocurrir, pues en rigor sólo conocemos el «606» en el presente, no ha intervenido aún para sedimentar lo que tiene verdadero peso y valor, de lo que es banal y ligero.

Es llegado, pues, el caso de exponer hechos y más hechos, con toda honradez, sin prevención alguna, y sin forzar consecuencias. Esto es lo que en mi reducidísima esfera trato de realizar, sin discutir siquiera la forma mejor de aplicación, por ahora al menos, pues aunque, como es natural, tengo ya sobre ello formada mi opinión, respeto mucho la de los demás, y los resultados que se obtengan serán los que definitivamente se encarguen de demostrar cuál ó cuáles son los mejores, según las circunstancias, etc., etc.

Los enfermos que voy á historiar son militares, gente joven, disciplinada, atendidos en los comienzos de la enfermedad, casi siempre hospitalizados, y en los que es fácil observar bien y apreciar en lo sucesivo lo que pueda ocurrirles; por eso entiendo que son de interés.

Muy en breve dispondremos en este hospital militar, aparte de medios auxiliares de gran valor (ultra-microscopio y laboratorio, para poder realizar cumplidamente la seroreacción de Wassermann), de cantidad de Salvarsán suficiente para multiplicar las observaciones, que prometo comunicar. Lo que voy á exponer de avariósicos inyectados en aquel centro, son ensayos que se hicieron en pequeña escala y con toda premura, utilizando inmediatamente el que apareció á la venta pública, no por el afán sólo de la prioridad, si no también por satisfacer la muy laudable y científica curiosidad sentida por compañeros que deseaban apreciar de *visu* la técnica y resultados de aplicación del preparado de Ehrlich-Hata.

OBSERVACIÓN 1.ª

N. N. de 24 años de edad, carece de antecedentes patológicos importantes. Infección en octubre último, ingresando en el hospital el día 14 de noviembre con un chancro específico en el glande. A fines de dicho mes se le presentó una sífilide papulosa de elementos pequeños, generalizada, principalmente, en el tronco y extremidades superiores, de escasa confluencia y relieve. Se apreciaban poli-adenitis bi-inguinal, axilar y submaxilar poco graduadas. Cefalalgia con exacerbación nocturna.

No se le hizo tratamiento general alguno.

Diciembre, 19.—En esta fecha se aprecian la sífilides papulosa y la poli-adenitis de que se ha hecho referencia. Ligero decaimiento, más bien de origen moral; las lesiones del glande completamente curadas; cefalalgia en igual forma que antes se ha dicho.

Examinadas las grandes cavidades y órgano de la visión, hay normalidad y lo mismo en la orina. Pesa 66 Kg. 500.

Día 20.—Se dispone dieta absoluta hasta que, practicada la inyección y pasada la reacción, puede tomar pequeñas cantidades de leche.

A la una de la tarde se le hizo una inyección intravenosa de 60 centigramos del 606 por el procedimiento de Schreiber sin incidente alguno.

A la una y tres cuartos de la tarde pequeño vómito.

Dos y un cuarto tarde; mareos, cefalalgia, escalofríos violentos.

Seis tarde. Deposición diarreica; otra á las nueve, y momentos después tres deposiciones más. Exantema roseólico generalizado que desapareció á las cuatro horas.

Temperaturas.

Dos tarde..	37'2		Ocho noche.	38'9
Cuatro id.	38'5		Diez id.	37'4
Seis id.	39'8		Doce id.	36'5

Día 21.—Temperatura normal; estado general excelente; desaparición de la cefalalgia, sin aquejar el más pequeño trastorno. Se le dispone alimentación.

Día 22.—Temperatura normal; el enfermo completamente bien; se nota alguna palidez en las lesiones cutáneas.

Día 23.—Más acentuada la decoloración de las antedichas lesiones.

Enero 1911. Día 1.º—Sigue excelente el estado general; la lesión papulosa va borrándose, quedando sólo pigmentaciones. Se pesó al enfermo que ha disminuído un kilo.

Día 8.—Restan sólo ligeras pigmentaciones, y como no existe ninguna otra manifestación de la enfermedad, en este sentido puede considerársele como curada.

OBSERVACIÓN 2.ª

N. N. de 27 años. Como antecedentes patológicos refiere solamente que hará unos cinco años padeció de blenorragia y orquitis.

Chancro inicial en la cara interna del prepucio en abril último, que tardó en curar dos meses. Al fin de esta curación, á principios de junio, empezó á padecer placas en la boca y poco después en el ano, no desapareciendo las primeras totalmente, porque aparecían unas cuando se extinguían las otras. Es fumador. No ha tenido ninguna otra manifestación.

A principios de junio, es decir, cuando aparecieron las placas antedichas, empezó á hacer uso de tratamiento mercurial bastante activo (20 fricciones mercuriales, 15 inyecciones de bi-ioduro hidrargírico y 4 de aceite gris).

Diciembre, 19.—En esta fecha se aprecian placas en la mucosa del labio superior é inferior y comisura labial derecha, erosivas y sumamente profundas las primeras, que estaban recubiertas de una espesa capa lardácea; en el velo palatino, úvula y regiones amigdalinas múltiples siflides mucosas de gran confluencia que dificultan, aunque ligeramente, la deglución. Poliadenitis bi-inguinal, submaxilar y retrocervical. Orina normal y en igual condición las grandes funciones orgánicas. Peso 58 kilos. Estado general bueno.

Día 20.—Se dispone dieta absoluta y luego pequeñas cantidades de leche una vez transcurridos los fenómenos de reacción.

A las doce y media, y por el procedimiento de Schreiber, se le hace inyección intravenosa de 40 centígramos del «606».

Una y media tarde. Cefalalgia, escalofríos y ligero desfallecimiento.

Tres y media tarde. Deposición diarréica, y un cuarto de hora después tres deposiciones más, repitiéndose á las dos de la madrugada.

Temperaturas.

Una treinta tarde. . . .	36'7		Siete noche.	36'3
Tres id.	37'9		Nueve id.	36'3
Cinco id.	37'3		Once id.	35'7

Día 21.—Temperatura normal; buen estado general, y ninguna molestia. Se levantó de la cama é hizo uso de alimentación ordinaria.

Día 22.—Completa normalidad. No siente ya ninguna molestia al deglutir. Las lesiones de muy buen color, y con tendencia regresiva. El enfermo sale del hospital á continuar su servicio.

Día 23.—Muy bien las placas mucosas, en las que apenas existen restos de la espesa capa blancuzca que la recubría; una pequeña placa del labio inferior desapareció. Las del velo y pilares, muy mejoradas.

Día 28.—Pueden considerarse desaparecidas la totalidad de las placas, de las que sólo quedan ligerísimos restos.

Enero, 1911. Día 3.—Totalmente curadas las lesiones buco-guturales. Excelente estado general. Ha aumentado de peso dos y medio kilos.

OBSERVACIÓN 3.^a

N. N. de 28 años, y sin antecedentes patológicos que merezcan especial mención. Chancro duro único en el miembro, á fines de septiembre último y adenitis inguinal derecha. Al finalizar octubre aparición de manchas en distintos puntos del cuerpo. *No hizo tratamiento general alguno.*

Diciembre, 19.—En la fecha presente, placa ulcerada profunda en la amígdala izquierda y una sífilide papulosa generalizada al tronco, extremidades superiores y cara, de gran confluencia, excepto en la última región donde sólo existían elementos aislados. Son éstos de gran tamaño, llegando algunos, por sus proporciones, á constituir verdaderos tubérculos. Buen estado general, y depresión de ánimo por la preocupación que la enfermedad le produce. Nada anormal en el corazón, pulmones y demás grandes vísceras. Visión normal, lo mismo que la orina. Pesó sesenta y uno y medio kilos.

Día 20.—Se dispone dieta absoluta, y leche para después de pasada la reacción.

A las doce de la mañana, próximamente, se le hizo una inyección intravenosa de 45 centigramos de Salvarsán, por igual procedimiento que los anteriores. Terminada la operación se trasladó el enfermo por su pie á su casa, que se hallaba á bastante distancia del hospital, sin que le ocurriera novedad alguna.

Una tarde. Guarda cama y momentos después siente temblor, castañeteo de dientes y escalofríos que le duraron una media hora, ascendiendo entonces la temperatura á 39,6; aqueja ligero dolor de cabeza.

Dos y media idem. El enfermo siente náuseas y tiene dos vómitos; uno de ellos abundante, de materias biliosas.

Tres y media idem. Pulso casi normal de frecuencia. El enfermo no siente molestia alguna.

Cinco y media idem. Baja ya la temperatura; toma con verdadero gusto un vaso de leche.

Siete y media idem. Pulso normal al igual de la temperatura. Continúa esta normalidad toda la noche, que pasa perfectamente.

Temperaturas.

Una y media tarde.	39,6		Cinco y media tarde.	37,1
Tres y media id.	37,7		Siete y media noche.	36,7

Día 21.—Temperatura normal. Experimenta el enfermo sensación de bienestar y deseo de dejar la cama. Se le autoriza á ello y hasta á salir á la calle. Se le dispone alimentación ordinaria. La placa de la amígdala tiene mejor color y le permite deglutir con más facilidad que antes. En

las lesiones cutáneas no ha habido reacción ni modificación alguna.

Día 24.—Total desaparición de la placa amigdaliana. Las lesiones cutáneas palidecen.

Día 26.—Se acentúa la palidez de la erupción; algunas pápulas, las de la cara, han casi desaparecido, y otras están como rebajadas y cubiertas de escamas. El enfermo manifiesta que hacía mucho tiempo no disfrutaba tan excelente estado de salud como el actual.

Enero 1911. Día 6.—De la sífilide papulosa sólo restan, en general, pigmentaciones; únicamente en la cintura existen algunas lesiones en vías de regresión terminal, con levísimas escamas á punto ya de desaparecer.

Firme en mi propósito, ya anunciado, de no sacar consecuencias, por creer preferible que el lector las deduzca, prescindo en absoluto de ellas, y únicamente he de permitirme indicar, que en los tres individuos cuya historia clínica queda descrita, pienso hacer una nueva aplicación del «606», aunque no aparezcan nuevas manifestaciones sífilíticas, á fin de seguir estrictamente las autorizadas indicaciones de Ehrlich.

EL PELIGRO DE CIERTAS INTERVENCIONES

EN LAS LESIONES

SIFILÍTICAS TERCIARIAS, DE LOCALIZACION CRANEAL EN LOS NIÑOS

POR EL

DR. ENRIQUE SUÑER

Catedrático de enfermedades de la infancia de la Facultad de Medicina
de Valladolid.

No es por lo que se refiere, al menos á la sífilis hereditaria infantil, muy concordante el criterio de los tratadistas respecto á frecuencia de localizaciones craneales. En tanto que la escuela de Parrot, representada en este particular no solamente por médicos franceses, sino por clínicos de otros países como Lees, Barlous y Taylor, consideran tan numerosos los casos de esta naturaleza que, según ellos, alcanzarían hasta $\frac{3}{4}$ de la totalidad de enfermos luéticos observables, la mayoría de los autores considera dicha cifra notablemente exagerada y hay quien, como Karewski, sostiene que las lesiones craneales son extraordinariamente raras en la sífilis infantil. La razón de esta gran divergencia de opinión estriba en que, tanto Parrot como Taylor, etc., adjudican á la craniotabes infantil un carácter luético, en tanto que los demás autores afilian dicha manifestación en el cuadro sintomático del raquitismo.

Aun cuando no lleve ahora el especial objeto de terciar detenidamente en este pleito, me permitiré afirmar que tengo por equivocada la opinión de Parrot, y para ello me fundo en la enseñanza que me han suministrado los casos por mí observados, según la cual, la proporción de craniotabes en relación de concomitancia con otras manifestaciones luéticas, es pequeña en términos generales y también lo es en sus relaciones con los antecedentes sifilíticos en los padres de los niños craniotábicos.

Por otra parte, si consideramos solamente las lesiones no craniotábicas de los niños sifilíticos, haciendo omisión del cráneo natiforme (Parrot) que en realidad representa una deformidad osteofítica por acumulación de las sales calcáreas sobre las eminencias fronto-parietales, observable muy á menudo en el raquitismo, resultará que no son ciertamente muy frecuentes las lesiones craneales en la sífilis infantil.

Limitándonos al continente cefálico (piel, aponeurosis, músculos y hueso), podemos considerar representadas las afecciones sifilíticas indudables en estas edades, casi exclusivamente por dos formas: los gomas y las úlceras. Estas dos manifestaciones son á mi juicio las que revisten verdadero interés clínico y á ellas van encaminadas las breves consideraciones que me propongo exponer.

Un primer punto de trascendencia es el referente al diagnóstico. Es posible, me atrevo á decir hasta que es fácil la confusión diagnóstica con la tuberculosis, sobre todo si colocándonos desde el punto de vista práctico, el de la realidad, excluimos de los medios diagnósticos los métodos fundados en la reacción de Wassermann, y en la demostración del spirocheto, que no son asequibles, hoy por hoy, al médico general, ni aun siquiera á los que trabajan en las grandes

capitales, prescindiendo de la mayor ó menor seguridad de dichos procedimientos. Es muy frecuente, además, la asociación sífilo-tuberculosa y hasta yo creo que los niños sífilíticos terciarios procedentes de las clases proletarias, que son el material corriente de nuestras clínicas, son, en general, más tuberculizables que los afectos de otros padecimientos.

De modo que en un enfermo de esta clase con manifestaciones sífilo-tuberculosas ó se atribuye con facilidad todo á la tuberculosis, ó se confunde lo sífilítico con lo tuberculoso aún reconociendo la existencia de las dos enfermedades.

En los gomias, sobre todo cuando se combinan con inyecciones purulentas, se forma corrientemente un absceso que por su ordinaria evolución insidiosa, la pequeñez de reacción térmica ó la ausencia de la misma, se puede equivocar con un absceso frío.

Las úlceras son más difíciles de confundir, pero el error es también posible cuando en presencia de síntomas ó lesiones sospechosos de ser tuberculosos, se comprueba la falta de dolor (que suele ser muy intenso en los procesos sífilíticos óseos, Karewski). Sin embargo, la tendencia de las úlceras sífilíticas á las formas circulares ó serpiginosas de bordes cortados á pico, y sobre todo (para mi uno de los puntos clínicos más esenciales) la constancia del síndrome de Hutchinson, completo ó incompleto, sin mencionar las cuti-reacciones y el hallazgo del bacilo Koch, por ser asuntos estos últimos no de tan factible realización como aparentan, hacen que el error diagnóstico sea más raro que lo es en los gomias supurados y en otros síndromes luéticos.

Fuera de los datos expuestos para establecer el diagnóstico no hay otros de gran valor, porque el criterio terapéutico (*natura morborum medicationem ostendunt*) no es en este

particular tan importante como lo es en otras manifestaciones de la sífilis, puesto que las lesiones óseas, craneales, sífilíticas, son ordinariamente rebeldes al tratamiento específico por el yoduro potásico y el mercurio (prescindo del Salvarsán del que aun no se tiene la suficiente experiencia).

No se insistirá nunca bastante en la afirmación de que la inmensa mayoría de las úlceras sífilíticas de regiones craneales, lo son primitivamente óseas. El proceso evolutivo casi constante aquí es el siguiente: osteitis rarefaciente, osteitis necrosante, fusión consecutiva de partes blandas hasta llegar á la zona cutánea. Muchas veces esta evolución es en todos sus tiempos insidiosa (observación personal), otras veces dolores cefálicos que se atribuyen frecuentemente á neuralgias, representan el grito que da el proceso óseo.

Sin negar la posibilidad de sífilides cutáneas, ulcerosas cefálicas que no alcancen á la pared ósea, el médico prudente hará bien en sospechar en todos los casos la destrucción profunda del hueso.

En un gran número de enfermos, estas úlceras sífilíticas presentan un síntoma de mucho interés: el latido isócrono del fondo de las mismas; todo latido de este carácter que se observe en el fondo de una úlcera de la clase que describimos *debe* sernos altamente sospechoso y mucho más si presenta un franco carácter expansivo (principio de Pascal aplicado á la transmisión del movimiento pulsátil del cerebro al líquido céfalo raquídeo). Por desgracia no en todos los casos es comprobable este carácter en las úlceras sífilíticas del cráneo, aunque la pérdida á su nivel de la pared ósea sea completa. Exuberancia de granulaciones, neoformación de tejido conjuntivo esclerósico, pueden impedir la transmisión del movimiento.

Las precedentes consideraciones van encaminadas á la siguiente conclusión: toda intervención operatoria sobre estas úlceras que se haga sin conocer su naturaleza luética ó sin sospechar la profunda destrucción del hueso, puede ir seguida de la terrible consecuencia que supone la abertura de las meninges que cierran el fondo de las mismas.

Como un reflejo exacto de todo lo dicho me permitiré exponer extractada la observación que sigue, correspondiente á la representada por el fotograbado adjunto:

P. L., de 10 años ingresa en mi Clínica de Niñas de la Facultad el 22 enero 1908.

Antecedentes hereditarios.—Sífilis paterna.

Antecedentes patológicos.—Ha sido enfermiza y se ha criado siempre pálida, presenta cicatrices de ganglios supurados en las regiones cérvico laterales.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Comenzó hace cuatro años por ulceraciones sobre las regiones esternal y temporo-parietal derecha que se constituyeron desde el centro á la periferia.

Estado actual.—Úlcera serpiginosa de cuatro centímetros de longitud por dos de latitud en la región supra esternal y tres úlceras colocadas en la misma línea aproximadamente, en dirección antero posterior, en la región fronto parietal del lado derecho. Tamaño de estas úlceras, próximamente, de 3 centímetros en todas direcciones. Bordes cortados á pico, fondo cubierto de muchas granulaciones; no se observa latido en el mismo.

Síndrome de Hutchinson completo.

Raspado de las úlceras hecho por el alumno interno don Antonio Lecha Marzo y examen microscópico previa coloración por el método de Giemsa; hallazgo de spirochetos.

DIARIO DE OBSERVACIÓN.—Tratamiento mercurial (fricciones) y yoduro potásico desde el 22 de enero hasta el 30 de marzo con alternativas para evitar estomatitis, sin resultado. Durante este plazo se forma en toda la extensión de la zona interparietal una gran tumoración que parece un hematoma; supura al cabo de varios días. La úlcera esternal cicatriza.

Día 30 de Marzo.—Intervención para desbridar la colección purulenta de la bóveda y raspar el fondo de las úlceras que está cubierto de muchas granulaciones fungosas y sucias. Las úlceras parecían, como hemos dicho, superficiales. Resultado: la colección de la bóveda es un goma supurado, las dos úlceras posteriores dejan al raspado un fondo blanco nacarado que parece la aponeurosis del temporal; pero pronto el tacto y la aparición del latido cerebral nos advierten de su naturaleza meníngea. (Dura madre).

En la úlcera anterior se conserva la pared ósea adelgazada. Cura iodoformada.

Durante el mes de abril, curas iodoformadas é inyecciones intramusculares de yoduro mercúrico (3 miligramos por inyección); además yoduro potásico.

El aspecto de las úlceras ha mejorado, pero la cicatrización se halla muy distante de lograrse cuando abandona esta niña nuestra Clínica.

Creo que la historia consignada es una demostración de la cautela y la prudencia de que es preciso usar en el diagnóstico y en el tratamiento de las lesiones ulcerosas sifilíticas de las regiones craneales.

ACADEMIAS Y CONGRESOS

XXIII CONGRESO DE LA ASOCIACION FRANCESA DE CIRUGIA

CELEBRADO EN PARÍS DEL 3 AL 8 DE OCTUBRE DE 1910

Resumen de las comunicaciones más importantes.

BARBARIN.—*A propósito del tratamiento de la parálisis infantil.*—Basa sus consideraciones en el estudio de 25 casos, seguidos en el trascurso de tres años. La duración del tratamiento médico (electricidad, masaje, tratamiento general) tiene que ser mucha, pues las mejorías son lentas y se hacen por crisis sucesivas. El tratamiento quirúrgico es con frecuencia insuficiente, muy á menudo transitorio en sus efectos útiles con los ingertosmúsculo-tendinosos.

BERTHOMIER.—*Coexistencia de la litiasis biliar y de la tuberculosis peritoneal en individuos jóvenes.*—Ha notado en jóvenes atacados de tuberculosis peritoneal la presencia de cálculos de las vías biliares, cuya formación atribuye sin duda á estancación de la bilis por compresión ó estrechamiento del colédoco. La colecistotomía hizo cesar, en un caso, los accidentes ictericos. En otro caso, después de la extracción de los cálculos de la vexícula, dada la atrofia que se comprobó del colédoco, hubo necesidad de terminar la operación con colecisto-enterostomía.

CALOT.—*Tratamiento de las tuberculosis externas con inyecciones resolutivas seguidas de punción.*—La única cura exenta de todo inconveniente es la que tiende á hacer resolver la adenitis dura, transformar la forma tuberculosa seca en tuberculosis líquida, haciendo aspiración después con aguja delgada. La técnica es la siguiente: inyección en las masas fungosas ó en la cavidad articular de un gramo de fenol alcanforado ó de fenol sulforicinado todos los

días hasta comprobar gran fluctuación, después de lo cual se hacen la punción é inyecciones varias, como en casos de abscesos fríos.

CECI.—*La mejor profilaxia contra la pneumonia por aspiración después de las grandes intervenciones operatorias en la boca y faringe.*—La profilaxia consiste esencialmente en suprimir completamente la alimentación natural ó por la sonda, y en alimentar al enfermo, durante el período peligroso (8 ó 12 días) exclusivamente por vía rectal. Si los enfermos se quejan de sed intensa se practica hipodermocclisis.

CLAUDE Y MARTIN.—*Dos casos de resultados lejanos de rinoplastia con armadura metálica.*—Martin desde hace muchos años se ha esforzado en demostrar que los cuerpos extraños metálicos pueden y deben ser perfectamente tolerados por los tejidos, como especialmente ocurre en las armaduras nasales metálicas, usadas en la rinoplastia. Los cuerpos metálicos, especialmente el platino, tienen la ventaja de no poderse infectar. Chatin ha comunicado la observación de una enferma que llevaba hacia 16 años una prótesis metálica nasal, muy bien tolerada. Y Martin ha tenido noticias de una señora operada en 1885 que lleva hace 25 años una prótesis nasal en platino, completamente enquistada en los tejidos.

CHOSTENET DE GÉRY.—*Un nuevo hilo reabsorbible.*—Preconiza la piel de ciertos peces, como la anguila, porque es una piel poco séptica, muy sólida y no contiene elementos que impidan la reabsorción. Se pueden hacer con ella hilos retorcidos como el catgut. Las experiencias en los animales prueban que la reabsorción ocurre en tres semanas. La esterilización se consigue fácilmente con la inmersión en solución iodada al 1 por 100.

DELORE.—*Tratamiento quirúrgico del bocio exoftálmico.*—Debe distinguirse el bocio exoftálmico en dos grandes variedades: bocio exoftálmico verdadero y primitivo ó enfermedad de Basedow, y bocio exoftálmico falso ó bocio basedowizado. El bocio basedowizado, caracterizado clínicamente por el desarrollo primitivo del bocio, debe ser tratado como el bocio ordinario. En el caso que la lesión es difusa y mal limitada se recurrirá ya á la enucleación en masa, ya á la hemitiroidectomía. La mortalidad de estas operaciones es poco más elevada que en el bocio banal, pero los operados están expuestos á accidentes post-operatorios de tiroidismo agudo. En el bocio exoftálmico verdadero débense distinguir antes de nada las operaciones tiroideas. Entre éstas, sin contar las inyecciones intersticiales iodadas ó iodoformizadas y la esotiropeya, son actualmente clásicas las ligaduras tiroideas y las tiroidec-

tomias. Las ligaduras y las tiroidectomias parciales no impiden en absoluto la presentación de accidentes tóxicos secundarios, paratiroideoprivos. El problema operatorio se resume en buscar cual sea el procedimiento de tiroidectomía parcial que deje mayor cantidad de tejido glandular de buena calidad secretoria y respete las paratiroides. A tales fines es necesario abandonar las resecciones parciales bilaterales y la ligadura en masa del polo inferior; es preferible la hemitiroidectomía sub-capsular especialmente al nivel del polo inferior, evitar ligar la arteria tiroidea inferior en la vecindad de las arterias paratiroides, esto es, inmediatamente por fuera de la cápsula, por lo que es preferible ligar la arteria á distancia de su porción horizontal ó ligar las ramas por debajo de la cápsula. Respecto á las operaciones sobre el simpático cervical, es preciso distinguir la simpaticotomía total, especialmente defendida y preconizada por Jonnesco, y la resección parcial del simpático cervical, señaladamente, según propone Jaboulay, del ganglio cervical superior, limitándole á este ganglio y á la porción inmediatamente subyacente del tronco nervioso. Las operaciones tiroideas producen de ordinario, cuando no se siguen de incidentes post-operatorios, efectos terapéuticos que pueden agruparse en dos fases sucesivas: una primera fase de mejoría inmediata y rápida de los desórdenes subjetivos y de la taquicardia: una fase segunda que puede ser de curación absoluta, en los casos no muy avanzados, ó de alivio más ó menos acentuado en los más progresados casos. Los efectos inmediatos de la simpaticotomía son inconstantes, pero en todos los operados se nota notable mejoramiento de los fenómenos subjetivos. Puede ocurrir la recidiva. Los resultados mejores se tendrán en la forma basedowiana sin bocios ó con predominio de la exoftalmia.—A continuación Lenormant expone los datos teóricos, experimentales y clínicos que legitiman la intervención quirúrgica en la enfermedad de Basedow, y el valor práctico de los resultados de las operaciones tiroideas (237 resultados malos ó medianos contra 669 resultados favorables: en cifras redondas 1 contra 3 éxitos) y de las operaciones sobre el simpático (59 resultados favorables contra 19 malos). Discute sobre la inutilidad de todo otro método terapéutico no operatorio y trata las principales indicaciones y contra-indicaciones del tratamiento quirúrgico.

DEMONS.—*Curación de una antigua estenosis sifilítica del recto.*— Pensó que era preferible, más que la resección de la porción de intestino enferma, practicar la exclusión de toda la porción

terminal del intestino, estableciendo un ano cecal. El resultado fué bueno.

DELBET.—*Extirpación del recto por vía sacra.*—En los dos últimos años ha operado por vía sacra tres casos de resección del recto por carcinoma y ha obtenido dos curaciones absolutamente perfectas contra una terminación mortal. Es partidario del ano preliminar cecal.

DE FURMESTRAUX.—*Las inyecciones de subnitrito de bismuto en las fístulas y cavidades tuberculosas.*—Presenta un estudio crítico del método de Beck, que no merece ni acerba censura, ni laudos exagerados. El método constituye un procedimiento de diagnóstico perfecto, y en ciertos casos puede provocar curaciones no esperadas. Los resultados de De Furmestrauch son análogos á los de Bedlón y Blanchard: un tercio de casos de curación. Tal estadística es muy diferente de la de Beck, que establece un 64 por ciento de curados. Los peligros de intoxicación son reales, pero leves.

DUJON.—*El priapismo prolongado no coincidente con lesiones nerviosas.*—Da cuenta de dos observaciones de prolongado priapismo, más ó menos idiopático, sobrevenido espontáneamente y sin lesión alguna del sistema nervioso. En uno de los casos, en lugar de seguir el procedimiento operatorio de Terrier, Dujón hizo una incisión perineal y abrió simplemente la raíz del cuerpo cavernoso izquierdo, pasando á través del isquio-cavernoso. Vaciarónse los dos cuerpos y de ellos salió una sangre negra y viscosa. El enfermo curó rápidamente.

GIRARD.—*Tratamiento operatorio de las meningitis serosas agudas.*—Son con frecuencia estas formas morbosas complicación de antiguas otitis. La trepanación seguida de la abertura de la duramadre, con ó sin punción ventricular, ha proporcionado resultados inesperados. Todos los casos curados con la trepanación y publicados hasta hoy, han tenido éxito curativo. Girard ha observado un caso de este género y recuerda otro caso operado felizmente por Mayo Robsou.

GUISEZ.—*Frecuencia relativa de las distintas afecciones del exófago.*—En 930 enfermos examinados con exofagoscopio ha podido establecer una estadística de las distintas afecciones. La mayor parte de los casos presentaban estenosis de forma grave. Ocupa el cáncer el primer lugar, que es más frecuente que todas las demás formas morbosas juntas ($\frac{2}{3}$ de casos). Los tumores benignos y la úlcera simple son raros. Las estenosis cicatriciales aparecen subitamente después del cáncer, y son debidas en su mayor parte á

quemaduras por cáusticos, algunas por lesiones de cuerpos extraños, pero existen estenosis cicatriciales espontáneas. Las contracciones espásticas constituyen estenosis progresivas y permanentes. Las parálisis del exófago son excepcionales (2 casos). El muguet no es raro como causa de exofagitis; la tuberculosis es bastante frecuente (15 casos) y excepcional la sífilis (un solo caso.) Las dilataciones y los divertículos exofágicos no constituyen afecciones propiamente dichas; una centena de casos fueron de cuerpos extraños.

JEANNEL.—*Resultados obtenidos en la cura cruenta de las varices no complicadas.*—Los actos operatorios que tienen por fin el reflujo superficial ó abdominal ó pasivo, son en número de cuatro; la operación de Trendelenburg ó ligadura de la vena safena interna en el muslo; la anastómosis safeno-femoral de Delbet; la resección de la safena interna en su trayecto crural; la operación de Robinsón. Los actos operatorios que tienen por punto de mira el reflujo profundo son: la escisión de los paquetes varicosos aislados, en la pierna ó en el muslo; la resección de la safena interna ó de la externa en su trayecto en la pierna, ó en la pierna y el muslo; la operación de Parona. Los actos operatorios que conducen al reflujo superficial y profundo son: la operación de Trendelenburg ó sus variantes, combinada con las ligaduras y las resecciones lentas, crurales, pero principalmente en la pierna; la safenectomía total. La mortalidad operatoria es pequeña; ocho defunciones en 1448 operados. Los resultados terapéuticos inmediatos son: la desaparición de los tumores varicosos visibles y palpables; la desaparición del reflujo superficial; la desaparición de los dolores, del estancamiento, de los edemas y de los demás síntomas. La proporción por ciento de resultados completamente felices lejanos, obtenidos con varios métodos operatorios, varía del 46 por 100 (resección de la totalidad ó de una gran parte de la safena interna ó de la externa) al 95 por 100 (safenectomía total.) Todos los casos desfavorables son debidos, en general, á un error diagnóstico que tienen por consecuencia un error en la elección del acto operatorio.

JUDET.—*Tratamiento de las fracturas del miembro superior con los aparatos de extensión continua.*—Enseña que las fracturas del antebrazo pueden ser curadas muy simple y eficazmente merced á la extensión continua con espirales con muelles metálicos. Presenta un aparato por él ideado.

JUGE.—*Valor de la fulguración en el tratamiento del cáncer.*—La fulguración no es dañina. No agrava sensiblemente el acto opera-

torio, puesto que, en una estadística de 144 casos, Juge cuenta una mortalidad del 12 por 100. Y, sin embargo, el 70 por 100 de estos casos eran inoperables. La fulguración nunca ha determinado ó favorecido infecciones secundarias. Tiene un valor seguro en el tratamiento del carcinoma como complemento de la acción quirúrgica, y es un medio de eficacia notable para exaltar las energías reaccionales del organismo. Juge insiste especialmente en los casos de cáncer de la comisura de la mucosa bucal, de la lengua, de la amígdala, de la bóveda palatina, de la faringe y del recto, donde la fulguración es eficazísima y determina la curación, aun cuando la exeresis se limite á las lesiones macroscópicas.

LAMBRET.—*Un caso de sección de las raíces posteriores de la médula por crisis gástricas tabéticas.*—En un tabético que sufría crisis gástricas intolerables, practicó la resección de la 7.^a, 8.^a, 9.^a y 10.^a, raíces posteriores (operación de Förster), levantando 1. cm. de raíz de cada lado. No acusó el enfermo después ninguna crisis gástrica, pero por el drenaje practicado en la herida operatoria, se produjo una infección de la médula y el enfermo murió tres semanas después de la operación.

LARDENNOIS.—*La dilatación aguda del estómago post operatoria y sus relaciones con la aerofagia en los operados.*—En un gran número de casos cree que se puede explicar la dilatación aguda del estómago en los operados por la aerofagia ó la exaloaerofagia. De este concepto patogenético deriva la indicación de prevenir la aerofagia con los métodos curativos clásicos, para evitar los accidentes graves de la dilatación aguda del estómago y de la oclusión aguda duodenal.

LENORMANT.—*El vólvulo del ciego.*—Recuerda la rareza del vólvulo, al menos en Francia, donde en lo escrito no es posible recoger hasta hoy más que 13 casos, á los cuales se reunirá la observación que refiere. Se trata de una mujer de 40 años que presentaba fenómenos de oclusión intestinal. El aspecto del vientre era aplastado, especialmente en la región ilíaca derecha, mientras presentaba una marcada prominencia en la región epigástrica. Se pensó en un vólvulo del intestino y demostró la laparotomía que el ciego, movable, estaba retorcido completamente sobre su eje. Dados los incidentes operatorios y las manifestaciones que en el intestino ocurrían, aún después de la detorsión, se hizo la incisión con evacuación del ciego y se practicó un ano artificial. La enferma curó rápidamente. Después de cinco semanas fué cerrado el ano artificial y se estableció permanente curación.

LUCAS-CHAMPIONIÉRE.—*La descompresión cerebral con abertura del cráneo y sus indicaciones.*—La descompresión cerebral obtenida con la trepanación craneal ha sido preconizada recientemente por Horsley, como cura paliativa de los tumores cerebrales. Puede ser útil en ciertas formas de epilepsia esencial, en los vértigos dolorosos consecutivos á traumatismos craneanos, en la parálisis general y en la sífilis del cerebro. La acción de la descompresión cerebral en las lesiones encefálicas sífilíticas es bastante notable.

LUYs.—*Prostatectomia transvesical.*—Presenta una serie de próstatas estirpadas operatoriamente con curación de los enfermos. Antes de la operación preconiza el análisis completo de la orina, el examen atento de la próstata con el cistoscopio y la desinfección de la vejiga. Después de la operación aplica á los operados, lo más pronto posible, y á seguidas del gran drenage de Freyer, un aparato colector de orina sobre la herida hipogástrica, lo que permite levantar al enfermo del octavo al décimo día.

MAUCLAIRE.—*Resultados obtenidos en el tratamiento de las complicaciones de las varices.*—Las complicaciones de las varices son principalmente tres: las ulceraciones; las flebitis y sus complicaciones, y las roturas. Las pequeñas ulceraciones se curan con la escisión, los ingertos, las ligaduras de la safena y la incisión de Moreschi. Las úlceras medianas y grandes deben ser tratados con métodos combinados. En los casos de úlcera anular, con tendencia á la elefantiasis, la amputación de la pierna ó la desarticulación de la rodilla es el solo tratamiento á aconsejar si el enfermo quiere realmente curar. La cura médica de la flebitis superficial ó profunda consiste en el reposo; pero si la flebitis se extiende y progresa se aconseja la resección de la safena. Las roturas externas de las varices necesitan la ligadura, y mejor la resección de la vena. Las roturas internas ó intramusculares requieren el reposo y una ligera compresión al principio, y, ulteriormente, la cura quirúrgica de las varices. En la ciática varicosa Mauclaire cree se debe aconsejar la extirpación de las varices nerviosas y perinerviosas, según lo propuesto y practicado por Schwartz.

MARTEL.—*Nueva técnica operatoria para la ejecución de la fistula de Eck.*—Hace notar que la operación hecha al nivel de la región celiaca obliga á la forcipresión de la cava inferior por encima de las renales, lo que es un hecho siempre mortal. Por consecuencia propone levantar el asa duodenal y la cabeza del páncreas para descubrir la porción terminal de la vena porta con la meseraíca mayor y la parte inferior de la vena cava. En tales

condiciones se puede, sin gran dificultad, practicar una anastomosis latero-lateral de la vena meseraica en la cava, sin modificar la circulación renal.

MÉNARD.—*Coxalgia y tuberculosis juxta-coxal; diagnóstico radiográfico.*—Merced á la radiografía Calvé ha podido estudiar una forma no raquítica de coxa-vara, complicada con una forma transitoria de tuberculosis. Los rayos X demuestran la iniciación muy frecuente (15-20 por 100) de tubérculos femorales ó iliacos, extra ó intra óseos, de donde la indicación precisa de suprimir, con una intervención precoz, un foco tuberculoso que amenaza directamente la cadera. En un período avanzado de la coxalgia, con ó sin causa ósea, la radiografía hace ver los grados y la variedad de las deformaciones de las superficies articulares. Y se puede juzgar con precisión respecto al grado de engrosamiento del cotilo, de la ulceración de la cabeza del fémur y de las desviaciones. La radiografía confirma la disposición descrita por Ménard de la pseudo-artrosis intra-cotiloidea.

MENCIÈRE.—*Contribución á la cura de la cadera paralítica.*—En la parálisis flácida: ingerto del tensor de la fascia lata para suplir las fibras anteriores del glúteo mediano paralizado. En la parálisis espástica: tenotomía de las fibras anteriores del glúteo mediano retraídas y contracturadas.

MORESTIN.—*De la extirpación de los ganglios del cuello en los cánceres de la cara y de la cavidad muco-faríngea.*—Las operaciones se harán seguidamente en dos tiempos: en el primer acto operativo se hará la ablación del tumor; en el segundo la extirpación del bloque formado por los ganglios y por los tejidos próximos infiltrados por el neoplasma (tejido celular, glándulas salivares, músculos y venas).

MOULONGUET.—*A propósito del diagnóstico y tratamiento de los abscesos del hígado.*—Con frecuencia el absceso hepático es silencioso. El diagnóstico, en dos casos, fué fundado con probabilidad sólo por el estudio de los conmemorativos, de las condiciones generales y por los indicios suministrados por la radiografía (curva exagerada diafragmática derecha). Un enfermo fué operado por Moulonguet felizmente por vía transpleural anterior. El otro enfermo fué operado *in extremis* por vía transpleural posterior: el individuo sobrevivió, pero después de cuatro meses tiene todavía supuración.

NEWMANN.—*Consideraciones quirúrgicas sobre la iniciación de la tuberculosis renal y sobre la tuberculosis vesical primitiva.*—La tuberculosis renal primitiva es mucho más frecuente de lo que se

cree. El mal consiste en dejar pasar inadvertidos los primeros signos de la enfermedad. Hoy se poseen métodos de exploración exactos que permiten el diagnóstico precoz. Deben emplearse los exámenes bacteriológicos y las inoculaciones. Se puede localizar la lesión por medio del cistoscopio con la observación de la eyacuación de los uréteres. La tuberculosis primitiva de la vejiga es rara y se la descubre fácilmente con las investigaciones bacteriológicas, con las inoculaciones y el cistoscopio.

PATEL.—*Abceso de la fosa iliaca derecha de origen cecal.*—Refiere la observación de un abceso de la fosa iliaca derecha de origen cecal, con integridad absoluta del apéndice. Ello confirma la posible existencia de una verdadera tiflisis supurada. Clínicamente estas supuraciones no difieren de las de origen apendicular y su interés es puramente patogénico. El tratamiento se reduce á la evacuación del pus.

PETIT DE LA VILLIÓN.—*Diagnóstico de la luxación congénita de la cadera en los niños de pecho.*—Insiste sobre el diagnóstico precoz, é indica el valor del signo de la hiper-rotación interna, que debe ser buscado con método riguroso y preciso.

PEUGNIEZ.—*Laminectomía tardía por paraplegia consecutiva á una fractura raquídea.*—Presenta un hombre de 37 años que, habiéndose caído de un árbol, quedó paraplégico. Al examen presentaba una paraplegia flácida sin trastornos de la sensibilidad y de los esfínteres, sin amiotrofia y alteraciones de la excitabilidad eléctrica. Los reflejos rotulianos estaban abolidos. Se diagnosticó una compresión de la extremidad inferior de la médula. Se practicó una laminectomía unilateral derecha de la 12.^a dorsal á la 3.^a lumbar. Se comprobó un callo óseo, que provenía de una fractura de la lámina de la 2.^a vértebra lumbar y que comprimía la extremidad de la médula y algunos nervios periféricos. Se hizo la descompresión medular y se aplicó un corsé enyesado. Después del quinto día comenzó á recobrar la motilidad y después de dos meses el individuo podía andar perfectamente.

PHOCAS.—*La fiebre de Malta bajo el punto de vista quirúrgico.*—Algunas manifestaciones de esta infección pertenecen á la patología externa, pues los puntos dolorosos, á menudo muy acentuados al nivel de la tibia, del fémur, del raquí y del sacro, Phocas cree que representan verdaderas osteitis, por pequeños focos de osteitis infecciosa, sin tendencias á supurar. Se acompañan frecuentemente con una verdadera artritis y pueden determinar periartitis. Son además posibles manifestaciones apendiculares en la fiebre de

Malta, y es verosímil que cierto número de apendicitis reconozcan esta causa en los países que, como Grecia, la infección reina bajo la forma endémica.

REDARD.—*Cura de la parálisis del nervio cubital consecutiva á antiguas fracturas de la extremidad inferior del húmero en el niño.*—Resume una de sus principales observaciones de fractura antigua del cóndilo externo y del epicóndilo, complicada de neuritis y de parálisis del cubital. El tratamiento consiste en librar el nervio de las adherencias, excavar profundamente en el olécranon y en la epitróclea, fijar el cordón nervioso en un borde músculo aponeurótico que cierre el canal á la izquierda.

REYNÉS.—*Nueva operación de amputación total del pene.*—Describe su procedimiento operatorio que ofrece la característica de no cortar el escroto en dos partes, de no crear dos pequeños alojamientos testiculares y evitar los inconvenientes irritativos de un meato supra escrotal, y esto gracias á una uretrotomía perineal practicada después de haber hecho, á través del escroto no incidido, una mutación transeroto-perineal del pene.

RIGARD Y PAUCHET.—*La úlcera duodenal y su cura quirúrgica.*—La úlcera duodenal puede ser primitiva ó secundaria por ustiones, uremia, infecciones, etc. La úlcera secundaria no ofrece gran interés bajo el punto de vista quirúrgico. La forma clásica está representada por la úlcera primitiva ó idiopática, crónica. La úlcera duodenal, 95 veces de 100 casos, radica en la primera porción del duodeno, generalmente cerca del píloro y sobre la pared anterior. De ordinario es única, mas en algunos casos (15 por 100) puede ser múltiple. Generalmente la enfermedad no es conocida sino en ocasión de complicaciones: hemorragias, estenosis y perforación. Entre los síntomas son de anotar los dolores que aparecen dos ó tres horas después de la comida, cesan cuando el enfermo come, para reaparecer cuando el estómago se vacía. De aquí el término de «dolor del hambre (*hunger-pain*)» propuesto por Moynihan. El apetito de ordinario es bueno; los vómitos son raros. Ocurren frecuentes intermitencias en las crisis. No siempre la palpación revela una sensibilidad dolorosa en el epigastrio; si se presenta lo hace ó sobre la línea media ó á derecha y por encima del ombligo. El enfermo se queja con frecuencia de pirosis y de acidez, pero se trata de una manifestación puramente subjetiva, puesto que la cantidad de HCl en el contenido gástrico puede ser normal ó estar disminuída. Existen hemorragias, hematemesis ó melena, con frecuencia ocultas y revelables al examen químico. No existen síntomas patognomónicos de la úlcera

duodenal, pero el diagnóstico debe fundarse en la conjunción de hechos, especialmente anamnésticos. Entre las complicaciones hay que anotar la perforación, los abscesos periduodenales y las hemorragias. La cura es esencialmente quirúrgica, y cuatro son los métodos á seguir por el cirujano: la escisión de la úlcera; la gastroenterostomía (la mejor operación); la resección duodenal; la exclusión. La mortalidad operatoria es mínima (uno por 100) y muchos cirujanos poseen estadísticas sin ningún fracaso.

TÉDENAT.—*La tuberculosis de la vejiga biliar.*—No es una forma rara. A menudo coexisten cálculos con la lesión tuberculosa. La evolución de ordinario es lenta, á veces rápida, sin fenómenos notables por parte del peritoneo. La colecistectomía es el único recurso terapéutico. La vejiga, aumentada de volumen, presenta ulceraciones en la mucosa.

VACHER.—*Cura de las sinusitis frontales crónicas por vía endonasal.*—Pretende que la cura de las sinusitis frontales por vía endonasal debe siempre preceder á la cura radical por vía exterior. La cura radical es operación grave, porque la cavidad del seno es bastante séptica y raspando la mucosa infectada se abren venas que comunican con las del diploe y pueden infectarse. La mayor parte de las sinusitis frontales crónicas curan sin cura radical, especialmente si se practica amplio drenaje en los primeros períodos.

R. V.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA

Accidentes consecutivos al empleo del arseno-benzol «606»;
por el profesor Finger (de Viena), (*Wien. Klin. Woch.*, n.º 47, 24
de noviembre de 1910).

Aunque por lo poco que he visto sea yo un convencido más de los maravillosos efectos de este nuevo medicamento, creo sin embargo, que no deben olvidarse para él las reglas de prudencia que deben presidir á todo tratamiento, mucho más cuando éste por su novedad no es del todo conocido en sus efectos. Por eso creo útil, aun á trueque de apagar entusiasmos que por irreflexivos deben moderarse, exponer las cuatro observaciones siguientes del profesor Finger.

La 1.^a se refiere á una aldeana bien constituida, atacada de chancros y roseola, á la que á las ocho semanas de la infección, se la hizo una inyección intramuscular de 0,45 de «606». Las lesiones desaparecieron en pocos días. Al mes la reacción de Wassermann era negativa. A los dos meses de la inyección, la enferma aqueja cefalea violenta, vértigos y trastorno visuales, comprobándose la existencia de una parálisis del óculo-motor común derecho, parálisis del elevador del párpado superior y del recto interno derechos, y una *neuritis óptica*, principiando en el lado izquierdo. El Wasserman, de nuevo positivo. Creyendo que se trataba de una recidiva de la sífilis, aun cuando la presencia tan prematura de síntomas cerebrales pareciese extraordinaria, se la hizo una nueva inyección de 0,45 del «606», mas como este tratamiento no produjera resultados, se la aplicó una cura yodo-mercurial, también sin efecto; apareciendo, apesar de todo, una *neuritis del nervio óptico derecho*.

2.^a Joven de 19 años, afectada de sífilis secundaria. A los dos meses y medio de infectada, inyección intramuscular de 0,40 de «606». Tres meses después, sin ningún signo de sífilis, se presenta una *parálisis del motor ocular externo*, manifestación rarísima para una infección tan reciente.

3.^a Hombre de 22 años, que sufrió una sífilis maligna, tratada durante los dos años de existencia, que lleva, por los mercuriales, los yódicos, 30 inyecciones de arsacetina y 18 de enesol. En julio hallándose afectado de gomas nasales y faríngeas, se le hace una inyección intramuscular de 0,40 de «606». Mejora pronto, pero en septiembre hay goma en el tabique. A los tres meses de la inyección aparecen trastornos visuales, comprobándose la existencia de *atrofia óptica doble* en su principio.

4.^a Hombre de 28 años, que á los cinco meses de infectado recibe una inyección intramuscular de 0,45 de «606». A los quince días están curadas todas las manifestaciones, (pápulas anales y genitales y alopecia en corros); al mes el Wassermann era negativo. A los tres meses de la inyección aparecen los trastornos visuales consistentes en *coroiditis periférica del ojo derecho* y *enturbiamiento central del vítreo*, lesiones rarísimas para una sífilis de ocho meses de antigüedad y con Wassermann negativo.

Finger señala además tres casos de lesiones del *nervio laberntico*, sobrevenidas pocas semanas después de la inyección, también con Wassermann negativo.

El autor, aun teniendo en cuenta que podrían ser por algunos considerados estos casos como recidivas de la sífilis, concluye afirmando que el «606» ó arseno-benzol, no es medicamento que se preste á un empleo práctico.

Wechselmann y Fischer, relatan también varios casos de *coroiditis*, *parexias* del motor ocular externo y patético, *iritis papulosas*, *neurocorio-retinitis*, en casos tratados por inyecciones de «606»; y aunque estos autores creen que se trata de recidivas sífilíticas, es de notar que estas complicaciones no se observan después de las inyecciones mercuriales.

Por consiguiente, sin desconocer los eminentes servicios del nuevo medicamento, procuremos no olvidar por completo al veterano mercurio, del cual probablemente no podremos nunca prescindir.

UROLOGIA

Fenómenos nerviosos reflejos del aparato urinario en las apendicitis por el Dr. Finocchiaro de Meo (de Catania).—*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, vol. II, núm. 23.

Los trastornos urinarios que pueden sobrevenir durante el curso de una apendicitis aguda, son fenómenos que eran conocidos desde el tiempo de Balzer en 1820, época en la cual no se conocía más que la tifitis; Balzer en efecto había hecho constar, que en el período agudo de una tifitis en un niño, se presentó retención de orina acompañada de tenesmo violento que le obligó á recurrir al cateterismo. Hasta la fecha, apenas se ha hablado de los trastornos uro-genitales iniciales, que en algunas ocasiones enmascaran por completo el síndrome apendicular; los tratados clásicos más recientes no se ocupan de estos trastornos y á excepción de las memorias aparecidas en estos últimos tiempos, han pasado sin ser objeto de estudios particularmente serios. Sin embargo estos fenómenos urinarios no son raros de comprobar y por otra parte, la repercusión sobre la vejiga de los fenómenos apendiculares, está establecida.

Michel Troia en 1785 afirmaba, que todas las irritaciones de los nervios del cuerpo humano, cualesquiera que fuese su origen, podían ejercer influencia sobre la vejiga y hoy los probados hechos clínicos, nos obligan á admitir al menos, la indiscutible influencia del apéndice enfermo sobre el aparato urinario, el cual es un conjunto de órganos que á consecuencia de la posición anatómica que ocupan, pueden fácilmente sufrir la influencia patológica de dicho segmento intestinal.

Desde hace pocos años solamente, los cirujanos vienen insistiendo sobre esta forma particular de la apendicitis; en repetidas intervenciones han podido notar que numerosas lesiones que se atribuían al riñón, al ureter ó á la vejiga, existían solamente por el reflejo de un apéndice inflamado cuya extirpación iba seguida de la desaparición del síndrome renal, ureteral ó vesical. Gracias pues á los conocimientos anatómicos y al bisturí quirúrgico que escudriña todo edificando al mismo tiempo, según la frase del Dr. Giordano, «una patología más compleja, casi más real y más viviente, poniendo al descubierto y confirmando bases más vastas para establecer un tratamiento», se ha llegado á conocer é

interpretar estos fenómenos urinarios que complican el síndrome de Dieulafoy haciendo difícil su verdadero diagnóstico.

Es á Balzer, Gester, Schvartz, Gangolphe, Boiffin, Roux, á quienes se deben los casos clínicos de apendicitis aguda en los que hicieron notar la micción dolorosa ó frecuente, la disuria, el tenesmo, etc., síntomas todos concomitantes con el síndrome, que no desviaron el diagnóstico y por consiguiente sin dar lugar á ningún género de duda sobre la verdadera enfermedad presentada por los pacientes. El primer caso de diagnóstico muy difícil es el señalado por Giordano en 1905, en el cual la estranguria enmascaraba la lesión patológica apendicular; á este caso, siguieron las memorias de Lucardo en 1907, la de Castiglione en 1908 y las dos observaciones del autor que había podido seguir en el servicio del profesor Boari en el hospital de Ancona; este año por último el Dr. Cassanello volviendo al mismo tema, ha señalado tres nuevos casos de apendicitis con síndrome urinario.

Ha sido sobre todo en Italia, donde el estudio atento de un pequeño número de casos ha puesto de relieve un cuadro clínico tan importante como el de las apendicitis con síndrome urinario, precisando al mismo tiempo la razón de los hechos citados; la importancia de estos hechos resalta, á poco que consideremos los errores diagnósticos que pueden ser cometidos aún por los prácticos más distinguidos, y las consecuencias inmediatas de una terapéutica mal dirigida.

En su obra titulada *Apendicitis y Peritifitis*, el Dr. Talamón señala un caso de cólico apendicular tomado por un cólico nefrítico revelado solamente en la autopsia, donde se encontró una perforación del apéndice con peritonitis supurada y un aparato urinario completamente sano, confirmando este hecho la dificultad diagnóstica de estas formas y el daño que con ello se puede evitar, no siendo por consiguiente permitido hoy día, desconocer estas formas de apendicitis que se presentan con síndrome inicial, exclusivamente renal, y más especialmente vesical (cólicos renales, dolor á la micción, estranguria, incontinencia, escozor uretral, cistalgia). Estos síntomas constituyen preciosos signos diagnósticos de la forma apendicular en sus comienzos, siendo puntos de apoyo ideales para excluir toda lesión patológica del riñón, del ureter, de la vejiga y de la uretra, lesiones diagnosticables en la actualidad con la más grande precisión, gracias á los modernos métodos de exploración de las enfermedades del aparato urinario, pudiendo de este modo establecer: de un lado la entidad patológica de las

vías urinarias, de otro lado rebuscar algunos síntomas propios á la inflamación del apéndice y si la desproporción entre los fenómenos urinarios y las lesiones patológicas del segmento intestinal es manifiesta, decidirnos por un diagnóstico exacto y verdadero.

Mas antes de comenzar una discusión sobre estas formas apendiculares que se traducen por trastornos urinarios, conveniente será, recordar brevemente algunas nociones anatómicas sobre el apéndice vermiforme, examinando las relaciones topográficas del mismo con los órganos vecinos y especialmente con el aparato urinario.

Este delgado retoño, tubular, flexuoso, llamado apéndice, se desprende de la parte posterior é interna del grueso intestino para terminar en punta roma, al cabo de algunos centímetros (13 como máximo); según los sujetos puede ser ascendente ó descendente, interno ó externo; en la primera posición se aplica á la parte posterior del ciego y colon pudiendo llegar hasta el hígado y riñón; en la posición inversa adquiere relaciones con la vejiga, recto, útero, ovario y siguiendo al psoas penetra en la pequeña pelvis; en la posición interna descansa sobre la aponeurosis del músculo iliaco y en la opuesta á esta posición penetra en el abdomen siguiendo la terminación del intestino ileon enrollado en algunas ocasiones á su alrededor. El apéndice es un órgano extraperitoneal y muy móvil, aun estando en la cavidad abdominal.

El apéndice puede contraer relaciones con todos los órganos del aparato urinario adquiriendo con ellos una contigüidad anatómica, que explica en parte los trastornos urinarios durante el curso de una apendicitis, mas cuando estas relaciones de contigüidad no existen, ¿cómo explicar los síntomas urinarios? El Dr. Luxardo comentando sus tres observaciones, dos de las cuales habían sido seguidas por el Dr. Giordano, asegura que el problema es difícil de explicar, las lesiones encontradas al microscopio eran pequeñas, los apéndices extirpados poco atacados, simplemente congestionados y en un solo caso con débiles adherencias, los enfermos presentaban orinas normales y solamente en los casos de Giordano se encontró un exceso de sales de oxalato cálcico, deduciendo el Dr. Luxardo de la falta de lesiones y apoyándose sobre el fenómeno de estranguria refleja acentuada y repetida que se presentó en sus enfermos, que se trata de un reflejo sero seroso que obraba simultáneamente sobre el apéndice y la vejiga, habiendo coincidido el Dr. Giordano con esta opinión al exponer su primer caso al Congreso internacional de Cirugía.

Los doctores Castiglione y Cassanello, colocan también la génesis de los trastornos urinarios en la acción del reflejismo nervioso; el primero dice que: conociendo cómo el apéndice es recorrido por pequeños fascículos y filetes nerviosos, que toman origen en los plexos de Meissner y de Auerbach, los cuales á su vez se anastomosan entre sí, es fácil de explicar cómo un estímulo del apéndice por intermedio del plexo pudiendo, puede á su vez interesar el vesical, traduciéndose estas irradiaciones bajo la forma de estranguria ó polakiuria apendiculares. Un año antes que el Dr. Cassanello publicase sus casos, el autor en unión del profesor Boaris, hacía observar en una comunicación hecha á la Sociedad médico-quirúrgica de Ancona, cómo los filamentos nerviosos influenciados en el curso de la inflamación del tejido celular vecino, en dos casos de apendicitis observados, podían ser la primera señal de alarma con un síndrome vesical, fenómeno denominado reflejo vésico-ureteroapendicular. En efecto: los plexos vesical, renal é hipogástrico se anastomosan constituyendo una red, las fibras musculares longitudinales del plano profundo del ureter en su terminación se irradian bajo la mucosa vesical, reuniéndose y entrecruzándose con las homólogas del otro ureter para formar el músculo inter ureteral, encontrando así los trastornos urinarios iniciales una fácil explicación anatómica por el reflejo apuntado.

Hoy día el Dr. Cassanello confirma con sus casos los hechos nerviosos reflejos anotados, y con su última observación ha puesto de relieve, que aparte de los casos de apendicitis en los que el diagnóstico es difícil por ser insignificantes las lesiones del órgano y por consiguiente una sintomatología poco ruidosa, existen tipos de apendicitis en los cuales, aun siendo claras y bien apreciables las lesiones peri y apendiculares, fueron enmascaradas por los fenómenos urinarios, haciendo el diagnóstico dudoso y difícil.

En dos casos citados por el autor tiene una más grande importancia, porque á pesar de la existencia de un absceso del fondo de saco de Douglas bastante considerable, los síntomas apendiculares fueron ocultados por los urinarios y sólo un examen clínico minucioso y detenido, permitió diagnosticar una apendicitis aguda, salvándoles á tiempo.

Ahora será fácil comprender, cómo en los casos mencionados los síntomas renales, vesicales y uretrales en vez de ser síntomas engañosos al examen superficial del enfermo, pueden constituir síntomas precoces, siempre que el examen del aparato urinario sea negativo ó exista una manifiesta desproporción entre la importancia

de la enfermedad y su expresión sintomática. Cassanello en su primer y tercer caso, ha puesto de relieve un síntoma de la esfera genital, el priapismo, hecho que el autor hizo constar hace dos meses, en un caso de estranguria apendicular causada por un ataque agudo de apendicitis, que se manifestó en los primeros días solamente por síntomas vesicales, el enfermo que se vió obligado á guardar cama durante 15 días, tuvo durante algún tiempo erección continua, cesando el priapismo solamente con la refrigeración del apéndice; mas hay que hacer constar, que ni el cateterismo ni el exámen de la orina indicaron alteraciones del aparato génito-urinario, á excepción de trazos de albúmina, atribuibles al estado febril del paciente por el trastorno intestinal. En los enfermos de Cassanello el priapismo cesó, en el primer enfermo después de la apendicectomía y en el segundo, cuando la cavidad de Douglas fué evacuada y drenada.

El Dr. Cassanello el primero, explica este fenómeno nervioso reflejo, por las comunicaciones nerviosas existentes entre las fibras apendiculares del plexo hipogástrico y pudiendo por las ramas vesicales, acción nerviosa de reflejo apéndice-vesico-pudendo. Las formas de apendicitis que el autor ha comunicado y la última de Cassanello, aparte de las consideraciones anatómicas expuestas que explican los fenómenos urinarios, han inspirado algunos medios importantes que facilitan el diagnóstico en estas formas engañosas y difíciles. El examen del recto y vagina sugerido por Boari, tiene una importancia evidente; en efecto, este examen es el único medio que permite algunas veces diagnosticar la presencia de un foco pelviano; el autor considera de mucha importancia también, la modificación en el examen recto-abdominal y vesico-abdominal, propuesto por Cassanello; la primera puede dar una idea cierta del absceso de la cavidad de Douglas, y el vesico-abdominal hecho por medio de un explorador metálico introducido en la vejiga, indicará con sus desviaciones el sitio preciso de la tumefacción.

Sigue la exposición de ocho observaciones, de las que hago gracia á los lectores.

Conclusiones: Existen apendicitis [que se presentan con síntomas iniciales al parecer dependientes del aparato urinario (cólicos renales, dolor á la micción, tenesmo vesical, cistalgia, quemadura y escozor uretral, priapismo.) Síntomas sin lesiones anatómicas (síntomas extrínsecos.)

Estos fenómenos urinarios encuentran fácilmente su explicación, en la influencia que el proceso flogístico apendicular, ejerce sobre

el plexo nervioso vesical, renal, hipogástrico y pudiendo (Reflejo vésico-uretero-apendicular, reflejo apéndice-vésico-pudiendo.)

Estos síntomas pueden ser considerados como signos iniciales de un diagnóstico precoz de apendicitis, sobre todo si alguno de los síntomas propios de esta enfermedad son manifiestos. Estos síntomas, podrían inducirnos á la pronta extirpación de un órgano inflamado, que quitado demasiado tarde puede poner en peligro de muerte al individuo enfermo.

El varicocele, análisis de 403 casos, por el Dr. Dellinger Balney
(*Boston Med. Jour.* 17 marzo 4909).

Sobre los 403 varicoceles operados, 387 es decir, 81 por 100, eran unilaterales, en 90³ por 100, de los casos estaba situado á izquierda, al lado derecho en cinco solamente (1 por 100) y los dos simultáneamente 35 veces (8 por 100). El dolor era bastante violento para exigir una operación en 270 casos, este dolor era continuo en los casos medios pero exagerándose después de un día de trabajo; la duración de la enfermedad era desde algunas semanas á algunos años.

En 18 casos el estado mental estaba afectado hasta el punto que el enfermo desesperado venía al cirujano dispuesto á sufrir cualquier operación cansado de tanto sufrimiento, procediendo de provincias después de estar sometido á tratamientos de diversos especialistas. En ocho casos había recidiva apesar de una operación anterior. En 35 casos la operación consistió en la extirpación pura y simple de las venas dilatadas sin precaución especial y sin drenaje. En 36 por 100 de los casos, el dolor persistía; en 31 por 100 el testículo era doloroso, en 26 por 100 persistía la hipocondria sexual, graduada desde el simple dolor local á la impotencia completa.

Estado anatómico é histológico de un riñón curado hace nueve años por la Nefrolitotomía, por el Dr. Nicolich (*Folia Urológica*, septiembre, 1909).

Este riñón operado de nefrolitotomía nueve años antes de la muerte del enfermo, es de forma y volumen natural, presentando solamente sobre su borde convexo, un espesamiento lineal de la cápsula, más pronunciado hacia la mitad del borde; excepto estas alteraciones, la superficie del riñón es lisa dejándose separar la cápsula fácilmente.

En los cortes transversales del riñón, se observa una línea blanca extendida desde el punto que corresponde al espesamiento de la cápsula, hasta el tejido conectivo de los cálices. El espesamiento de la cápsula y la línea blanca, está formado de fibras de tejido cicatricial con numerosos vasos arteriales y pequeños focos linfáticos; el parénquima renal se encuentra absolutamente sano.

Este trabajo de autopsia, demuestra que la nefrotomía longitudinal y la nefrorrafia, no producen las alteraciones del parénquima renal que algunos autores han observado en los perros y conejos operados de nefrotomía.

Un caso de bacteriuria de estafilococos, por los Dres. Lepentre y David. (*Société des sciences médicales de Lille*, 1909).

Tres memorias escritas en francés permiten darse cuenta del estado de la bacteriuria; la una de Krogius publicada en 1894 y completada por una nota en 1898; otra de Hogge escrita en 1896 y por último una revista general de Jeanbrau en 1899 en la cual ha reunido 67 casos. Después se han publicado algunos casos, y no es dudoso que esta afección sea más frecuente de lo que se supone, confundida algunas veces con la cistitis. Como está poco conocida y ciertos puntos de su historia son oscuros, merece llamar la atención acerca de la misma.

Se dice que hay bacteriuria, cuando en la orina recientemente emitida se obtiene un depósito formado exclusivamente por microorganismos; si á este depósito característico se añaden algunos elementos histológicos, como células epiteliales, hematíes y leucocitos, es siempre en pequeño número, quedando en proporción insignificante en relación con el número de microbios.

Los doctores citados, han observado un caso de bacteriuria, motivo de su interesante comunicación á la Sociedad de Ciencias Médicas de Lille, referente á un hombre de 33 años, con todas las apariencias de una robusta salud y cuya orina centrifugada daba un depósito formado exclusivamente de estafilocos como se probó por siembras repetidas en el tubo de agar.

Origen: ¿vejiga? ¿prostata? Los diversos tratamientos empleados no mejoraron mucho la intensa bacteriuria.

La bacteriuria de estafilococos se ha señalado pocas veces; el colibacilo es mucho más frecuente, en 67 casos citados por Jeanbrau 56 veces coli-bacilo, una vez el estafilococo, habiéndose señalado

posteriormente otros tres casos debidos á Seé, á Gasmann y á Bado.

El estudio de la patogenia es sin duda ninguna, el punto más interesante en la historia de la bacteriuria; se dividen estas en A renales y B vesicales, según el lugar donde se produce la acumulación de microbios; se las divide también, según que procedan por vía sanguínea ó por la vía uretral con ocasión del cateterismo, uretritis ó prostatitis; un cierto número de bacteriurias ú coli-bacilos tienen un origen intestinal.

La bacteriuria de origen sanguíneo existe; la baciluria tuberculosa, en la cual el bacilo de Koch penetra en la circulación general y atraviesa el riñón sin fijarse, ha sido observada por Charrin, Landouzy y Brown en 1899, y comprobada de nuevo por Fournier y Beaufumé en 1902. Se trata en los casos reunidos por estos últimos autores, de tuberculosis agudas acompañadas de baciluria y habiendo sido comprobadas por la autopsia las lesiones anatómicas, no se pudo descubrir ninguna lesión renal específica; estos hechos han sido discutidos recientemente, pero la patogenia sola sigue sin resolver, aun constandingo el hecho de la presencia en la orina de bacilos de Koch sin glóbulos blancos.

Se encuentra también una baciluria debida al bacilo de Eberth, frecuente y persistente en la fiebre tifoidea, sin complicarse jamas de cistitis.

Se puede admitir en estos casos el paso de microbios á través del riñón, mas ¿está sano ó enfermo y en este último caso las lesiones son específicas?

Tales son las cuestiones en litigio; estos hechos mereciendo literalmente el nombre de bacteriuria, son totalmente diferente del observado por Lepantre y David. Los microbios pasan de la circulación á las vías urinarias, mas sin pulular ni multiplicarse en la orina, no entrando por tanto en la definición de Krogius que quiere que los microbios se encuentren «en gran cantidad». Por último, son extremadamente interesantes bajo el punto de vista de la patología general, ya que permiten estudiar las condiciones de la circulación y eliminación de los microbios en las enfermedades, pero la bacteriuria no es más que un síntoma poco importante en clínica el cual hay que buscar y cuyo estudio exige exámenes de laboratorio, algunos delicados.

Las observaciones frecuentemente publicadas bajo el nombre de bacteriurias son esencialmente distintas; la presencia de microbios en la orina da lugar á un trastorno marcado, á un aspecto especial opalescente, en una palabra, es sólo el síntoma principal, el que

inquieta al enfermo y por el que reclama la intervención del médico. En algunos de estos casos el punto de origen del microbio es difícil de encontrar, se trata entonces de bacteriuria de coli-bacilos sobreviniendo la mayor parte de las veces en la mujer; se podría admitir que los microbios han ganado la vejiga, capa por capa, desde la uretra, transporte favorecido en la mujer por la cortedad de la uretra; pero se admite mejor el origen intestinal el cual ha sido señalado ya para explicar ciertas cistitis y pielonefritis, la gravídica, por ejemplo; los microbios entonces pasan á la sangre siendo eliminados por el riñón, pudiendo seguir también la vía linfática y pasar directamente del intestino grueso á la vejiga.

En la mayor parte de los casos publicados se trata de una infección ascendente, habiendo seguido los microbios la vía uretral, como se observa en el curso de las uretritis después de lavados repetidos uretro-vesicales ó de cateterismos repetidos. Tres órdenes de hechos permiten explicar este género de afección:

1.º ¿Por qué hay bacteriuria y no cistitis? Hace falta admitir primeramente una atenuación en la virulencia de los microbios, un estado desfavorable del terreno y por último la ausencia ó un débil grado de las causas que disminuyen la resistencia de la vejiga á la infección local. Esta afección demuestra el hecho, de que el microbio no es todo en la enfermedad. «Cuando se quiere probar el papel de un microbio en la vejiga, hace falta además de la introducción del mismo, un traumatismo, una retención, una irritación química ó térmica para provocar una cistitis» (Hogge). En algunas ocasiones y bajo ciertas influencias, una bacteriuria puede ser la causa de una cistitis y, á la inversa, á consecuencia de las modificaciones del terreno, ó de la atenuación de la virulencia del microbio, la cistitis puede curar, dejando en pos de ella la bacteriuria.

2.º ¿Cómo explicar la incesante producción de microbios? Los microbios introducidos experimentalmente en las vejigas son eliminados después de una ó varias micciones; Rebland lo ha demostrado desde hace mucho tiempo, inyectando en la vejiga cultivos puros de diferentes microbios y en cantidad considerable, no habiéndolos encontrado poco tiempo después, no sólo al microscopio, sino por distintas siembras en cultivos repetidos. Triconi ha obtenido los mismos resultados en 1890. ¿Por qué en la bacteriuria esta persistencia de microbios? Se admite que en la mayor parte de los casos, los microbios son incesantemente vertidos en la vejiga por un foco vecino; foco lo más amenudo prostático «la orina se infecta al paso y á medida que ella cae en la vejiga» (Jeanbrau).

3.º Necesidad de un estado particular de la orina. La existencia de un foco microbiano vecino, no explica por qué los microorganismos se mantienen en la orina en cultivo puro y en gran abundancia; el número de microbios es mínimo comparado al de las prostatitis y uretritis posteriores. Hace falta investigar é invocar una composición de la orina particularmente favorable á la pululación de microbios»; se puede preguntar, dice Guyon en sus lecciones clínicas, si la bacteriuria no depende de un estado particular del caldo de cultivo representado por la orina», «verdaderamente, dice Hagge, esta orina es anormalmente nutritiva para los microbios». La presencia de albúmina ha sido señalada por muchos autores; no siendo suficiente sin embargo para explicar el hecho; la acidez ó alcalinidad del medio no parecen ejercer influencia. En suma, si todos los autores reconocen la necesidad de un estado particular de la orina, éste no se ha definido todavía.

Las indicaciones terapéuticas, están claramente definidas por el estudio patogénico. Hace falta, 1.º instituir un tratamiento local, 2.º por un tratamiento general modificar la composición de la orina. El primero obrará sobre el medio vesical y por lavados se procurará obtener la asepsia, siendo el fin principal tratar el foco vecino génito-urinario. Si se trata de prostatitis ó de uretritis posterior, los amasamientos los lavados uretro-vesicales y las instilaciones, estarán indicados; si la bacteriuria es de origen intestinal, se tratará la enteritis ó el estreñimiento por los medios apropiados. Con el fin de obrar sobre la modificación de la orina, Hogge da el salol á altas dosis, cuatro ó seis gramos por día, Jeanbran aconseja hasta ocho y diez gramos diarios; se podrá dar también, la urotropina, el helmitol, la uraseptina, etc., que llenan las mismas indicaciones; se administrarán bebidas abundantes á fin de diluir la orina y siempre con el fin de hacerla menos nutritiva para los microbios. En ciertos casos, sólo el tratamiento general ha sido suficiente sin llegar á ninguna intervención vesical.

Conviene hacer constar, que si la bacteriuria es una afección benigna, una infección atenuada, es sin embargo é en muchos casos rebelde, recidivando después de suprimido el tratamiento.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFIA

Errores doctrinales concernientes á la tuberculosis y á su bacilo. Rectificación de estos errores. Nuevas orientaciones. conducentes á la solución del problema de la Profilaxis y de la Terapéutica específicas de esta enfermedad. Por J. Ferrán (de Barcelona). Barcelona, 1910.

El eminente bacteriólogo Dr. Ferrán ha publicado la conferencia que con este epígrafe dió en el Congreso de la Tuberculosis celebrado en Barcelona en octubre último. En ella resume el resultado de los numerosos trabajos é investigaciones, que viene efectuando hace muchos años con admirable constancia y tenacidad.

La síntesis hecha muy en extracto de sus ideas, es que si bien el bacilo ácido resistente de Koch aislado de un producto patológico, cultivado en serie é inoculado á un animal receptivo produce una tuberculosis típica, no por esto debe deducirse que la tuberculosis que podríamos llamar espontánea sea originada por este mismo bacilo. «Aislando, dice, sistemáticamente de los tuberculosos, todas las bacterias no ácido resistentes de fácil cultivo contenidas en los tejidos enfermos, se encuentra un buen número de ellas capaces de producir la tuberculosis». No por esto ha de creerse que la enfermedad es debida á múltiples agentes sin relación de parentesco entre sí, sino que el bacilo de Koch es un organismo derivado ó transformado por haber cambiado su medio y condiciones de vida. La prueba es que si se le cultiva *in vitro*, acaba por perder los caracteres más ostensibles adquiridos en su vida parásita y vuelve á ser lo que eran sus antecesores, es decir, una bacteria no ácido resistente, de fácil cultivo en cualquiera de los medios nutritivos usuales, fácilmente acomodable á la vida saprofítica. Este ascendiente del bacilo de Koch es, según lo que parece deducirse de los trabajos de Ferrán, el verdadero agente causal de la tuberculosis. Sus efectos son flogógenos determinando un acúmulo de leucocitos que destruyen á la mayoría de las bacterias;

pero las pocas que no mueren acaban por defenderse contra la acción de las lipasas y proteosas de nuestro organismo, creando antilipasas y antiproteosas específicas. La tuberculosis comienza, pues, siendo una simple bacteriolisis, á la que más tarde se agrega una leucolisis. La lesión tubérculo no constituye, por lo tanto, la enfermedad primordial; no es en realidad más que un residuo morbosos cuyo peligro está en que sirve de fortaleza inatacable del microbio y punto de partida de sus temibles incursiones.

En resúmen, la tuberculosis espontánea, se halla constituida en sus principios por un proceso infectivo de carácter inflamatorio debido á la bacteria saprofítica no ácido resistente, sobre el cual viene luego á imbricarse el proceso tuberculógeno, originado por la transformación de la bacteria primitiva en bacilo ácido resistente.

Si se consigue inmunizar al organismo contra la primera etapa de esta enfermedad, se logrará evitar el desarrollo de la segunda; y con sólo enunciar esta proposición cualquiera comprende la gran importancia práctica que podría derivarse de la confirmación de estas ideas del eminente bacteriólogo español, así como también se explica la inutilidad, ó poco menos, de los esfuerzos hechos para encontrar el tratamiento específico de la tuberculosis, partiendo del bacilo de Koch.

Si algún reproche pudiera hacerse á la exposición que de su doctrina hace Ferrán en esta conferencia, se limitaría á su excesivo laconismo; pero este aparente defecto está justificado no sólo por la necesidad de no cansar la atención del público dando proporciones desmesuradas á su trabajo, sino por las numerosas publicaciones que desde hace catorce años viene consagrando á este asunto, las cuales está obligado á estudiar el que quiera conocer fundamentalmente el problema.

Yo, que si no todos, conozco algunos de estos trabajos, he adquirido el convencimiento de que no es Ferrán un visionario. La intachable corrección técnica de sus trabajos de laboratorio, así como la severa lógica, que informa y preside á sus ideas, dan la impresión de que debe acercarse más que otros á la verdad.

A la conferencia siguen como apéndices una exposición clara de la reacción de fijación del complemento de Bordet Gengou, una descripción de la antigenoterapia ó vaccinoterapia de Wright y un artículo sobre etiología, profilaxia y terapéutica de la tuberculosis, publicado en el *Bulletin général de Thérapeutique* en septiembre de 1903.

Idea general de las medicaciones, por el Dr. Camilo Calleja, Madrid, 1910.

En este breve, pero bien escrito y mejor concebido trabajo, el Dr. Calleja expresa su criterio sobre clasificación de las distintas medicaciones y sobre las diferencias más características de cada clase de ellas. Entiende por medicación efectos medicinales de un mismo género, y luego de distinguir las acciones de las reacciones terapéuticas, acepta la posibilidad de clasificar las medicaciones en argósicas ó inertes, (cuyos efectos son acciones sin intervención de la actividad vital) y en bióticas ó vivicentes (de efectos reaccionales vitales); pero entendiendo que en el orden terapéutico la división del organismo en bioplasma y biomesos es un concepto diferencial más importante que el accional y reaccional, como primera agrupación de las medicaciones comprende bajo el nombre de *mesiatría* las que actúan sobre los mesos (medios que se relacionan con el bioplasma) y de *plasmiatría*, las que actúan directamente sobre las células en función (bioplasma). Las mesiatricas las subdivide en: 1.^a *antitraumática*; 2.^a *antidótica* (actuan-tes sobre causas inertes ó inanimadas); y en 3.^a *antiséptica*, y 4.^a *antiparasitícidas*, (de acción contra los séres vivientes patóge-nos); y las plasmíatricas, si tienen por objeto modificar las altera-ciones nosógenas, son subdivididas en: 5.^a *metamórficas* y 6.^a *repa-radoras*, y si se dirigen á modificar los cambios en la reacción vital en: 7.^a *inmunizantes* y 8.^a *excitosedantes*.

Explica en la segunda parte la característica de las cuatro primeras, que es la causal, sin atacar directamente las alte-raciones resultantes de la enfermedad y expone el papel pu-ramente protectorio de la 1.^a, el neutralizante químico de la 2.^a, el destructor microbiano de la 3.^a y el parasitícida de la 4.^a; y es característica de las otras cuatro la de intervenir en el organismo con alteración de la substancia viviente, ya modi-ficando la cacosis (acciones morbosas) ya modificando las reac-ciones vitales; diferenciándose unas y otras en que la 5.^a se ca-racteriza por corregir efectos morbosos directamente, por acción mecánica ó química; la 6.^a por tener por finalidad la de suminis-tro á la economía enferma de los principios constitutivos que la faltan; la 7.^a por prevenir ó corregir las infecciones por alteraciones intermediarias de las células y su vitalidad; y la 8.^a por tener por objeto la disbiosis por privación, ora produciendo efectos sustrac-tivos, ora inhibitorios.

Y concluye con las dos siguientes leyes, cuyo valor quita poder á las objeciones que pudiéramos hacer á lo definido y clasificado por nuestro buen amigo y egregio colega, Dr. Calleja, y que consignamos á la letra por comprenderse en ellas cuanto de acertada prudencia debemos usar en la práctica de la medicina:

•1.^a Al intervenir en las medicaciones excitantes para evitar una muerte prematura y próxima no debemos contrariar á la naturaleza, sino favorecerla, imitándola y fomentando sus formas de reacción vital (*principio isobiótico*); y

2.^a Las medicaciones sedantes sólo deben emplearse en los casos efímeros y en los de todo punto incurables, es decir, cuando no interfieren sensiblemente contra el proceso de regeneración, ó el de adaptación, (*principio paregórico*).

R. VALDIVIESO

CASOS Y CONSULTAS

Complicación invernal frecuente en las bronquitis crónicas.

Sr. D. J. de la R. «...No se extrañe V. de lo que, por esta época del año, le ocurre con sus antiguos catarrosos. Es inútil esforzarse y poner en juego todos los recursos recomendados contra las bronquitis, que son ya lo de menos en el conjunto morboso que se desarrolla en estos enfermos, cuando llegan á cierta altura. Comprenderá V. fácilmente la razón.

Todos vienen á tener la misma historia. Una serie de catarros, cada vez más largos y frecuentes, determina un estado bronquial crónico y continuo, en un período de tiempo que ni baja de 3, ni pasa de 7 años. Mientras evolucionan los fenómenos catarrales, el enfisema progresivo; las bronquiectasias; los focos de esclerosis pulmonar, merman la capacidad respiratoria; entretienen brotes congestivos, y, sobre todo, con los esfuerzos repetidos de la tos, oponen un obstáculo creciente á la circulación menor, que la economía va venciendo con una saludable hipertrofia del corazón derecho. Por este mecanismo se establece un *modus vivendi* que les permite disfrutar de cierta calma y bienestar durante el verano y otoño en estos climas. Pero llegan los cambios de temperatura y presión propios de nuestro mes de diciembre, y el proceso bronquial se agudiza; las congestiones aumentan; la tos se recrudece y la compensación establecida se rompe, comportándose el enfermo entonces, como un verdadero cardiaco con asistolia de forma cardio-pulmonar.

La bronquitis queda relegada á un segundo término ante la importancia que para los efectos de la terapéutica tienen los fenómenos de insuficiencia cardiaca, tanto más atendibles cuanto que en muchos de estos pacientes, el alcohol, el artrismo ó la edad, han puesto á su riñón en medianas condiciones para la defensa.

Esto explica la tenacidad del proceso y su rebeldía contra inhalaciones, balsámicos y espectorantes. El enfermo debe ser tratado como un cardíaco, venga de donde viniere su situación actual. Hay que empezar todo tratamiento por descongestionar el pulmón y vigorizar el miocardio. Ámplias y repetidas revulsiones en la caja torácica por medio de ventosas secas ó escarificadas, que son para estos casos insustituibles: derivación expoliadora por parte del intestino; y cafeína y digital, según convenga á la rapidez ó duración del efecto perseguido.

Cuando se haya hecho todo esto y una notable disminución de la fatiga haga creer en el restablecimiento de la energía cardíaca suficiente, podrá hacerse lo demás: entonces, y sólo entonces, resultarán útiles las inhalaciones, balsámicos, revulsión ígnea y cuantos recursos se aconsejan contra las bronquitis crónicas.

Para terminar, quiero poner á V. en guardia contra una posible contingencia que algunas veces produce sorpresas muy desagradables. La rotura de la compensación se presenta en algún caso con una rapidez é intensidad tan grandes, que en los primeros días de una pequeña agudización y en un período de tiempo que se puede medir por horas, se desarrolla el alarmante cuadro del edema pulmonar agudo, que pone la vida en serio peligro de momento y reclama casi siempre la sangría. Este accidente debe estar subordinado á una influencia atmosférica, por que yo he visto en varios años explotar el fenómeno la misma noche y á las mismas horas con muy corta diferencia, en dos y aun en tres de mis enfermos á la vez. Conviene estar siempre prevenido contra este hecho, de tanta importancia para el pronóstico...»

DR. MORENO

Enero, 1911.

CLINICA QUIRÚRGICA DEL DR. ARRIMADAS

Cañidor óseo del opérculo branquial del bacalao, detenido en el exófago.—Extracción por exofagoscopia.

María Iruardo, de 73 años, viuda, natural de Valladolid.

En la noche del 24 de diciembre último, tragó uno de los cañidores óseos de los opérculos branquiales del bacalao, presentándose en el acto tos, vómitos, grandes ahogos y fuertísimos dolores de garganta. En los días consecutivos, la deglución fué muy dolorosa, aún para los líquidos, y en esta situación ingresó en la clínica del Dr. Arrimadas el día 30 de diciembre de 1910.

Avisado por mi distinguido amigo y compañero Dr. García Canal, renunciemos al examen radioscópico por tratarse de un cuerpo que por su poca densidad (radiológicamente hablando) no nos había de proporcionar dato alguno de interés y procedimos al exofagoscópico.

Intervención.—El día 2 de enero del presente año. Con anestesia local. Posición sentada. Tubo de 12 m. m. por 40 cent. Iluminador Brunnings. Después de luchar casi á brazo partido con la paciente, por ser á su edad bastante indómita, introducimos el tubo sin dificultad alguna y en cuanto hubo penetrado 25 centímetros (teniendo de punto de referencia el reborde dentario superior), percibimos que la mucosa se hallaba bastante congestionada y que en el centro del conducto exofágico, se encontraba el ya referido cañidor, despidiendo un olor insoportable, debido á la descomposición de restos alimenticios estancados en aquel punto. Introdujimos una pinza y haciendo presa, es extraído á la vez que el tubo, sin casi hacer resistencia. Desde este momento la enferma no aqueja molestia alguna.

Valladolid 3 enero de 1911.

MISAEEL GARCÍA

ESTUDIO CLINICO DEL ASTIGMATISMO

POR

PABLO ALVARADO

Oculista de Valladolid.

En todas las naciones cultas de Europa, la inspección de la refracción ocular, por médicos competentes, es obligatoria para los niños que ingresan en las escuelas. En nuestra modesta esfera hemos de trabajar para conseguirlo en España; con este fin, tenemos en preparación un libro de vulgarización del que este artículo es un ensayo.

De gran utilidad sería, que estos conocimientos llegasen hasta los maestros de instrucción primaria, puesto que ellos son los primeros que notan los defectos en la visión de sus discípulos, en la edad en que la corrección puede dar más brillantes y útiles resultados.

Conocido es que el ojo forma una cámara oscura provista de un aparato refringente que hace converger sobre la retina los rayos luminosos que hasta él llegan. Ocurre con frecuencia que el aparato, por exceso ó defecto de refringencia, hace que los rayos luminosos converjan por delante ó detrás de la retina, constituyendo los defectos de refracción miopía ó hipermetropía perfectamente conocidos.

Partimos en estos casos de la idea de que la superficie del aparato refringente sea una curva de revolución, es decir,

una curva ideal en la que, en todos los puntos el radio tenga la misma longitud; pero esta identidad es imposible en la naturaleza y la diferencia del radio de un meridiano con la de otro, es lo que constituye el astigmatismo, que puede definirse por tanto: *la diferencia de refringencia entre dos meridianos del aparato dióptrico del ojo.*

Así constituido el astigmatismo, se comprende que ha de tener distintas variedades, según las modificaciones de los radios de curva antes indicadas.

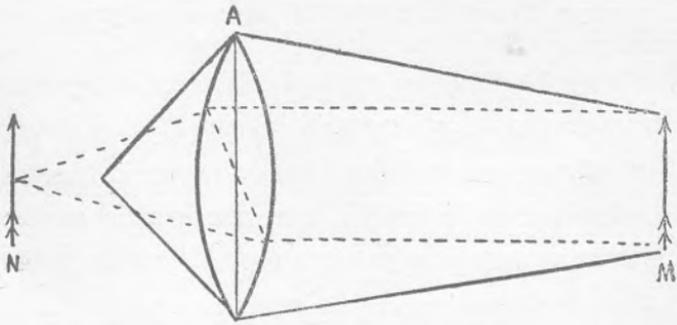


Figura 1.^a

Para su mejor inteligencia nos servimos de los esquemas siguientes, en los cuales, con una ojeada, nos damos idea de sus modalidades.

Representamos el aparato refringente, por una lente (A). La retina, por la flecha (N), y el objeto que el ojo ve, por la flecha (M). La línea llena sea el meridiano vertical, y la de puntos el horizontal.

Puede ocurrir, como en la (fig. 1.^a), que siendo normal el meridiano horizontal, y por consiguiente, formando su foco en la retina el vertical sea más refringente y le forme por delante, constituyendo el caso de astigmatismo miópico sencillo. En todos los casos, cuando el meridiano más

refringente, es el vertical, el astigmatismo se dice que es conforme á la regla por ser el caso más frecuente y contrario á la regla cuando lo sea el horizontal.

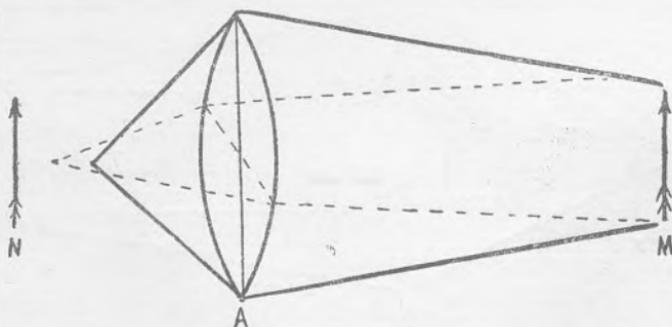


Figura 2.^a

Cuando, formando el meridiano vertical su foco por delante de la retina, el horizontal le forme también por delante, en un sitio más ó menos próximo, tendremos constituido el astigmatismo miópico compuesto, (fig. 2.^a)

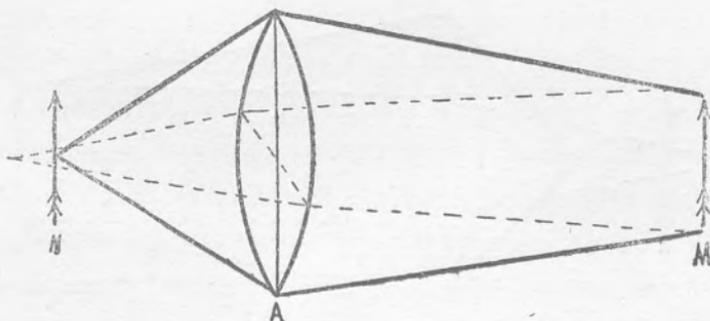


Figura 3.^a

En los casos en que un meridiano forme su foco por detrás de la retina, tendremos el astigmatismo hipertrópico simple, (fig. 3.^a)

Formando el foco los dos meridianos por detrás, se constituye el astigmatismo hipertrópico compuesto, (fig. 4.^a)

Por último, el caso menos frecuente le constituye el astigmatismo mixto, en el cual, un meridiano es miope y el opuesto hipermetrope, (fig. 5.^a)

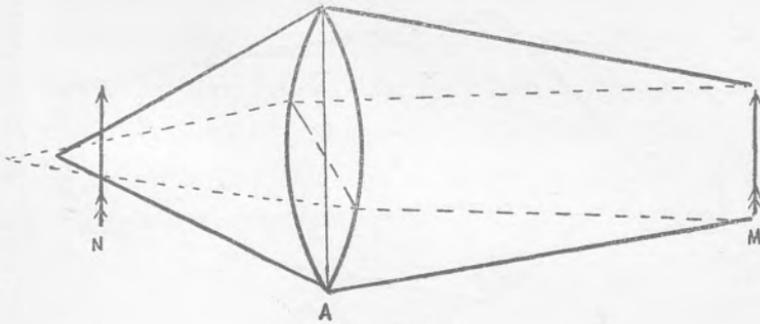


Figura 4.^a

En todos los casos, como hemos dicho ya, el astigmatismo, es la diferencia entre los dos meridianos, y se expresa en dioptrías en la forma siguiente: $As = \pm n$ dioptrías.

El diagnóstico del astigmatismo puede hacerse por medios

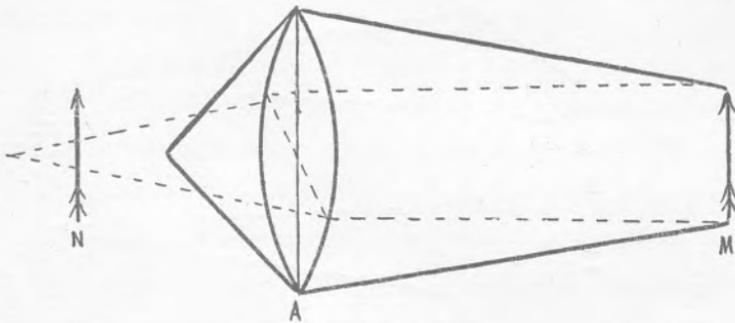


Figura 5.^a

objetivos y subjetivos, como todos las ametropías. En la práctica es necesario combinarlos para llegar á la corrección perfecta, como veremos más adelante.

Entre los medios objetivos tenemos en primera línea, el más práctico de todos, la esquiastropía, que sin necesidad de

instrumental complicado, puede ser ejecutado con gran precisión sin más que un par de horas de aprendizaje, pudiendo con él diagnosticar la refracción total con $\frac{1}{4}$ de dioptría de error, lo que en la práctica resulta una precisión matemática.

Para ejecutar la esquiastoscopia es necesario un oftalmoscopio con espejo plano, una regla en la cual van montadas una serie de lentes convexas y otra cóncavas ó mejor la caja de prueba; una cámara oscura ó una habitación de 4 ó 5 metros de larga, sin adornos que puedan distraer la atención del sujeto y una luz artificial de gas ó petróleo.

Sentado el sujeto á examinar, con la luz colocada detrás de la cabeza, se le invita á mirar de frente, al fondo de la habitación por encima del hombro del observador, sentado delante de él. En esta forma, mirando el observado á una distancia de 4 ó 6 metros, tendrá la acomodación relajada como para mirar al infinito, condición indispensable para la exactitud de los resultados, por cuya razón dijimos al principio que en la habitación no debe haber adornos que puedan solicitar la atención del sujeto y obligarle á poner en juego la acomodación.

Sentado el operador á dos metros delante del enfermo ilumina el ojo como para el examen oftalmoscópico ordinario y ve aparecer el campo rojo, más ó menos perfecto, según el grado de transparencia de los medios y la mayor ó menor regularidad de la superficie corneana. En el primer caso, que es el que nos interesa, el operador hace mover el espejo sobre el eje vertical, de derecha á izquierda como si fuera á iluminar sucesivamente la región temporal, el ojo y la nariz: al ejecutar este movimiento, á medida que la luz se retira, aparece detrás de ella la sombra en todo su trayecto y el fondo rojo del ojo se oscurece en la misma forma, es decir,

siguiendo la sombra á la luz. Diremos entonces que la *sombra* es *directa* y el ojo observado normal ó hipermetrope. Colocamos entonces, delante del ojo observado una lente convexa de + 1 dioptría y haremos girar el espejo como anteriormente, veremos entonces, que si el ojo es normal, la sombra ya no va en el fondo detrás de la luz, sino al contrario, es decir, que el ojo no se oscurece en la dirección en que nosotros movemos el espejo, sino que la sombra avanza al encuentro de la luz en sentido contrario de ella, la *sombra* se ha hecho *inversa*. Si el ojo es hipermetrope la sombra seguirá siendo directa y entonces pondremos delante del ojo observado una lente de + 2 dioptrías, + 3, etc., hasta que la sombra se haga inversa y esta lente nos da el grado de la hipermetropía que supondremos es de + 3 dioptrías.

Ahora hacemos girar el espejo sobre el diámetro horizontal, es decir, iluminando la frente, el ojo, etc., y veremos el mismo fenómeno que anteriormente; siguiendo el examen en la misma forma llegamos ha hacer la sombra inversa con una lente de + 4 dioptrías. Pues tenemos un ojo hipermetrope de + 3 dioptrías horizontalmente y + 4 verticalmente y por consiguiente astigmático de + 1 dioptría.

As hipermetrópico compuesto de 1 dioptría.

Si al examinar el ojo la sombra es contraria, tenemos un ojo miope y entonces colocamos delante de él una lente cóncava de — 1 dioptría — 2 etc., hasta conseguir que la sombra se haga directa y esta lente nos da el grado de la miopía en el sentido vertical ú horizontal en que hayamos hecho el examen y la diferencia entre los diámetros perpendiculares el grado del astigmatismo.

Nosotros decimos meridiano horizontal y vertical para la mayor claridad en la exposición, pero lo mismo ocurre en

el caso de que los meridianos sean más ó menos oblicuos, el diagnóstico y la corrección se hacen del mismo modo.

Explicado así en pocas palabras el fenómeno de la sombra pupilar, se ve su sencillez extrema y la gran facilidad de su ejecución: no hay médico por aislado y desprovisto de instrumental que se encuentre, que no pueda proporcionarse con facilidad, un espejo plano y algunos lentes con lo cual hará un diagnóstico de refracción tan exacto como pueda hacerlo el mejor profesor de oftalmología en el más costoso gabinete de óptica.

El astigmatismo es producido en su mayor parte por la deformidad de la superficie anterior de la córnea. El cristalino obra sobre él, corrigiéndole en parte ó totalmente por contracciones del músculo ciliar que le hacen deformarse más ó menos hasta corregir el As corneano; lo que dá lugar á fenómenos de astenopia, dolores, etc., si bien en esto se ha exagerado mucho. Otras veces le aumenta, pero siempre en pequeño grado, de aquí que medir con exactitud el As corneano, sea medir con gran aproximación el As total, lo que se consigue con la oftalmometría.

La base de la oftalmometría es la fórmula $R = \frac{2dI}{O}$. Para medir el radio del espejo convexo que forma la superficie anterior de la córnea, mediremos la imagen (I) de un objeto (O) situado á una distancia (d) con relación al espejo.

Dicho en otros términos, el tamaño del objeto es al de su imagen como dos veces la distancia del objeto al espejo es al radio (φ) que forma la proporción $O : I :: 2d : \varphi$.

Es fácil saber el tamaño del objeto y su distancia á la córnea, lo difícil es medir la imagen que aquí se refleja. La dificultad está en la movilidad del ojo observado, que hace no pueda la imagen adaptarse con facilidad á las líneas del micrómetro.

Para vencer esta dificultad Helmholtz propuso desdoblar por un artificio óptico la imagen de reflexión de un objeto dado, de una línea, por ejemplo, y después poner en contacto las dos líneas por sus extremidades. En esta forma, cualquiera que sea la oscilación de la córnea, el observador verá siempre las mismas líneas en contacto. La distancia recorrida por las líneas para ponerse en contacto, da el tamaño de la imagen misma.

El oftalmómetro de Helmholtz ha sido modificado y hecho práctico por Javal y su discípulo Schioetz y hoy se encuentra en manos de todos los oculistas, aun cuando su uso no se generalice por no reunir las ventajas de sencillez, rapidez y seguridad de la esquiascopia.

Como menos importante mencionaremos sólo el examen de la imagen recta, el disco de Plácido, etc.

Hecho el examen objetivo tenemos que proceder al subjetivo que nos confirme ó rectifique los datos recogidos, como trámite indispensable para la elección de vidrios.

Para este examen disponemos de dos medios muy prácticos, el cuadrante horario y la ranura estenoipeica.

El cuadrante horario consiste en una circunferencia, en la cual se encuentran marcados en negro, una serie de radios del mismo espesor y para poder con facilidad hacer referencias, las horas, de I á XII; sentado el paciente á cuatro ó cinco metros del círculo, en el caso de astigmia, verá destacarse con claridad una serie de radios y con menos claridad los perpendiculares á éstos, la dirección de los radios vistos con más facilidad, nos da la dirección del astigmatismo, si el enfermo es persona culta que sepa observar bien y la lente que necesite para verlos todos con igualdad, el grado.

La ranura estenoipeica constituye un excelente medio de

diagnóstico y un auxiliar inapreciable, para llegar á la determinación de lentes, en las personas poco cultas y en los casos de As mixto. La ranura, que se encuentra en todas las cajas de prueba, es fácil de hacer; basta, en una chapa metálica, hacer una ranura de dos ó tres centímetros de longitud y algo menos de un mm. de anchura; colocada delante del ojo, primero verticalmente y luego de un modo oblicuo hasta llegar á la horizontal, habrá un momento en que el sujeto vea con claridad las letras de la escala mural y en la dirección perpendicular las verá confusamente; estas dos direcciones de la ranura nos dan la de los ejes del As.

Para el examen en la clínica, empezaremos por medir y anotar la agudeza visual del paciente y por un detenido examen de fondo de ojo convencernos de que la falta de visión no puede obedecer á otra causa que á la ametropía. Una vez hecho este previo é indispensable examen, empezaremos por hacer la esquiastropía en la forma indicada, anotando los resultados, al lado de la agudeza visual. Inmediatamente se coloca al sujeto frente á las letras de la escala mural, á una distancia de por lo menos cinco metros; en la armadura de ensayo se coloca un vidrio deslustrado delante del ojo que no se ha de examinar; delante del otro, el esférico que la esquiastropía nos haya dado como probable, para corregir el meridiano menos refringente, invitando al sujeto á leer los caracteres de la escala, pondremos delante un vidrio cóncavo y luego convexo de $+ 0,50$ y $- 0,50$ dioptrías, para afinar en la graduación, hasta llegar, después de algún pequeño tanteo, al vidrio que dé la mayor visión. Sustituimos entonces la escala de letras por el cuadrante y colocamos en la ranura de la armadura de pruebas, delante del vidrio esférico, el cilíndrico que la esquiastropía nos haya

dato para corregir el As, haciéndole girar hasta que tome la dirección, en la cual los radios sean vistos iguales ó lo más iguales posibles, un pequeño tanteo con dos ó tres vidrios nos dará el que corrige exactamente ó con gran aproximación.

Con algunos esquemas y ejemplos procuraremos dar una

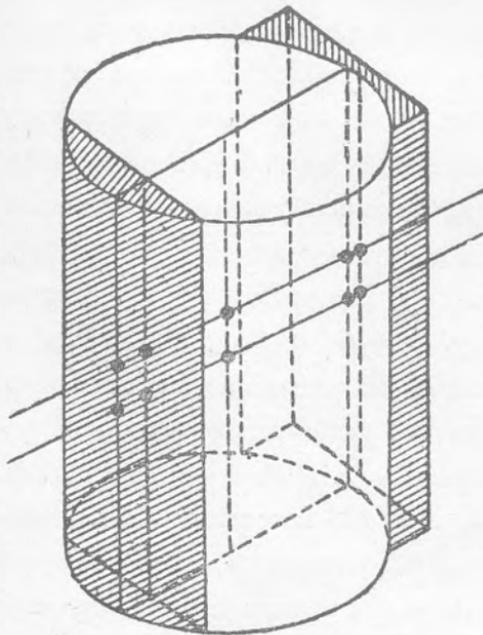


Figura 6.^a

idea clara del modo de combinar los vidrios y de formularlos. Pero antes detallaremos lo que es un vidrio cilíndrico, ya que los esféricos son bien conocidos.

El vidrio esférico es un segmento de esfera que refracta los rayos luminosos igualmente en todas direcciones. El cilíndrico se obtiene seccionando un cilindro paralelamente

á su eje, como se ve claramente en la figura 6.^a

De su construcción se deduce que, los rayos luminosos que á él llegan por un plano paralelo á su eje, no sufrirán modificación, como si atravesasen un vidrio plano y los que lleguen por un plano perpendicular al eje, sufrirán la refracción, según que el vidrio sea cóncavo ó convexo.

Las armaduras de prueba tienen en el contorno de la ranura, destinada á recibir los vidrios, las cifras que indican la inclinación del eje del cilindro.

Supongamos que hemos de corregir un caso de As, miópico sencillo, que es donde hemos de llegar siempre, en todos los astigmatismos, después de corregir un meridiano con el vidrio esférico. Colocamos delante del ojo un cilindro de

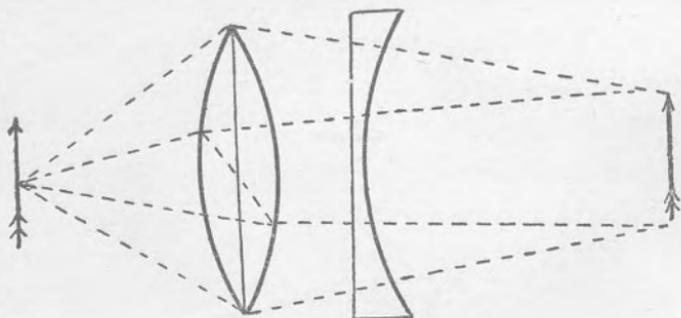


Figura 7.^a

— 1 dioptría, dado que sea este el grado del As, eje horizontal, suponiendo también que el As sea vertical, todos los rayos luminosos que lleguen al cilindro horizontalmente

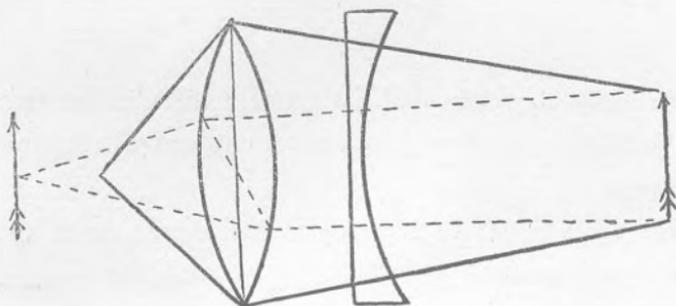


Figura 8.^a

pasarán por un vidrio plano, sin modificarse, los que lleguen verticalmente, atraviesan una lente cóncava que los hace divergir hasta la retina, como se ve en la fig. 7.^a

Consideremos un segundo caso de As miópico compuesto (fig. 2.^a), en el cual el meridiano vertical, es miope de

— 2 dioptrías y el horizontal de — 1. El As será igual á — 1 dioptría, diferencia entre los dos meridianos.

Si colocamos delante del ojo una lente esférica de — 1 dioptría, habremos puesto el foco del meridiano horizontal sobre la retina y al vertical le habremos hecho retroceder — 1 dioptría también, haciendo así de este As miópico compuesto un As miópico simple de — 1 dioptría, como en el caso primero, (fig. 8.^a)

Colocando ahora delante del esférico un cilindro de — 1 eje horizontal, tendremos del todo corregida la ametropía y

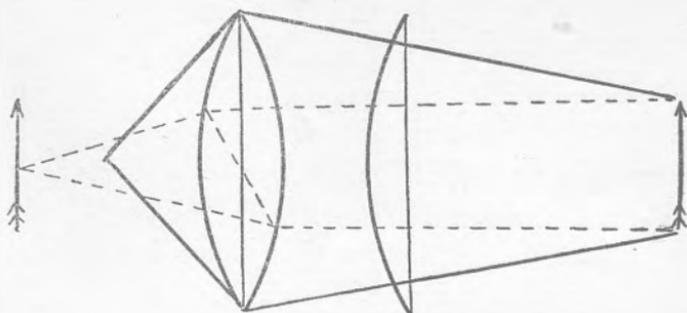


Figura 9.^a

formularemos: — 1 — 1 0°. La primera cifra indica el grado del vidrio esférico, la segunda el del cilindro y la inclinación de su eje.

En el caso de As hipermetrópico simple de la fig. 3.^a Corrigiendo con una lente esférica, convexa, de por ejemplo + 1 dioptría, habremos traído el meridiano horizontal á la retina y el vertical, que era normal, le hemos hecho miope de — 1 dioptría. Le corregiremos como los casos anteriores, con un vidrio cilindro-cóncavo y su fórmula: + 1 — 1. 0°, (figura 9.^a)

Por último, en el caso de As mixto de la fig. 5.^a, suponiendo que verticalmente sea miope de — 2 dioptrías y

horizontalmente hipermetrope de + 1. Colocando un vidrio esférico convexo de + 1, habremos corregido el meridiano horizontal y al vertical le hemos hecho miope de - 3 y para corregirle, no hay más que colocar, como en todos los casos, un cilindro de - 3 dioptrías, eje horizontal, formulando: + 1 - 3 0°, (fig. 10).

No existe unidad de criterio al formular las lentes, por colocar unos oculistas el 0° al lado nasal y 180° al temporal, y otros al contrario, por lo cual, mientras no se llegue á un

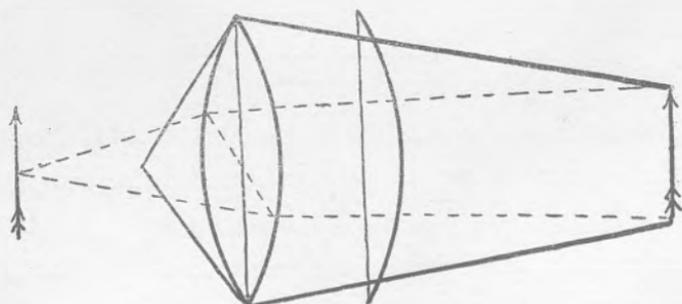


Figura 10

acuerdo, es necesario en un pequeño esquema marcar con una flecha la dirección del eje del cilindro. Lo mismo ocurre en la colocación de las cifras en la fórmula, unos colocan el cilindro antes y otros después del esférico, teniendo por eso que anteponerle la inicial *cil.* Corrigiendo siempre primero el meridiano menos refringente, se evita esto, yendo siempre primero el esférico, no necesitándose en las cajas de prueba vidrios cilindro-convexos, sistema adoptado ya por mi malogrado maestro de refracción Dr. Despagnet en 1900.

Intervención del estado general en las manifestaciones locales

POR EL

DR. D. ISAÍAS BOBO DIEZ

(Conclusión).

Constantemente vemos en la práctica estados locales, que aunque por su aspecto parecen circunscribirse á aquel sitio, los tratamientos ulteriores nos demuestran lo contrario, cuya repetición de hecho son las razones más contundentes y los argumentos más sólidos que podemos exponer. Una coxalgia, un tumor blanco de la rodilla, ú otra lesión análoga en uno ó varios huesos, aunque siempre pesadas y rebeldes, si se las trata localmente, rara vez se conseguirá una radical curación y aunque no pretendemos negar lo valioso de aquellos tratamientos, reconocemos que no son más que coadyuvantes de la medicación interna y de los preceptos higiénicos, cuya finalidad es entonar y elevar las energías orgánicas, que son las que cumplen su misión más á satisfacción que cuantas cantáridas, caústicos y demás medios se hiciera uso.

Algo análogo ocurre con las manifestaciones mucosas de los escrofulosos ó pre-tuberculosos. Muchos de estos enfermos sienten molestias y obstáculos en la respiración nasal y la impaciencia y desesperación de los enfermos, unida á la

tendencia anti-conservadora, que hoy vuelve á hacerse de moda, de quitar cuanto estorba, hace que aquel enfermo, cuyo motivo de la molestia no es otra cosa que una rinitis hipertrófica, un abultamiento de los cornetes ú otra causa mecánica hija, la mayoría de las veces, de un estado constitucional, aquel enfermo, repito, ha sido operado, mutilándole aquellas «carnosidades» que estorban á la respiración y de las que inmediatamente se ve libre. Por el momento todo es satisfacción, pero casi siempre ocurre una de estas tres cosas, que hacen pensar en lo intempestivo de la intervención. Lo menos grave que puede ocurrir es que la superficie cruenta que en la mucosa queda, como resultado de aquella destrucción de tejidos, se regenere mal y por el hecho de ser un sitio donde la mucosa está constantemente en contacto con todos los gérmenes que pululan en la atmósfera, dé lugar á ulceraciones crónicas que, si en todos los individuos se hacen rebeldes en su cicatrización, con mayor motivo ocurre en aquellos cuyas lesiones son de origen prefiatogéno, en que siempre la reacción de los tejidos deja mucho que desear. Es otro inconveniente, el que los cornetes por su disposición y las bellosidades que les circundan y protejen, están armoniosamente combinados para servir de traba al paso de los gérmenes que constantemente respiramos, los cuales se detienen allí, cosa que ya no sucede cuando quitamos aquel precioso recurso de que la naturaleza dotó al organismo y que á todo trance debiéramos respetar. Y por último, esas lesiones que por la acción operatoria se fraguan en la mucosa nasal, y puesto que dicha mucosa es un todo continuo sin interrupción alguna hasta la última trama pulmonar, hasta allí pueden propagarse, lenta ó rápidamente, las lesiones originadas en las fosas nasales y que ya una vez en

aquellos órganos, todos sabemos la importancia que revisten y las consecuencias fatales consecutivas que pueden acarrear. Y después de todo ¿para que se operó? ¿Es que no había otro medio de curar aquel enfermo? ¿Es que por el hecho de la extirpación de aquella mucosa ó cornete ya se resolvió el conflicto? No; lo que se hace es conseguir el alivio momentáneo ó temporal, en cambio del calvario consecutivo, que muchas veces queda, por las consecuencias antes apuntadas.

Ningún médico habrá dejado de ver, por corta que sea su práctica, casos como el que nos ocupa, y si en vez del tratamiento operatorio ha seguido con paciencia el proceso, dando al enfermo medios reconstituyentes, aire puro, dormitorios ventilados, buenos y nutritivos alimentos, ejercicio moderado y cuantos medios apropiados, tanto higiénicos como terapéuticos tiene á mano, verá que, á la larga si, pero con gran satisfacción, aquel enfermo consigue verse curado de aquellas molestias, de aquellas afecciones, que tanto le mortificaban las cuales, si bien han desaparecido con más lentitud, tienen en cambio la ventaja de no tener que sufrir los rastros post-operatorios, que siempre son un enemigo que amenaza, del que tarde ó nunca se ve libre el enfermo y todo por que con este tratamiento curó el mal; atacó la causa origen y sostén de todas las afecciones.

Idéntico resultado se observa en otros sinnúmero de casos en que el estado constitucional juega tan importante papel, y no lo es menos los que á diario se ven en la sífilis. Enfermos con úlceras chancrosas faríngeas ó de otra región, con hipertrofias de las amígdalas ó cualquiera otra manifestación concreta y al parecer aislada, consecutivas á la infección sífilítica, y no se curarán por más tratamientos locales que

se instituyan; consiguiendo, á lo sumo, hacer desaparecer el chancro ó la úlcera con más ó menos rapidez, pero el alivio del enfermo es parcial y más tiene de efectista que de real, puesto que el mal sigue y nunca se verá libre de él, ni evitará las manifestaciones terciarias, si no emplea el tiempo y la constancia necesaria en el tratamiento interno, que al fin es el único curativo, dentro de los límites que á la palabra curación puede concederse en esta enfermedad.

La sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo, es el trípode sobre que descansa la mayor parte de las enfermedades que pudiéramos llamar constitucionales, por que á su alrededor giran casi todos las demás, ya aisladas ó asociadas entre sí, ó á otras de menos entidad que las apuntadas.

La forunculosis, enfermedad tan frecuente y penosa en muchos individuos, sobre todo en la primavera y en los que viven en grandes establecimientos (hospitales, cuarteles, etcétera), cuando dicha afección se presenta como complicación de la glucosuria, de la albuminuria, de la azoturia, de la diátesis artrítica y de la gota, ó cuando se presenta en la convalecencia de las enfermedades infecciosas (viruela, sarampión, escarlatina, fiebre-tifoidea, etc.), el tratamiento será el local asociado al general, que en cada uno corresponda, pero cuando, como ocurre frecuentemente, la forunculosis reincide en los mismos sujetos, entonces contra tal enfermedad no cabe más tratamiento racional que el que tienda á purificar la sangre y reconstituír el estado general.

Difícilmente se puede precisar á qué se debe la predisposición á los diviesos; es probable que las causas de ello difieran según los casos y de aquí que ciertos tratamientos buenos para unos individuos no han dado en otros el resultado apetecido.

Amenudo el médico descubre el origen de la forunculosis en la existencia de fermentaciones intestinales anormales y en tal caso las intoxicaciones que resultan de ello producen trastornos cutáneos á los cuales puede ser atribuída la afección. En este caso, que nos sirve de ejemplo, la supresión de los alcoholes, café y te, auxiliado del régimen alimenticio lácteo-vegetal y el empleo de los antisépticos intestinales, son suficientes para evitar nuevas invasiones de la misma índole; es decir, que el tratamiento general es el que impera y del que se obtienen los más beneficiosos resultados.

Todo cuanto venimos apuntando respecto á las enfermedades de curso lento, lo referimos también á las de rápido ciclo evolutivo.

Una erisipela no la tratamos solamente con medios locales, sino que sin desatender éstos, nuestro afán es depurar el organismo eliminando las toxinas de aquellos estreptococcus que se enseñorean por toda la economía, aunque hayan hecho su ostentación en una región determinada. ¿Qué hacemos enfrente de una pulmonía? Vigilar el estado general, entonar las fuerzas del enfermo, no olvidando un momento el estado de las energías del corazón; favorecer la eliminación mayor de toxinas por los emuctorios naturales, dando purgantes, diuréticos, espectorantes y sudoríficos, cuyos recursos usados, no sistemáticamente, sino según las necesidades de cada caso son, unidos á los medios tópicos, no siempre necesarios, el conjunto de recursos de que generalmente echamos mano en estos casos.

No dejamos de reconocer que no siempre las lesiones ó afecciones que tratamos son sostenidas por el estado general; ni somos sistemáticos en el empleo de los tratamientos

internos, pero es necesario reconocer que al estado general, que al organismo, hay que darle más participación de la que hoy le concedemos, no aislándolo tanto que sólo en determinadas circunstancias lo tengamos presente al prescribir tratamiento.

Casos hay en los que la causa es tan conocida y el proceso patogénico tan reducido y limitado, que se resiste á creer que tenga allí participación todo lo que no se refiera á la región afecta, y sin embargo el tratamiento combinado dá excelentes resultados y cura mas rápidamente que cuando sólo se atiende á la región donde radica el mal; me refiero á las enfermedades parasitarias en cualquiera de sus variedades. Nadie duda que puede y en efecto se cura la tiña con sólo los medios tópicos, pero si á ellos se agregan los iódicos en los gruesos y fuertes, ó los arsenicales y grasas en los débiles y delgados, el proceso se acelera con resultados visiblemente satisfactorios. Idéntica argumentación empleamos para la sarna, que aunque generalizada por grandes extensiones de la piel ó por toda ella, el acarus se destruye más pronto si ayudamos las energías orgánicas avivando sus reacciones al entonar y purificar aquel organismo en donde el agente productor encontró terreno en condiciones de poder vivir y desarrollarse.

Hay, sin embargo, estadísticas tan numerosas y completas como cuajadas de datos, que hacen ver bien á las claras cómo se curan enfermedades sin que para nada se ayude al estado general.

Ya hemos dicho y repetimos, que no siempre es necesario y por tanto no hemos de hacernos sistemáticos en el empleo de los recursos de acción general, como nos lo confirman las deducciones prácticas tan satisfactorias que sin ellos

se obtienen, ni somos tampoco nihilistas en cuanto se refiere al empleo de los remedios de acción local, pero para el resultado definitivo y para poder hacer juicio exacto, hacían falta otros datos: hacían falta las contra-pruebas, ó sea la estadística de aquellos mismos casos ú otros idénticos en número y condiciones, tratados por el procedimiento mixto para comprobar los resultados definitivos de ambos. Entonces seguramente se vería, que si grande es la cifra de los éxitos en el primer caso, infinitamente mayor sería cuando el procedimiento empleado fuera el mixto.

El que un mal se cure sólo con tratamiento local, no quiere decir que aquél fuera el único y oportuno remedio, pues enfermedades hay y hasta de las que comprometen la vida de los enfermos, en las que en realidad, no hacemos más que ser meros espectadores de su marcha y sin embargo los resultados son altamente satisfactorios en muchas ocasiones, lo cual demuestra que la naturaleza por sí sola cura más que todos los recursos de que podamos disponer.

Una prueba más del predominio del estado general en casi todas las enfermedades, la dá la autorizada voz del Doctor D. José Calvo y Martín, levantada en el Congreso Médico celebrado en Madrid en la primavera del año de 1903, de cuya disertación «Limitación justa de las especialidades», copio lo siguiente:

No se puede mutilar la ciencia en provecho de la especialidad del arte, sin el peligro de alterar la patología general que representa la unidad del ser, que vive en la personalidad humana, jurídica, religiosa y social. Y tan fuerte es el enlace de todos los aparatos del organismo humano, que juntos en evolución nacieron y funcionan para la perfección del ser, que crece y se desarrolla hasta la

edad adulta para morir al fin, comunicando incesantemente de unos á otros órganos los bienes y los males por variadas simpatías.

Por esto se observa á cada instante, que cualquiera órgano, por aislado que parezca, si enferma, tarda poco en hacer partícipe de su dolencia á los demás, y hasta causar la muerte total. El mal de Bright engendra la albuminuria y conduce á la muerte; la otitis media, á la laberíntica, á los abscesos cerebrales y á morir; la laringitis, á la afonía, á la tisis y á la funesta desgracia; y la apendicitis mata rápidamente. De donde se deduce la necesidad de aprender primero toda la patología, para ejercer después algunas de las especialidades, que sólo se conocen, bien enseñadas por ilustres maestros ó por la laboriosidad incesante.

Más adelante el mismo autor al tratar de los sistemas médicos, se expresa en esta forma; ¡Cuánto se divaga con la fórmula de Bichart investigando el *sitio de la dolencia*, que había expresado mejor Morgagni en su obra «*Le libus et causis morborum*»!.. ¡Qué valen las localizaciones ante las diátesis, fluxiones, etc., etc.! Por este camino—sigue—encontrareis *la fuerza medicatriz de la naturaleza* ó la fagocitosis de Metchnikoff, que tan alta se halla hoy mismo en la curación de las graves dolencias.

Y por último expone dos conclusiones, que expresan bien claramente su pensamiento y recopilan cuánto dice en su luminoso escrito: *primera*, que para ser gran especialista hay necesidad de aprender y practicar primeramente toda la patología enseñada por ilustres maestros; y *segunda*, no se puede mutilar la ciencia en provecho de la especialidad del arte, sin el peligro de alterar la patología general que representa la unidad del ser.

Se desprende de lo que antecede la preponderancia que corresponde al organismo en general sobre todos los síntomas afecciones ó localizaciones, que son dependientes de aquél y cuyo estado fisiológico ó patológico corre pareja con el del organismo entero.

Así mismo demuestra la necesidad de profundizar en los estudios de las especialidades, practicando mucho al lado de buenos maestros y procurando reunir numerosas estadísticas de casos que con la especialidad se refieran, antes de llamarse tales especialistas; y así y solamente así, será como la ciencia médica progresará y se abrirá campo en muchos asuntos que aun permanecen en embrión.

Así y solamente así, es como debemos entender las especialidades, pues para ser especialista, no basta haber visto escaso número de enfermos sólo, sin la dirección técnica necesaria, ni la preparación científica indispensable, sino que una vez en posesión de este arsenal médico imprescindible, es preciso que si ha de ser *verdadero especialista*, dedique á la especialidad todos sus afanes y desvelos, todas sus energías, todos sus estudios y que, en su práctica, se limite *única y exclusivamente* al ejercicio de la especialidad, pues, aparte de que su intervención en asunto de otra índole puede ser motivo de algo que redunde en perjuicio del enfermo, no hay que olvidar la gran verdad que encierra el aforismo hipocrático: «ars longa vita brevis...»

Nadie que discurra con sentido práctico ha de negar la importancia, y hasta la necesidad de las especialidades, cada día mas en auge, pues de ellas nacen los profundos estudios y grandes descubrimientos que tanto en la patología, como en la terapéutica, se llevan á cabo, enseñándonos nuevos procedimientos de curación, que jamás se hubieran llegado á

conocer si su estudio no se limitase solo y exclusivamente á la especialidad.

Bien nos abona en cuanto decimos, el resultado del tratamiento de la sífilis con los procedimientos inyectables, evitando así las molestias de las prácticas antiguas, y lo que es más, disminuyendo los efectos consecutivos de la eliminación, sea mercurial ó iódica.

El progreso realizado con el oftalmoscopio, es por sí sólo suficiente para encumbrar á la altura de que se ha hecho digno el estudio de las especialidades, apreciando con su mediación los detalles más nimios y microscópicos del intrincado globo ocular, desde la curiosa circulación de la arteria central retiniana y la disposición de la papila óptica, hasta las más insignificantes exudaciones pigmentarias y plásticas, y demás detalles fisio-patológicos que en aquel órgano tienen lugar.

Los éxitos alcanzados en las afecciones del oído, trepanando la apófisis mastóides y llegando hasta el cerebro, donde la abertura de abscesos allí formados evita de una muerte segura al paciente; esas atrevidas operaciones y ese perfeccionamiento en los aparatos no llegarían á la altura que ocupan, si no fuera por que la constancia y la experiencia de los muchos años han coronado aquellos esfuerzos, que jamás hubieran sido tan grandes, sin la repartición del trabajo en grupos ó especialidades.

Y nada más grande y suntuoso que el edificio que la histología, ahora con más entusiasmo que nunca, levanta sobre el pedestal inmaculado de la ciencia médica. Cada día descubriendo nuevos procedimientos de investigación de la trama íntima de que están constituídos nuestros tejidos; cada día nuevos elementos con que escudriñar la intrincada

constitución y vida de esos infinitos y microscópicos seres que, cada vez más conocidos y mejor estudiados unos y en vías de descubrirse otros, nos sorprenden por su gran significación é importancia en la intervención de nuestro organismo, tanto en estado de salud, como de enfermedad: viendo cada vez más extendido su radio de acción, haciéndonos comprender que los micro-organismos (en sus diversas especies) son la causa originaria de casi todas las enfermedades y haciéndonos divisar en lontananza, que quizás en día no muy lejano, veamos y conozcamos la morfología de nuevos seres, que sean motivo de enfermedades hasta hoy ignoradas en su origen.

Es, en suma, el estudio de la histología, el que más datos aporta para conseguir la confirmación del diagnóstico de las enfermedades, sirviendo estos estudios de base para llegar á la conclusión é indicación terapéutica, ideal que todos perseguimos, la curación de las enfermedades.

Pero estos mismos otólogos, oftalmólogos, sifiliógrafos y cuantos se dedican á ampliar los estudios especiales, no deben de olvidar, que aquel ojo, que aquel oído ó aquella manifestación sifilítica, es de más ó menos intensidad, tiene más ó menos importancia pronóstica y tiene diverso tratamiento según la constitución, el temperamento, la idiosincrasia, su diátesis, enfermedades anteriores, adquiridas ó heredadas; en fin según un sinnúmero de circunstancias que siempre deben tenerse presentes al llenar las indicaciones y que la mayoría de las veces son la clave sobre que descansa y ha de girar el tratamiento.

CONCEPTO A TENER, CONDUCTA A SEGUIR

Y MEDIOS A EMPLEAR

EN EL TRATAMIENTO DE LOCOS AL COMIENZO DE SU TRASTORNO MENTAL

POR

RAMIRO VALDIVIESO

Médico-Director del Manicomio provincial.

De tan grande interés es saber proceder, prematura y acertadamente, conforme la actualidad en psicopatías demanda como pueda serlo en las enfermedades de mayor morbilidad y de mortalidad más enorme, pues por fatales ó voluntarios motivos se verifican dos hechos, que cada día pasado adquieren más notable relieve, y que si, hasta ahora, sólo han provocado reflejos de acción en los alienistas, no es atrevido pronosticar que, en plazo breve, conmoverán el instinto de conservación de los pueblos, decidiendo á los Estados á conciertos legislativos sobre medidas rigurosas de prevención y de lucha contra la degeneración y enajenación mentales.

Son los hechos: el considerable aumento de locos en asistencia, no proporcionado al crecimiento numérico de población sana (en los Estados Unidos de Norte América donde la estadística es minuciosa de 250 % por 81 % en 50 años); y la observación de más frecuentes casos de formas graves, ó

por delictivas, ó por crónicas, ó por mortales; ambos explicables por más fácil é intenso heredo-psicopatismo, mayor abono de envenenamientos y auto-intoxicaciones que el inmenso desarrollo industrial produce y más perversas y viciosas costumbres prodiga, y las extraordinarias tensiones intelectuales y afectivas que el combatir por la vida causa en todas las clases sociales, obligadas á trabajos fisio-psíquicos que por violentos y forzados son agobiantes. Pero reconociendo el poder y eficacia de estas muy varias, y á veces específicas, causas que los consignados hechos producen, sin disimulado eufemismo díctanos el pensamiento la denuncia de un yerro de práctica médica y social al uso, cual lo hacemos con la declaración que, si penosa de hacer, es obligada á la persistencia de un mal entender y un peor obrar, no corregidos á pesar de ser concreta y terminantemente censurados, desde muchos años ha, por hombres de universal notoriedad científica. Y es el yerro que como causa actúa: Que muchos infelices que hoy pueblan los manicomios y están reducidos á la condición de reclusos perpetuos, ó que en pueblos y ciudades muestran los tristes restos y misérrimos desgarros de su precaria y anómala personalidad, no serían los unos huéspedes del asilo, ni los otros objetos de compasión cuando no de pública befa, si la gestión cerca de ellos por cuantos les rodean, al nacimiento de su perturbación psíquica, hubiera sido inspirada por un conocimiento y continuada por una discreción adecuados al siempre dramático papel de que por volición, sentir y pensar extraviados es autor y actor el pobre loco durante su permanencia en el hogar, sitio primero donde oficia de víctima las más de las veces, sacrificada cuando no á estulto prejuicio á inexplicables indiferencia ó abandono.

Desechando toda contención hipócrita necesario es repetir lo que en libros, si quedó bien gravado, no fué bien aprendido, y porque sigue sin aprenderse, obedeciendo á imperiosa determinación de conciencia, confesamos con este escrito amargas verdades, por intenso que sea el rubor profesional originado por las tan equivocadas ideas que aceptamos, como por los quebrados procedimientos de que abusamos en el tratamiento de los locos; y por grandes que sean el dolor ó el insulto que produzcamos al común de las gentes, que escudadas ó en un cariño que por amante ciega, ó en un egoísmo que por perverso teme, ó en una ignorancia que por torpe engaña, hácese cómplices del daño á ser afín producido cuando su psiquismo claudica por turbado cerebro. Y como mejor no acertaríamos á expresarlo, ni construiríamos los conceptos con más precisas palabras, nos hacemos eco de lo dicho por Neumann, al copiar los siguientes párrafos:

«Numerosos enfermos para los cuales se pide una plaza en los asilos están, por decirlo así, completamente perdidos. La culpa de ello corresponde en parte á la familia, en parte al médico. Pierde la primera bastante tiempo sin conocer que el individuo está enfermo; tarda el segundo en comprender que el enfermo es un alienado, y ambos dejan que transcurran muchos días hasta convencerse que el auxilio del alienista es necesario.—Se atormenta y se excita al enfermo, en el primer período, con distracciones, ensayos de persuasión, reprensiones, críticas, etc.; en el segundo se trata de combatir la irritabilidad con sangrías, purgantes, excitantes dérmicos y supuraciones artificiales; y en el tercero aparece el asombro porque todos aquellos medios no sirvieron para nada. Al intervenir, entonces, el médico alienista encuentra

las fuerzas agotadas, la digestión perturbada, llegado el piquismo al más alto grado de exaltación, ó caído en estado de depresión profunda, y, muy frecuentemente, halla una locura en los umbrales de la demencia. Es, en tales momentos, cuando se pide la curación.....»

Las manifestaciones de Neumann quedan bien ratificadas con estas otras de Krafft-Ebing:

»...El enfermo es tratado, ó mejor dicho, maltratado por una cura de privaciones, régimen blanco, sangrías, purgantes, depurativos, etc., ó bien se le envía á un establecimiento hidroterápico, donde se le hiela; ó se le aplican despiadadamente duchas frías que le debilitan; ó se le prescribe una cura conmocionante, por medio del tártaro estibiado y de choques psíquicos, ó una de distracciones, por la cual el enfermo, que está agitado ó dolorosamente deprimido y que necesita reposo, es llevado de viaje y se le obliga á asistir á teatros, á conciertos y demás reuniones sociales. Se completa dignamente cura tan torpe con el cloral y el sulfonal, empleados por algunos médicos ignorantes á dosis que pueden llegar á envenenar al enfermo».

Táchense las palabras que nuestros lectores se figuren fueron dictadas por la vanidad, el exclusivismo ó la ingenua y honrada espontaneidad de los nombrados especialistas; pero acójanse las demás como fidelísimos retratos del obrar general de médicos y familias de aquellos tiempos en que se escribieron, como de éstos en que las reproducimos, no obstante que una mayor ilustración ornamenta en los actuales los espíritus vulgares y doctos; y decimos que ornamenta porque nada ha fundado, ni siquiera formalizado en las cuestiones que nos ocupan, pues no se ha conseguido mejora de conducta, ni cambio de procederes, ni abandono de

prevenciones añejas, inspiradoras de horror al reconocimiento y trato de un estado de enfermedad, que por ser de locura es estimado como deshonoroso estigma por las familias, y por la mayoría de los médicos es apreciado como transitorio accidente neurósico ó como aprensión ridícula cuando no como irremediable acontecimiento y molesto conflicto.....

Por lo que á los médicos en España se refiere, disculpa el desacierto é impericia con que procedemos en el tratamiento de locos la escasa enseñanza, por no decir nula, que de las afecciones mentales se da en nuestras Facultades, reducida toda ella al planteo de problemas médico-legales, que, cuando más, son expuestos y resueltos de memoria, sin fundamento clínico alguno: y exculpa los fracasos de acción profesional la resistencia que, por incultura las más de las veces, encontramos en la mayoría de la clientela á realizar un plan de cura, que con más probabilidad será ó rehuído ó falseado, cuanto mejor concebido y dispuesto sea, ya que sólo su ensayo ha de producir grandes contrariedades, violencias, disgustos y gastos en el corriente vivir doméstico.

Confesando el desacierto que en conducta y cuidados se ponen en acción frente al loco—hecho privado de práctica médico-familiar—y consignado el aumento en número de asistencias manicomiales y de intensa gravedad de formas psicopáticas—hechos públicos de práctica social—para corrección del uno y aminoración de los otros, creemos justificada la idea que á la pluma mueve al trazo de los renglones que á estos van seguidos, y muy fuera de nuestro ánimo toda pretensión justificable de ridícula por vana, lean en ellos nuestros colegas, no duchos en el conocimiento y trato de alienados mentales y que honradamente quieran cumplimentar acertados cometidos, lo que hemos aprendido, rectificando

y ratificando dichos y hechos, en los ya luengos años que de vida llevamos corridos en medio bien poblado de locos, para que les sirvan de guía y no pierdan tiempo con riesgo de sus prestigios y con perjuicio de sus enfermos, y á la vez contribuyan con su personal esfuerzo, mientras acude el de los Poderes públicos, á aminorar los trastornos y daños morales y económicos que á los individuos, á las familias y á los pueblos origina el gran contingente de hombres condenados, por estar privados de razón, á vivir para siempre tras las cercas del manicomio.

A tenor de la sinceridad que de nuestro pensamiento es norte, hemos por necesidad de declarar cuán grandes son las dificultades que se presentan para instituir un diagnóstico precóz de la enajenación mental; y como tal juicio ha de ser formado previamente á la institución de un tratamiento y á él ha de amoldarse la conducta á observar junto al loco, séanos permitido significar en grandes rasgos los indicadores sintomáticos de un trastorno patológico que, por ser del cerebro, órgano soberano cuyo imperio omnímodo sobre todos los demás rige un gobierno, desconocido en sus consejos aunque conocido en sus mandados, comienza siendo inestricable, y que por manifestarse por desviaciones de la razón, reina prima donada por Dios á la personalidad humana, termina en un laberinto, del que no muestra la salida el más avisado y perspicaz espíritu.

Las dificultades diagnósticas derívanse unas de la función del órgano de la mente, nacen otras del examen del individuo enloquecido. Llamadas por Morselli científicas las primeras

y prácticas las segundas, basta su exposición para comprender lo quebrado del camino que hay que recorrer para llegar á formar juicio contra y á pesar de ellas.

Son las científicas: la naturaleza de las funciones del pensamiento por intermedio del cerebro, que son las más oscuras y complejas de la naturaleza humana; las condiciones especiales de la psicología, que á nuestro entender cuanto más se la quiere dar carácter de ciencia experimental más incomprendible se hace y menos desvela el misterio de la vida mental; la no existencia, ni el vislumbre siquiera, del «hombre medio psíquicamente normal» (Morselli) lo cual obliga á estudiar y á analizar los distintos alienados parangonándoles á su individualidad sana, y como «cada hombre es el resultado de una compleja combinación de influencias cósmicas, orgánicas y sociales» (Ib.) el número de mezclas es infinito é infinita, por tanto, la variedad de fenómenos mentales sanos y enfermos según la edad, el sexo, la raza, el temperamento, la condición social y las leyes y costumbres de las religiones y de los pueblos; la falta de signos directos recogidos en el órgano que en la locura más padece y que no suministran dato ninguno sobre la naturaleza de los hechos de conciencia; la subjetividad de muchísimos fenómenos morbosos; el ser otros latentes; el presentarse muchos como síndromes de variabilidad episódica que disimulan ó ocultan los desórdenes mentales; pero sobre todas estas dificultades diagnósticas sobresalen las engendradas por esos estados de condiciones psíquicas no del todo normales y no del todo morbosas y que constituyen ese campo intermedio entre salud y enfermedad mental, para ninguno desconocido, pues que á diario es observado en nuestro propio vivir y en los ajenos modos y maneras de conducirse.

Los distintos grados del idéntico proceso que mal limita el campo comprendido entre razón y locura, clasifícalos Finzi en cuatro grupos, que muy de buena gana les expone-mos por pensar están distinguidos admirablemente.

Bajo el epígrafe de «Oscilaciones fisiológicas transitorias de las funciones psíquicas» encierra esa serie alterna de excitaciones y depresiones, de actividad y reposo que domina nuestra vida de relación, de cuyos hechos nuestra experiencia cree, casi siempre, poseer la explicación, pero que, en realidad, desconocemos, pues se está triste ó alegre, expansivo ó reconcentrado sin saber por qué; y mientras en muchas personas observamos mayor aptitud para el trabajo por las mañanas y menor por las noches, en otras descubrimos el viceversa; y si en unas vemos que el cansancio produce parálisis psíquica en varias se comprueba es acompañado y seguido de grande locuacidad y de general exaltación. Temas musicales, frases y actos que, involuntariamente y en varios momentos de un mismo día, reproducimos como automáticamente hechos son muy parecidos á los asaltos mnésicos y á las impulsiones psico-verbales y motoras de los enajenados; y ya en el dominio de las emociones muéstranse trastornos de la personalidad, que semejan síndromes psico-páticos, como la actividad multiforme en la alegría, la suspensión de ánimo en el espanto, la ansiedad con opresión precordial en la espectación, las cuales manifestaciones se acrecientan, hasta adquirir la categoría de obcecación y arrebató, cuando en pasión se transforma la afectividad y rómpense las ataduras que la conciencia moral anudara. Y aún más amplias oscilaciones de la actividad mental se verifican en las varias edades de la vida en que «en sus relaciones con la sociedad y en sus relaciones con la especie se encuentra el individuo

siempre frente á causas perturbadoras, que minan su equilibrio psíquico, y si bien, fisiológicamente, á ellas responde, por ellas es sacudido; niño por la exuberancia de vida, viejo por el sentimiento de general impotencia; en las fases de la vida sexual por vibraciones instintivas; en las exigencias de la vida civil por difícil y complicado rendimiento; vibrando en fin, más ó menos conscientemente en perennes luchas por la conservación y el perfeccionamiento de sí mismo y de la especie». Esto que ocurre en el período de vigiactividad, por raros y no comprendidos mecanismos se exagera en ese tercio de vida que empleamos en dormir, durante el cual, por insignificantes impresiones exteriores unas veces, por levisimos trastornos otras, es interrumpido el reposo cerebral por ensueños y pesadillas, de más fantástico contenido que el delirio del loco más disparatado; menos rectificables que este por más inconscientes y más alejados de la voluntad, y cuya intensidad es, en ocasiones, tan grande, que conmueven los primeros instantes del despertar, produciendo vivas impresiones de penosa opresión ó de alegre expansividad, y cuya extensión es, en otras, tan enorme que originan manifestaciones de enajenada mentalidad (ilusiones, alucinaciones é impulsos hipnagógicos).

Constituye el segundo grupo («Variedad individual extrema de psiquismo normal») el conjunto de oscilaciones, ya no episódicas como las anteriores, sino permanentes en los distintos tipos humanos, las que por su especial intensidad y duración imprimen como una *marca* de origen, de ambiente y sustancialidad psíquicos, sellada por diferencias constitucionales de raza, sexo y familia, y más ó menos acentuada y profundamente modificada por diferencias extrínsecas de grado de civilización, educación, posición social, etc., etc.

Fundamentan ellas el modo de ser general y típico de las nacionalidades, como de los pueblos y de las regiones: flemáticos los unos, expansivos los otros; dominadores éstos, supersticiosos aquéllos; como el refinamiento del ciudadano, y la vulgar materialidad del campesino; como el firme dominio varonil y la sensible delicadeza femenina; y, particularizando más, el carácter, que es á la personalidad psíquica lo que el temperamento ó la idiosincracia á la personalidad orgánica. Y así como la acentuación de estas últimas condiciones ó circunstancias confúndese con las manifestaciones morbosas de los distintos sistemas y aparatos «el continente absurdo del hebefrénico, la indiferencia del catatónico, la concentración alrededor de un tema del paranóico, la inconsciente impulsividad del epiléptico, la variabilidad de humor del circular, la falta de sentido moral del frenastémico..... en el fondo no representan más que la exageración de aquellos caracteres que llamamos incoherentes, egoístas, unilaterales, irreflexivos, irregulares, inmorales..... La incoherencia (normal) es ya una lesión de la personalidad, un desacuerdo entre los varios modos de ser de la conciencia de sí mismo. En el campo intelectual, como derivación probable de anormal afectividad, el sofisma representa el esbozo de una idea delirante». «Las costumbres revelan los lugares de menor resistencia de la mente, y la educación no conduce, por lo general, más que á dirigir la actividad por caminos preparados; las propias opiniones no son más que la justificación de las propias tendencias, ó la tutela de los intereses propios, que es lo mismo; las convicciones absolutas presuponen siempre un defecto de crítica; un carácter llamado sólido no puede ser más que unilateral. Las manifestaciones extremas de estos hechos los encontramos en los genios y en los

delincuentes». En efecto; examinando con detenido cuidado la conducta, lo mismo pública que privada del hombre genial, hállase una falta de ponderación de facultades psíquicas, debido á la cual interrúmpese la escena esplendorosa de su original intelecto por espacios lagunarios de actos y afectos, que le hacen aparecer ya distraído, descortés y grosero, ya amoral impulsivo y pervertido sexual, asemejándose por su conducta, desde luego anómala, á la de los vagabundos, prostitutas, criminales y demás individuos, más ó menos degenerados, cuyos desviados caracteres sobrepasan los límites del razonable existir.

Comprende el tercer grupo los «Trastornos psíquicos en las enfermedades orgánicas comunes» cuales: el delirio del febricitante, el mal humor del gotoso, el abatimiento del diabético, la obtusión del obeso, la preocupación melancólica del cardíaco, la ilusional esperanza del tuberculoso, la irritabilidad del gastro-hepático, las exaltaciones y aberraciones sexuales de los génito-urinarios, la tristeza de la clorótica, la limitación intelectual del sífilítico, las impulsiones del hiperalgésico, las ilusiones y alucinaciones de los enfermos de los aparatos de las sensibilidades especiales, y, en fin, los varios síntomas psíquicos que aparecen en los enfermos con lesiones locales y difusas del cerebro y médula espinal y con afecciones neurósicas, en algunos casos constituyendo síndromes tan predominantes que sobrepasan en interés el de los síntomas físicos.

Y el cuarto grupo «Formas ligeras de enfermedades mentales» comprende los individuos en los que es difícil decidir si se trata de enfermedad ó anomalía, de una condición adquirida ó congénita, de una variedad individual de la personalidad, ó de una verdadera afección mental claramente

determinable, y que son los neurasténicos, psicasténicos, histéricos, paranóicos originarios y hebefrénicos levísimos, jóvenes estos que «habiendo sido muy inteligentes, buenos y trabajadores, en la época de la pubertad, ó poco tiempo después, se vuelven inactivos, con baja de la facultad intelectual: jóvenes que pasan por espirituales, porque tienen gran facilidad para los juegos de palabra y de conducta estrafalaria que producen risa», y que se confunden fácilmente con los imbéciles «cuya enorme cantidad presenta la más rica variación gradual entre el normal y el anómalo psiquismo».

¿Cómo obviar estas dificultades de orden científico y, sin caer en vulgaridad docta, formarnos un concepto, sino definidor abstracto, práctico y terminante descubridor de la locura? Prescindiendo de todo género de lucubraciones psicofilosóficas, como de toda tendencia groseramente organicista; conservándonos tan alejados de Heinroth como distanciados de Jacobi; y enfrascándonos, como cuidadosos observadores, en el análisis, y como juiciosos conclusionarios en la síntesis de los individuos, tanto en lo que en estos hay de ingénito como de adquirido, y sin someter á todos á una misma medida; pues como Falret enseñó, y sus enseñanzas, por todos los psicópatas prácticos aceptadas, son como principios directores de diagnóstico, para discernir sobre la locura no hay que compararla con la razón, sér metafísico y abstracto, sino con la razón general, que es el sentido común, el cual, interpretado derechamente, no exige que en unas mismas circunstancias todo hombre debe obrar ó pensar invariablemente del mismo modo; que teniendo á buena cuenta particulares condiciones y circunstancias no pide á cada inteligencia aquello de que no es capaz. Que un hombre, nacido y

crecido entre montañas, crea que el Sol se mueve alrededor de la Tierra no constituye una idea delirante; pero tal aceptación de creencia por parte de un hombre instruído signó sería de idea loca.

El concepto positivo, médico, de locura está comprendido en el estudio de la personalidad, que, por perturbación ó lesión del cerebro, se desvía de sus normales afectividad, pensamientos y actos; así como el concepto positivo, médico de frenastenia, debe referirse á la personalidad defectuosa por deficiente desarrollo cerebral, puesta en comparación con la personalidad de cerebro válido.

Las dificultades prácticas de examen de los alienados de la mente son dependientes de la condición de este género de enfermos y de familiar tutela.

Como quiera que durante el primer período de trastorno, el de incubación, aun reconocido por el enfermo el cambio que en su manera de ser se va estableciendo, por lo general con lentitud, pues rara es la locura que surge repentinamente, asustado de la idea que perturba su espíritu, lucha con la demostración evidente de la existencia de ella, y la disimula por terror; y si á sus íntimos la denuncia, éstos, por incredulidad ó por consuelo, tratan de disuadirle de los fatídicos pensamientos que le asaltan, y explican las cosas raras que el enfermo expresa, ya como reaccionales acontecimientos de la vida familiar ó social, ya como manifestaciones corrientes de malestar, sin otra trascendencia que la de un padecimiento físico. Por lo que son excepcionales los casos en los que los enfermos, por propia espontaneidad, se presentan al examen médico en el período de germinación; y es este un primer tropiezo, y no el mayor, en la práctica de la medicina mental.

Es el segundo: cuando se desarrolla por completo el mental disturbio, el enfermo, inconsciente ya las más de las veces de su estado, sujeto ya privado del poder de sí mismo, se encuentra á merced de la familia y como mecánico juguete ordenado por sus anómalas emociones, ideas y actos. Ahora bien; nada hay tan delicado ni nada tan fastidioso, como dice Morselli y decimos con él cuantos al trato con locos estamos acostumbrados, que tener que combatir contra los prejuicios, los falsos sentimientos de dignidad, la conmiseración y la susceptibilidad de las familias, por los cuales tardan en acudir al auxilio médico, y cuando acuden se hacen las torpes para manifestarnos todo lo observado y las olvidadizas para decir los datos anamnéticos familiares é individuales; como nada más árduo que el examen, en la mayoría de casos, de un enfermo que niega signos y síntomas, que no tolera preguntas, da contestaciones falsas y rehuye todo género de investigaciones.

Y es, por último, una tercera dificultad, la creada por la suplicada ó impuesta sumisión en que se trata de hacernos caer para inaugurar las funciones de observación y tratamiento del loco, cuando aquéllas son solicitadas; sumisión tanto más dictada, cuanto por nosotros más consentida, principalmente tratándose de gentes de más elevada posición social, y en cuyas casas penetramos, más que como investigadores de enfermedad, como descubridores de íntimas vergüenzas, faltos de autoridad y revestidos de engañadoras disposiciones.

¿Cómo vencer estas dificultades prácticas?

Las enumeradas en primera línea, si los indicios de perturbación son observados, aunque de soslayo, ó si son por nosotros presentidos, siendo denunciadores al enfermo ó á

su familia, del mal en elaboración; las expuestas en segundo lugar haciendo ver con desnuda crudeza los inconvenientes y los riesgos que se correrán ante las ocultaciones y disimulos, de cualquiera índole que sean; y las últimas procediendo franca y resueltamente, sin dejaciones ni condescendencias de ninguna clase, y mostrando una conducta noble y honrada que no tolera otros dictados más que los de la profesional conciencia y los de exquisito trato social, en buen acuerdo con la condición del enfermo y las circunstancias de ambiente.

Necesario es, además, que en todos los instantes pensemos que en el trato de locos sobre las obligaciones de la ordinaria práctica médica tendremos las de tutoría en sujetos sin los recursos directores que proporciona la libre voluntad; tutoría cuanto más eficaz más responsable, que hemos de ejercer con una paciencia que no se rinda ni al tiempo, ni al comentario, ni á la censura, y con un valor que resista amenazas y aguante golpes é impulsos de fiera, por una parte, y nos aliente, por otra, á ser esforzados campeones del buen sentido, combatiendo los enemigos que con disfraz de preocupaciones, celos, miedos y egoísmos, sitian la individualidad civilmente muerta.

(Se continuará).

ACADEMIAS Y CONGRESOS

XX CONGRESO DE MEDICINA INTERNA

CELEBRADO EN ROMA DEL 19 AL 22 DE DICIEMBRE DE 1910

Resumen de ponencias y de algunas comunicaciones.

BACCELLI inaugura el Congreso con elocuente y docto discurso, en el cual demuestra la importancia de la educación física y de la higiene; habla del nuevo remedio de Ehrlich contra la sífilis; hace varias consideraciones sobre la reciente epidemia colérica de Italia, y termina augurando que en el próximo Congreso, el siempre creciente aliento é intensidad de los estudiosos, podrán hacer comprobar progresos cada vez mayores en la ciencia médica.

MICHELAZZI.—*El esfuerzo del corazón.*—Dado lo vasto del tema se limita sólo á la patogenesis del esfuerzo del corazón. Las causas que conducen al esfuerzo cardíaco pueden dividirse en extrínsecas, intrínsecas y predisponentes; las primeras representadas principalmente por la fatiga; las intrínsecas formadas por factores varios en relación con el funcionamiento de los distintos órganos y aparatos; y las predisponentes constituídas por predisposiciones hereditarias, ya por defectos generales del organismo, ya por predisposiciones especiales del corazón. El elemento nervioso y, sobre todo, el elemento psíquico tienen grandísima importancia en la producción del esfuerzo que es el resultado de fatiga por exceso de función. Las intoxicaciones alimenticias, la perturbación permanente de las funciones gastro-intestinales tienen también grande importancia porque provocan estados de hipertensión, transitorios si se quiere, pero frecuentes é intensos. Deben tenerse también en cuenta las distintas diátesis y, sobre todo, el artrismo.

Entre las causas predisponentes, las condiciones morfológicas especiales del órgano, estudiadas bajo los puntos de vista embriológico y clínico, tienen, según De Giovanni, preponderante importancia. Una fatiga física no produce el esfuerzo del corazón más que en los casos en que existen causas predisponentes; el corazón tiene preciosas reservas para poder tolerar, sin efectos nocivos, esfuerzos y desgastes funcionales aun prolongados; pero estas reservas están en relación con la integridad funcional de todos los demás órganos. Bajo estos conceptos debe estar basada la profilaxis de las enfermedades cardíacas.

GIUDICEANDREA observa que la presión sanguínea y las enfermedades discrásicas, sobre todo la anemia y la clorosis, tienen grande importancia en la producción del esfuerzo del corazón.

DEVOTO ha comprobado que, á menudo, el esfuerzo del corazón es causado por una lesión del miocardio. Según la doctrina de Mosso todos los esfuerzos del corazón serian producidos por toxinas de fatiga. ¿Qué son las toxinas de fatiga? En los fatigados hay una hiperproducción de acetona, mas ésto no representa una toxina de fatiga, puesto que las toxinas circulantes son numerosas y no todas son producidas por la fatiga. Recuerda que por su escuela se ha demostrado que la intoxicación por el plomo y por otros metales determina la arterio esclerosis no directamente, sino mediante la acción de productos intermediarios, semejantes á los que se forman en los trastornos del recambio nutritivo, especialmente en la uricemia; se sabe que los productos de alterada nutrición son los que después determinan la arterio esclerosis

BOERI recuerda un elemento importante en la mecánica cardíaca, cual es el valor que tiene la relación estático-dinámica entre el corazón y las paredes. La falta del apoyo prestado por la pared torácica, puede ser elemento no desdeñable en la patogenia de la hipertrofia del corazón, en cuanto que éste se halla obligado á un mayor trabajo.

PANICHI.—*Endocarditis tóxica*.—Los datos anatomo-patológicos (infarto hemorrágico en el tejido de los pilares valvulares) presentados en conejos, en cuyas venas se inyectaron materias cancerosas (especialmente núcleo-proteídeos de tumores malignos) aun demostrando no se obtiene verdadera endocarditis, cree no se debe excluir, sino debe ser atendible, la posibilidad de producción experimental de un proceso endocárdico tóxico.

NISSIM.—*Enfisema pulmonar y cardiopatía*.—Recuerda que casos en los que por grande impulsión cardíaca la pared torácica se deja

levantar si su resistencia es menor por el choque de la punta, una presión moderada sobre la región precordial produce elevación esfígmica. Por esto, considerando que el corazón del enfisematoso se encuentra envuelto por parénquima pulmonar, el cual por su consistencia algodonosa cede á cualquier choque de la punta, es probable que la hipertrofia del ventrículo izquierdo se deba al mayor trabajo que se impone al corazón, por la falta de ayuda que le proporciona el apoyo de la punta en la pared torácica.

DE BLASSI.—*La reacción de Wassermann en la malaria.*—Encontró reacción de Wassermann positiva en 52 por 100 de casos examinados. Hace constar que no todos los antígenos se comportan igual frente á los distintos sueros maláricos; lo que le hace pensar que en algunos antígenos, más que en otros, pueda haber un *quid* que da la reacción con los sueros maláricos, distintos del *quid* que lo da con los sueros sifilíticos. Espera que, prácticamente, se puedan encontrar buenos antígenos, que den el menor número posible de reacciones positivas con sueros maláricos, lo que sería de indiscutible ventaja para la prueba de Wassermann en los países atacados de malaria, con mayor seguridad de resultados.

BASTIANELLI.—*Afasia por trauma.*—Presenta un caso de afasia traumática en el que por tratamiento hubo de abrirse la caja del cráneo. Del estudio de éste, de dos casos más personales y de otros publicados concluye, que no se puede por ellos contar con datos seguros para resolver el problema replanteado por P. Marie sobre el valor funcional del pie de la tercera frontal. El trauma determina una lesión, de la cual el cirujano sólo vé la superficie; por esto no le es lícito deducir por el sitio que ocupa que á ella se deba el trastorno funcional, puesto que éste podría ser debido á lesiones distanciadas en zonas de valor funcional, indirectamente perturbado, de aquella que, en realidad, no tiene importancia ninguna para la función.

PARI.—*Glucosuria y diabetes.*—Dos son los factores de la glucosuria: la cantidad de azúcar contenida en la sangre, y la permeabilidad de los riñones. Si uno ú otro de estos dos factores aumenta, aumenta también la cantidad de azúcar eliminada por la orina. Este es el mecanismo de todas las glucosurias, ya fisiológicas, ya patológicas. Un ejemplo de glucosuria por hiperglicemia es la glucosuria alimenticia; la glucosuria fluoricínica es á su vez un tipo de glucosuria por aumento de permeabilidad renal. Ciertas glucosurias están en relación, más ó menos estrecha, con diversos órganos. Hay una glucosuria hepática en conexión con la alimenta-

ción, y que podría llamarse alimenticia. Más importante es la glucosuria pancreática que, más bien que una glucosuria, es una diabetes de terminación mortal; la causa esencial de la diabetes pancreática es la ausencia del páncreas y no la lesión de los nervios ó la alteración de relaciones con el duodeno. Respecto á la importante cuestión, si la hiperglicemia es debida á aumento de producción ó á oxidación disminuída del azúcar en los músculos es de admitir que sea debida á hiperproducción de azúcar. Los caracteres que distinguen la diabetes de la glucosuria simple, son dos; el primero es la permanencia, no de la glucosuria, sino de sus causas; es el otro la progresividad.

BADUEL se ocupa de la terapéutica de la diabetes. La cura de un diabético debe ser absolutamente individual. Sólo, pues, se pueden trazar líneas de cura dietética y farmacológica muy generales. Necesario es en los diabéticos limitar, mas no suprimir, los hidratos de carbono; limitar también la carne y dar la mayor cantidad posible de grasas. Es indispensable un período de prueba antes de prescribir la dieta, cuyo valor no debe juzgarse por el grado de glucosuria. Es bueno reducir cuanto posible sea la cantidad total de alimentos y alguna vez recurrir también por algunos días al ayuno absoluto, según el método de Guelpa. Debe tenerse cuidado de las condiciones del estómago y no hacer prescripciones dietéticas demasiado absolutas. Las aguas minerales alcalinas, la hidroterapia, la electroterapia, especialmente con corrientes á alta frecuencia, los rayos Röntgen, el masaje, la gimnasia médica, et-cétera, constituyen preciosas ayudas terapéuticas: si todas fallan se debe recurrir á la opoterapia.

BACCELLI considera las inhalaciones de oxígeno como remedio soberano de todas las formas glucosúricas que no pertenecen á la diabetes constitucional.

DE RENZI, observa que no es oportuno aconsejar en Italia la avena á los diabéticos, los cuales no la toleran y tienen aumento de glucosuria: toleran, en cambio, bien las patatas, cuyo contenido de almidón es muy limitado. El hecho más importante de la diabetes no es la glucosuria, sino la acidosis, contra la cual se luchará preventivamente bastante bien con los alcalinos.

V. MARAGLIANO.—*La Röntgenterapia en medicina interna.*—Indicadas las enfermedades viscerales en las que los rayos X han dado beneficiosos efectos, Maragliano se entrega á la investigación del mecanismo de la acción biológica y terapéutica de aquéllos, aceptando la teoría corpuscular de Braygs Walter, que admite los

rR como debidos á proyección de corpúsculos menudísimos emanados del anticatodo, que fijándose en las células, producirían núcleos de descomposición, los cuales entrarían en juego cuando las células, por su metabolismo, tienen necesidad de recurrir á las partes de su sustancia componente. De todos modos, el concepto informador de las indicaciones radio-terapéuticas es, que los rR son útiles donde pueden obrar en sentido destructivo sobre tejidos dañados á la economía del organismo, tejidos que sean, sin embargo, tan radio-sensibles que hagan compatible su degeneración con la integridad relativa de los órganos y de las células sanas.

LUCIBELLI dice que la Röntgenterapia fué aplicada la primera vez por Despeigns de Lyon, el cual, en 1896, publicó el caso de un enfermo con cáncer del estómago, caquético, que después de ocho días de cura con los rayos X presentaba disminución del dolor, detención del vómito y de los trastornos funcionales, reducción del volumen de la neoplasia y mejoría extraordinaria de la nutrición general. Después, en 1899, Stonbech y Sjögren refrieron brillantes resultados obtenidos en la cura de los epitelomas. Bordier dice que la Röntgenterapia debe ser aplicada en tal cantidad que determine la destrucción de las células neoplásticas. En más de cien casos ha podido comprobar que es bastante una sola aplicación. Sobre el mecanismo de acción de los rayos X sobre tumores malignos las discusiones son todavía muy vivas. En concreto puede decirse, que las doctrinas principales sobre el mecanismo de acción de los rayos X en los tumores malignos son cuatro. Admite la primera que el proceso curativo es producido por estímulo de las funciones orgánicas reparadoras, estímulo provocado por radio dermatitis; la segunda se refiere á una acción ejercida electivamente sobre los tejidos aberrantes y menos vitales que constituyen los tumores; la tercera admite la acción inhibitoria de los rayos X sobre el desarrollo de los parásitos patógenos del cáncer; y la cuarta atribuye el efecto curativo á las vibraciones etéreas provocadas por los rayos, que influirían en el movimiento molecular hasta el punto de modificar la biología de las células bioplásticas, mudando su tendencia hacia el crecimiento normal del estado sano.

Los estudios experimentales de la acción de los rayos Röntgen sobre las bacterias han dado resultados inciertos y contradictorios. El mecanismo de acción de los rayos X en la cura de la leucemia ha sido interpretado de varias maneras por los autores. De Renzi afirma que la acción de los rayos X se explica complejamente, porque tienen una directa, como agentes físicos, sobre los elementos

leucocitarios *in loco*, y otra indirecta, como agentes químicos, sobre las células á distancia. Lo que se puede utilizar como conclusión es que, por efecto de los rayos X, se produce disminución de los leucocitos en los leucémicos; mas esta acción no es la curación de la leucemia, al menos en el estado actual de la técnica física y de los resultados químicos. Claro y terminante aparece la importancia grande que la Röntgenterapia ha logrado en medicina interna y la que todavía alcanzará, y ha conseguido alto valor cuando se considera, que los mejores resultados de ella se han tenido en las afecciones en que, por mucho tiempo, todos los medios terapéuticos fueron de empleo inútil.

E. MARAGLIANO.—*El diagnóstico del cólera.*—Afirma la importancia de la investigación clínica en el diagnóstico del cólera. Se cree estar casi impedidos de diagnosticar el cólera donde se carece de medios para el diagnóstico bacteriológico. La investigación bacteriológica es preciosa cuando se puede hacer; pero, cuando no se tienen medios para hacerla, esperar diagnosticar el cólera hasta que hayan sido examinadas las heces, mientras se dispone de datos clínicos característicos, es un error, y muchas veces un delito. Basándose en la experiencia conseguida en el estudio de cuatro epidemias de cólera, da los caracteres diferenciales entre el cólera y las gastro-enteritis comunes y recomienda en la terapéutica la hipodermoclisis y la enteroclisis tánica, preconizada por Cantani, y el baño caliente propuesto por Maragliano y experimentado con éxito recientemente en Rusia.

GABBI.—*La fiebre de Malta en el Archipiélago griego. El Ponos (?) es kala-azar.*—Comunica con gran suma de datos la relación de las observaciones hechas por él y por sus asistentes sobre la difusión del kala-azar. Tiene la opinión que esta enfermedad, la cual ha adquirido condiciones de atenuación en el mediodía de Italia, donde existe en verdaderos focos endémicos, se ha difundido por toda Italia. Se trata de una enfermedad que no mata, en verdad, pero que inutiliza por largo tiempo á los adultos, y en los niños produce una mortalidad de mil y más por año. Es, pues, de necesidad intensificar el descubrimiento y la lucha de casos, invocando el auxilio de la autoridad contra lo que ya constituye un peligro social.

JEMMA ha observado muchísimos casos de Leishmania y ha practicado el cultivo del parásito con los métodos de Nicolle, mas no ha conseguido conservar el parásito más allá de la tercera generación. Ha comprobado, él también, la intermitencia primaveral, pero duda

de ella por llegar los casos tardíamente á la observación. A la concepción dualística ha sustituido la convicción que kala-azar y Leishmania son dos enfermedades idénticas. Reconoce á Pianese el mérito de haber descubierto el parásito y á Gabbi el de haber facilitado los medios de investigación.

FELETTI.—*Nuevos casos de Kala-azar observados en Catania.*—Describe las fases de vida de los parásitos, que son de variados tamaños; habla de formas pequeñas, medias y grandes; habiendo podido seguir el modo de división del parásito explica los sucesivos estadios de su desarrollo. Los cultivos obtenidos por él no han podido prolongarse más allá de la tercera prueba. En vano ha intentado la inoculación en los perros, pero ha podido inyectar el parásito en un mono, que vive. No puede afirmar la intermitencia primaveral de la enfermedad, que para él es idéntica al Kala-azar.

FAGINOLI.—*Sobre la no identidad de los antígenos pancreáticos y neoplásticos.*—Ha tratado de demostrar si los lipoides pancreáticos tendrían también propiedad antigénica, como los lipoides neoplásticos, puesto que del páncreas se pueden recavar antígenos, que se comportan á la reacción meiostragmínica de los tumores malignos como antígenos neoplásticos; los lipoides neoplásticos están dotados de propiedad antigénica. Mas si bien antígenos pancreáticos y neoplásticos se corresponden en cantidad y calidad para la reacción meiostragmínica, sin embargo, la prueba biológica de su propiedad antigénica revela no la absoluta identidad de ellos.

MIRANO.—*Sobre el poder reductor del suero de la sangre.*—Las cifras por él obtenidas, representando el poder reductor, fueron bastante inferiores á las habidas por otros, pero confirma cuanto se ha notado; de aumento de poder reductor durante el período febril de enfermedad, y de descenso en la convalecencia. Mientras otros autores habían apreciado que el poder reductor aumentaba en su valor inmediatamente del empleo de preparados iódicos, él encontró, á menudo, que el uso de estos preparados produjo disminución.

RIVALTA.—*Sobre el valor clínico de dos sustancias de la sangre precipitables con ácido acético, cada una á diferente grado de dilución en agua al carbonato de sodio.*—El método consiste en disolver suero ó sangre en una solución dada de carbonato sódico, que se hace caer á gotas, en solución muy diluida de ácido acético. Las dos sustancias que se encuentran, tanto en sanos como en enfermos, tienen un índice de reacción determinado por la dilución máxima capaz de producir un enturbiamiento en la solución acética. La

segunda sustancia no precipita simultáneamente á la primera, sino en soluciones muy fuertes. El índice de precipitación de las dos sustancias oscilaría de modo vario en diferentes enfermedades, con significado semiológico y, sobre todo, pronóstico bastante seguro.

SILVAGNI.—*Hemoglobinuria paroxística*.—Recuerda la vitalidad de la doctrina patogénica de la hemoglobinuria paroxística establecida por Murri, la cual, después de 35 años de existencia, es firme y completa. Indaga sus tres momentos más culminantes: el sitio en que ocurre, el modo como se determina y el tiempo en el cual se realiza la disolución del hematíe. La crítica moderna ha introducido triunfalmente el concepto y el principio de la disolución globular endovasal, abatiendo definitivamente la doctrina renal, que Murri ya había combatido, y ha permitido individualizar también una hemolisina. Mas esto no es suficiente para la aclaración del factor patogénico, para aclarar el cual se debe volver á invocar el elemento vaso-motor, que contribuye juntamente con la especial fragilidad del hematíe. Habla después difusamente de la hemoglobinuria por frío, por fatiga, por malaria y por quinina, penetrando en el valor de los experimentos y de la observación clínica.

GALLI informa sobre las *ictericias hemolíticas*. Primeramente define con precisión de contornos el síndrome hemolítico, siguiendo paso á paso la evolución histórica. Guiado por la experiencia de siete casos personales describe la fisonomía clínica y hematológica de la ictericia hemolítica congénita y de la adquirida, frente á la colemia familiar de los franceses, á la ictericia crónica esplenomegálica de Hayem y á los síndromes esplenomegálicos con ictericia. Afirma que no se debe dar excesivo valor diagnóstico al examen de la sangre, cuyos elementos más importantes son la investigación de fragilidad globular y la hemolisina en el suero. Termina indicando los puntos de mira inductivos é hipótesis que se han edificado sobre la patogenia de la enfermedad, los escasos datos anatomo-patológicos y la impotencia terapéutica actual.

BRECCIA.—*Contribución al estudio de la anatomía patológica de la cirrosis hepática*.—Relata las etapas patogénicas de la cirrosis hepática, exponiendo la recíproca relación entre las lesiones histológicas de los varios elementos de los tejidos en ocho casos de cirrosis incipiente, de los cuales dos fueron descubiertos en la autopsia, uno sin ascitis y cinco con ella: el poliformismo de la cirrosis tiene un significado anatómico y clínico muy importante.

CAMBIASO.—*Observaciones sobre el recambio material en los es-crofulosos y tuberculosos*.—El azoe y las sales eliminadas superan á

las introducidas en las formas activas; en los estenuados hay equilibrio. El autor se inclina á creer en la identidad de estas dos formas morbosas, apreciando las conclusiones de las investigaciones biológicas, que promete referir en otra ocasión.

MARI.—*Quemotaxia y sus relaciones con los fenómenos de fagocitosis, diapidesis y leucocitosis.*—Niega la acción quemotásica de atracción y repulsión respecto á los leucocitos atribuída á sustancias de diversa naturaleza, y prueba que no en la calidad, sino en la intensidad del estímulo únicamente ha de buscarse la razón de los fenómenos. Los fenómenos de fagocitosis son independientes de la quemotaxia, y están basados, á menudo, sobre un simple movimiento de estímulos. La fagocitosis está compuesta de dos actos: a) el estímulo producido á la célula por el corpúsculo fagocitable; b) la reacción motora de la célula, variable según el distinto grado de su irritabilidad. La leucopenia (artificial) es debida á la irritación que producen sustancias heterogéneas en los leucocitos circulantes, los cuales se adhieren prontamente á los endotelios vasales para emigrar luego al exterior. La hiperleucocitosis es debida al estímulo que las sustancias inyectadas en los órganos hematopoiéticos producen en los leucocitos poco maduros y allí yacentes todavía en estado de inmovilidad, impulsándoles á emigrar á la sangre, provocando primeramente hiperleucocitosis transitoria que luego se hace más duradera por la persistencia del estímulo sobre la actividad proliferante de los órganos hematopoiéticos,

RAVENNA.—*Cómo se conducen los hematies granulados á la acción terapéutica del Fe y del As.*—La médula ósea muestra ya signos de reacción después de algunas horas de la inyección, mientras los efectos del tratamiento no se aprecian sino después de 8-10 inyecciones. Estudiando los hematies granulados ha observado que no existe relación constante entre el grado de anemia y el número de hematies granulados circulantes: que es constante el aumento de éstos (y mucho más en los niños) después de comenzar una cura ferro-arsenical, y es el signo más precoz de regeneración sanguínea; pero no puede servir de pronóstico, porque lo mismo se observa en casos de anemia mortal.

RUBINATO.—*Algunos casos de pelagra con síndrome addisoniano.*—Refiere tres casos de pelagra en los que durante la vida se mostraron síntomas addisionianos (melanodermia, astenia, hipotensión vascular) y en la autopsia de uno de ellos se encontraron lesiones profundas de las glándulas suprarrenales y de la tiroides.

MINGAZZINI.—*Funciones bilaterales del lenguaje.*—Expone el caso de un paciente, en el cual se había conservado bien el mecanismo de la palabra, que comprendía perfectamente lo que se le hablaba y, además, era capaz de leer y de escribir. Los cortes seriales del cerebro del enfermo mostraron claramente cómo estaban por completo destruídas las vías destinadas á los indicados mecanismos en el hemisferio izquierdo, mientras había integridad absoluta de las vías homólogas del derecho. De aquí deduce que los dos hemisferios concurren á tan compleja función; apoya su aserto con distintos casos ya expuestos por varios autores, con el hecho que en los niños, hasta los 9 años, funcionan los dos hemisferios en dicho sentido, y con la observación, que cuando un tumor ú otra lesión se desarrolla lentamente en una de las zonas cerebrales destinada al lenguaje hablado ó escrito, no se abolen estas funciones, sino que son cumplidas por el hemisferio derecho. Las vías del lenguaje existen, pues, preformadas en ambos hemisferios: la economía, que reina soberana en las varias funciones del organismo, hace que solamente el hemisferio izquierdo se consagre á aquella función, sin perjuicio de poner en acción el derecho cuando es necesario.

R. VALDIVIESO

REVISTA DE REVISTAS

CIRUGIA

Técnica de los injertos pilosos en la reparación de las heridas cutáneas, por P. Carnot (*Paris Médical*, 14 de enero, de 1911).

La práctica de los injertos epidérmicos por simple espolvoreo de bulbos pilosos, puede prestar muy útiles servicios, abreviando considerablemente la cicatrización de extensas heridas cutáneas. El método está basado en el principio de que las células de los pelos y de las vainas peripilosas, son de origen epidérmico y pueden transformarse fácilmente en células malpighianas. Además son poco frágiles y habituadas á una nutrición mínima, por lo que pueden vegetar y proliferar en condiciones de penuria fisiológica.

Sabido es, por otra parte, que la reparación espontánea de las grandes soluciones de continuidad de la piel, se verifica principalmente gracias á la conservación de elementos epidérmicos incluidos en la profundidad y no interesados por la pérdida de sustancia; por eso las células de las glándulas sudoríparas y las de los bulbos pilosos subsistentes, constituyen los centros de epidermización. Así se explica que en las heridas y úlceras profundas en las que estos elementos están completamente destruidos, el proceso cicatricial sea extremadamente lento. Tal sucede en las quemaduras profundas, en las úlceras varicosas, en las ulceraciones causadas por vejigatorios sostenidos *in situ* por muchas horas, etc. Para estos casos viene empleando hace 14 años Carnot su método cuyo *modus faciendi* es el siguiente:

Con una pinza de depilar se arrancan algunos pelos del mismo enfermo, y si esto no fuera posible, de alguno de sus más inmediatos parientes, porque la electividad celular es tal que siempre

prolifera mejor en organismo consanguíneo. A falta de estas condiciones pueden tomarse los elementos pilosos de cualquier sujeto, procurando que sea joven y robusto.

Los pelos arrancados se seccionan finamente, con tijeras bien cortantes, en la vecindad de los bulbos; obteniéndose de este modo un polvo fino que se pone sobre la herida en los puntos previamente señalados. Se cubre enseguida toda la superficie ulcerosa con compresas esterilizadas ó con una capa de cola de Unna, procurando evitar los antisépticos fuertes.

Al cabo de una semana próximamente, aparecen en la herida manchas ó islotes blancos, que se extienden con bastante rapidez, se espesan, se queratinizan y acaban por constituir un revestimiento cutáneo definitivo.

Como se ve, el procedimiento no puede ser más sencillo y, según su autor, en condiciones de escasa vitalidad de los tejidos, más seguro en sus resultados que los ingertos de Reverdin ó de Thiersch.

G. CAMALEÑO

MEDICINA

Tratamiento de la fiebre de Malta por el azul de metileno;

V. Audibert y Roussacroix, (de Marsella), (*La Presse Médicale*, núm. 2 de 1911).

Pensando en la relativa frecuencia con que en nuestro país se va observando la fiebre de Malta, y siendo ésta una enfermedad que puede decirse que no tiene tratamiento eficaz, ya que hasta la fecha, que yo sepa al menos, no se ha podido modificar el curso ni la duración del mal, me parece interesante dar á conocer la terapéutica puesta en práctica por los autores, con la cual han conseguido terminar la fiebre en pocos días.

Empiezan consignando lo que acabo de indicar acerca de la inutilidad de los diversos agentes terapéuticos más en uso: quina, piramidon, fenacetina, aspirina, criogenina, etc. Algunos, como el último citado, si bien dan en ocasiones buenos resultados, no dejan de ser peligrosos. Nada se ha conseguido tampoco con el empleo de los metales coloidales (colargol, electrargol), ni con la medicación sueroterápica (sueros de cabra ó de caballo).

En vista de lo expuesto y teniendo en cuenta las propiedades terapéuticas del *azul de metileno* pensaron en el empleo de este

producto. «Es, dicen, un medicamento ante todo parasitropo, poco peligroso por lo tanto para las células humanas. Se difunde con gran rapidez por todo el organismo, como lo demuestra el hecho de aparecer en la orina un cuarto de hora después de absorbido; al mismo tiempo su acción se mantiene por bastante tiempo, pues Achard y Castaigne han demostrado que la eliminación, en los sujetos normales, dura de treinta y cinco á sesenta horas. Tiene una manifiesta acción antiséptica; en efecto, se opone al desenvolvimiento de la bacteridia carbuncosa y del gonococo después de un contacto prolongado. Por último, es un sedante poderoso del dolor».

El primer enfermo en el que usaron el azul, era un hombre de cincuenta y cuatro años, atacado de fiebre de Malta ú ondulante característica y confirmada por los suerodiagnósticos de Wright y de Widal, que enfermó á mediados de julio. Se le administró el azul de metileno el 29 de agosto, en sellos de cinco centigramos (dos diarios). La fiebre que era de 41° bajó en tres días á 38,5. El 31 de agosto se suspende el medicamento y la temperatura vuelve á elevarse poco á poco en los días sucesivos. El 5 de septiembre se reanuda el empleo del azul (tres sellos diarios de cinco centigramos), bajando la fiebre, desde este momento, hasta la apirexia completa obtenida al cabo de diez días de un modo definitivo.

En el segundo caso (mujer de veintiseis años, embarazada de tres meses) también con diagnóstico confirmado por la suero-reacción de Wright, se empezó el tratamiento por el azul á los veintiocho días de enfermedad (diez centigramos diarios en dos sellos). En vista de que producía vómitos se le administra por la vía hipodérmica. A los diez días apirexia y curación.

Cierto es que dos casos son muy pocos para sacar conclusiones, mucho más cuando el primero, por su duración puede ser tenido como espontáneamente curado é interpretarse los efectos del azul como sencilla coincidencia; pero si se reflexiona sobre la inocuidad del remedio y, sobre todo, se piensa en la falta de una verdadera medicación, habrá que convenir en que debe ser administrado el azul sin ningún inconveniente.

Debe procurarse que el producto sea químicamente puro, pues de lo contrario provoca trastornos gástricos, casi siempre por su excesiva acidez. Cuando, apesar de todo, se produzcan vómitos, convendrá asociar á cada dosis de azul, veinticinco centigramos de lactosa y si esto no basta recurrir á la vía sub-cutánea.

Nuevas investigaciones acerca de la albúmino-reacción en la tuberculosis pulmonar, por el Dr. Codina y Castellví, (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, enero 1911).

Ya en varios números de LA CLÍNICA CASTELLANA se ha expuesto el método de albúmino-reacción de la tuberculosis pulmonar y la importancia que dicho procedimiento ha adquirido, tanto por la seguridad de sus resultados como por la facilidad de su ejecución.

El Dr. Codina y Castellví (del Hospital general de Madrid) ha hecho un concienzudo estudio de esta cuestión basado en los múltiples análisis efectuados con los esputos de 25 enfermos, procurando dilucidar, 1.º si la presencia de albúmina en la expectoración podría utilizarse ó no para diferenciar un proceso pulmonar tuberculoso de otro que no lo fuere; y 2.º qué especie de albúmina es la que se encuentra en la expectoración, y, en el caso de encontrar varias especies, si cada una de éstas estaba ligada á un diagnóstico de distinta naturaleza del proceso ó de diferente período ó de variado pronóstico.

Para efectuar los análisis, después de mezclar del modo más homogéneo posible, en mortero de vidrio, cinco centímetros cúbicos de esputos con cincuenta de agua destilada, se filtra, se neutraliza el líquido filtrado y con él se efectúan las reacciones que indica el siguiente cuadro:

<p><i>No precipitado:</i> se añade 1 c. c. de ácido nítrico, y se calienta; si se enturbia.....</p>		<p>Aceto-albúmina soluble.</p>
<p><i>Un precipitado:</i> se pone en suspensión en 10 c. c. de agua; se añade 1 c. c. de ácido acético, y se filtra. Se obtiene.....</p>	<p>{ Diez c. c. de orina neutralizada, más 8 gramos de sulfato de magnesia pulverizado; filtre; añádesse 1 c. c. de ácido acético, y caliéntese; si precipita.....</p>	<p>Serina.</p>
<p><i>No precipitado:</i> se neutraliza con sosa; se añaden 5 ó 6 gotas de ácido fosfórico al 50 por 100 y 15 gramos de sulfato de sosa; se agita, filtra y calienta. Se obtiene...</p>	<p>{ Diez c. c. de orina débilmente alcalinizada por amoniaco; filtre y añádesse 10 c. c. de una solución saturada de sulfato de amoniaco; si precipita.....</p>	<p>Globulina.</p>
<p><i>Un precipitado:</i> se añádesse 1 c. c. de ácido acético y caliéntese.....</p>	<p>{ Cincos c. c., más 5 c. c. de una solución saturada de cloruro de sodio; añádesse 2 c. c. de ácido acético, caliéntese y déjese enfriar; si precipita.</p>	<p>Propeptonas.</p>
<p><i>Un precipitado:</i> póngase en suspensión en 10 c. c. de agua; añádesse 0.50 c. c. de ácido acético cristalizable y filtre. Se obtiene...</p>	<p>{ <i>Precipitado</i>.....</p>	<p>Mucina.</p>
<p><i>No precipitado:</i> se añádesse 1 c. c. de ácido acético y caliéntese.....</p>	<p>{ <i>Precipitado</i>.....</p>	<p>Pseudo-albúmina.</p>
<p><i>Un precipitado:</i> añádesse 10 c. c. de una solución de cloruro de sodio al 20 por 100.</p>	<p>{ <i>No precipitado:</i> Si precipita.....</p>	<p>Núcleo-albúmina.</p>
<p><i>Un precipitado:</i> añádesse 10 c. c. de una solución de cloruro de sodio al 20 por 100.</p>	<p>{ <i>No precipitado:</i> viértase en una solución saturada de cloruro de sodio; si precipita.....</p>	<p>Alcali-albúmina.</p>

El autor se cree autorizado á deducir fundadamente las siguientes conclusiones:

A. Por lo que se refiere al *albúmino-diagnóstico*, se puede afirmar:

1.º En el 98 por 100 de los análisis químicos de la expectoración de los tuberculosos de tercer grado se encontró albúmina.

2.º En el 100 por 100 de los tuberculosos, el *albúmino-diagnóstico* fué positivo constante ó discontinuamente, de donde la necesidad de repetir durante varios días la investigación.

3.º Probablemente resultará de gran interés diagnóstico y pronóstico el que llamamos *albúmino-diagnóstico cuantitativo*, ampliando la investigación á todos los grados de la tuberculosis pulmonar.

4.º El *albúmino-diagnóstico cuantitativo* ha revelado hasta 20 gramos de albúmina por 1.000 en la expectoración de los tuberculosos de tercer grado y próximos á la muerte.

5.º En los casos de diagnóstico clínico dudoso, el *albúmino-diagnóstico* ha sido decisivo y eficaz para afirmar ó negar la naturaleza tuberculosa de la lesión pulmonar, sin discrepar, más que excepcionalmente, de la presencia ó ausencia de los bacilos de Koch.

6.º En los procesos bronco-pulmonares no tuberculosos y cardíacos, estudiados, el *albúmino-diagnóstico* ha resultado negativo en el 97 por 100.

B. Por lo que se refiere al *albúmino-diagnóstico de especie*, se puede afirmar:

1.º Las especies de albúmina investigadas han sido las ocho siguientes: aceto-albúmina soluble, serina, globulina, pseudo-albúmina, propeptonas, mucina, núcleo-albúmina y álcali-albúmina.

2.º La serina, la globulina, la mucina, la núcleo-albúmina y la álcali-albúmina no se han encontrado nunca en la expectoración de ninguno de los enfermos, tanto tuberculosos como no tuberculosos.

3.º La aceto-albúmina soluble sólo se ha encontrado en el 6 por 100 de los análisis, y con triple frecuencia en los tuberculosos que en los no tuberculosos.

4.º Las propeptonas se han encontrado en el 11 por 100 de los análisis, y sólo en los tuberculosos.

5.º La pseudo-albúmina se ha encontrado, aproximadamente, en el 99 por 100 de los análisis y en el 90 por 100 de los tuberculosos exclusivamente, puesto que en los no tuberculosos nunca se descubrió dicha sustancia.

6.º En el 69 por 100 de los tuberculosos sólo se encontró siempre una misma y única especie de albúmina: la pseudo-albúmina ó las propeptonas, en la proporción recíproca y aproximada de 90 y 10 por 100, respectivamente.

7.º En muy pocos casos de tuberculosis ha alternado la presencia de la aceto-albúmina soluble con la pseudo-albúmina, ó han existido á la vez en la misma expectoración la pseudo-albúmina con las propeptonas.

8.º Del estudio particular de cada caso, parece deducirse que la presencia de propeptonas ó de aceto-albúmina en la expectoración tuberculosa está ligada á complicaciones congestivas ó inflamatorias pleuro-pulmonares, ó á procedentes de infecciones ó intoxicaciones crónicas (sífilis, saturnismo).

9.º Por la constancia con que se ha encontrado la pseudo-albúmina en todos los tuberculosos, por su correlación, constante también, con la presencia de bacilos de Koch en los esputos, y por la falta absoluta de dicha sustancia en la expectoración de los no tuberculosos, merece la pseudo-albúmina ser considerada como el cuerpo químico característico del esputo tuberculoso y, por lo tanto, la que podría llamarse *pseudo-albuminorrea pulmonar*, como el signo químico más decisivo para diagnosticar de tuberculoso un proceso patológico de los pulmones.

G. CAMALEÑO

OBSTETRICIA

La sangría masiva en la eclampsia, por M. Potocki, (*La Gynecologie*, septiembre 1910).

El autor dió cuenta, en la Sociedad de Obstetricia de París, del resultado que ha obtenido en doce casos de eclampsia, con el tratamiento recomendado por M. Macé; sangría masiva de 500 á 1.200 gramos.

De los doce casos, diez lo eran de eclampsia confirmada y dos caracterizados por cefalea, edemas, trastornos visuales é hipertensión arterial.

Los doce enfermos curaron aunque en algunos se presentaron accidentes gravísimos. 10 niños nacieron vivos y 2 muertos.

Dice el autor que este método tiene las ventajas de modificar disminuyéndola la presión arterial, y de sustraer gran cantidad

de venenos circulantes ó de productos coloides tóxicos que impregnan los tejidos y humores. Asegura que la cefalea y los trastornos visuales disminuyen á medida que se elimina la sangre. Insiste en la bondad de este medio de tratamiento y se opone al uso del cloroformo muy tóxico para la célula hepática y que provoca la ictericia con facilidad, la cual no sobrevino en ninguno de los doce casos de Potocki.

Creo exagerada la opinión de este autor, ya que yo que he tratado muchos casos de eclampsia con las inhalaciones de cloroformo no recuerdo ninguno de defunción de la madre y rara vez del hijo. Hace un mes próximamente acudí llamado por mi compañero Dr. Cortejoso á aplicar el forceps á una parturienta con ataques eclámpicos: la enferma no se dió cuenta de mi presencia ni de la intervención y tardó dos días en desaparecer su estado comatoso. Pues bien, en cuanto se la aplicó el cloroformo desaparecieron los ataques para no volver, y hoy día madre é hijo se encuentran completamente bien.

En ningún caso tratado por el cloroformo, he visto presentarse la ictericia de que habla Potocki.

En cuanto al método preconizado por este autor, muy antiguo por cierto, no es de resultados tan sorprendentes como él asegura. En la misma sesión de la Sociedad de Obstetricia de París en la que presentó una comunicación acerca de este asunto, indicó muy oportunamente el Dr. Pinard, que los resultados obtenidos por el Dr. Depaul que practica abundantes sangrías en los casos de eclampsia, son medianos.

¿Quiere decir esto que la sangría masiva sea un mal medio de tratamiento? No por cierto. Lo que quiero decir es que no debemos ser exclusivistas, y que así como en los casos de eclampsia de forma congestiva la sangría es muy beneficiosa, en otros, según las indicaciones del momento, lo serán los anestésicos, los hipnóticos ó la evacuación rápida del útero. Sobre todo, lo mejor será evitar la eclampsia, sometiendo á toda embarazada á análisis frecuentes de orina, y prescribiéndola dieta láctea absoluta en cuanto se aprecie en ella albúmina.

Lesiones cardiacas en el embarazo, el parto y el puerperio,
por J. F. Morán, (*American Journal of Obstet.*, julio 1910).

El Dr. Morán en su notable trabajo indica los graves peligros que el embarazo ocasiona á las enfermas de lesiones orgánicas del

corazón; desde el aborto en los primeros meses por defectos en la circulación placentaria, hasta la asfixia ó el síncope en el momento del parto; desde la hemorragia postpartum y el edema pulmonar agudo mortales para la madre, hasta la endocarditis aguda por infección favorecida al disminuirse las resistencias orgánicas de la parida.

Indica la estrecha relación que tiene la naturaleza de la lesión cardiaca con las complicaciones; la insuficiencia mitral predispone al edema y á la asistolia; la insuficiencia aórtica al síncope; la estenosis mitral á la embolia cerebral y á la metrorragia postpartum.

El autor recomienda que toda embarazada enferma de lesión del corazón sea objeto de una observación continua por parte del médico, el cual debe prohibirla toda clase de excitaciones, excesos en el régimen y exposición al frío; recomendándola estimular las funciones de la piel, regularizar las del riñón é intestino y evitar congestiones renales ó pulmonares.

En los casos de rotura de la compensación encuentra preferibles los tratamientos médicos que la restablezcan, cuando el feto no es aun viable. Pero si éste lo es y la enferma se agravara habrá que recurrir á provocar el parto.

Durante éste y en su período de expulsión y alumbramiento aconseja el uso de la morfina, siempre que el descenso de la presión sanguínea no lo contraindique. Recomienda la conveniencia de que la expulsión de la placenta sea completamente espontánea, sin presiones sobre el útero. Aconseja no dar á la puérpera cornezuelo ni ergotina ni ningún preparado capaces de producir trastornos circulatorios. Prohíbe en absoluto la lactancia á la puérpera, y se opone terminantemente al matrimonio de las cardiacas.

Conforme en absoluto con las doctrinas que el Dr. Morán expone en su artículo, sólo he de añadir que he visto resultados sorprendentes en estos casos con el tratamiento médico continuado durante todo el embarazo dando preferencia á los diuréticos y tónicos cardiacos (digital y estrofantó) y al reposo. Que si el cuadro es amenazador estará indicado, á veces, el aborto artificial. Que en algunos casos, y con el fin de aligerar el trabajo, será conveniente en el período de expulsión practicar la rotura artificial de la bolsa amniótica y la aplicación de forceps y en este caso previa anestesia etérea. Y por último, que hace años vengo haciendo con gran éxito lo recomendado por Olshausen y Veit, para impedir en el momento de la salida del feto el descenso brusco de la presión de

la cavidad del abdomen, que es colocar sobre el vientre de la parturienta, en el momento de la expulsión del feto, un saquito de arena de unos 4 á 5 kilos de peso.

ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

El «606» y las enfermedades de los ojos. (Lapersonne, profesor de oftalmología de la facultad de París y Leri, agregado de la misma. (*Archives d' Ophthalmologie*, enero 1911).

Empiezan los eminentes profesores por recordar las lesiones oculares producidas por el atoxil, que siendo más tóxico que el «606» se emplea en series de 10 inyecciones de 20 centígramos ó 20 inyecciones de 10 centígramos, en el curso de cuya inyección se producen los trastornos oculares de que se quejan pronto los enfermos. El «606», siendo mucho menos tóxico, se emplea, aun cuando en dosis fuertes, de una sola vez ó en dos con un intervalo de días, haciéndose la eliminación renal rápidamente.

Analizan los casos de lesiones oculares atribuidos al «606» y particularmente los cuatro últimos casos del profesor Finger de Viena, para deducir que estos casos no presentan los caracteres que estamos habituados á ver en las intoxicaciones por los preparados arsenicales y dicen «que estos accidentes que tienen, tan netamente los caracteres de las manifestaciones sifilíticas, se han producido á pesar del «606».

No habiendo encontrado ninguna complicación ocular, en los numerosos inyectados observados por ellos, han empezado sin temor el estudio de la acción del medicamento sobre las enfermedades de los ojos.

Describen extensamente la técnica corriente. Únicamente en casos especiales (neuritis óptica) han inyectado sólo de 30 á 40 centígramos.

Después de exponer algunos casos de iritis é irido ciclitis, queratitis intersticial, neuritis óptica y parálisis oculares, dicen: No tenemos intención de deducir conclusiones de observaciones tan poco numerosas. Nuestro objeto es sólo mostrar que no deben exagerarse los peligros del «606» para la visión. Ciertamente es que se necesita examinar con cuidado tanto funcionalmente como al oftalmoscopio, todos los enfermos sin excepción, pero es preciso

no atribuir al arseno-benzol, lesiones oculares producidas por la sífilis misma que á lo sumo ha sido incapaz de prevenir.

En las lesiones oculares obra muy favorable y rápidamente, en los casos sencillos de iritis y queratitis intersticiales, pero se muestra impotente en los casos de irido-coroiditis cuyas causas son con frecuencia múltiples. En los casos de neuritis óptica y parálisis oculares, recientes, estamos animados, dicen, á inyectar cantidades mayores vistos los buenos, aunque pasajeros resultados obtenidos.

Concluyen su notable trabajo declarándose partidarios de las inyecciones repetidas y de la asociación del arseno-benzol al tratamiento hidrargírico.

P. ALVARADO

PEDIATRIA

El diagnóstico de la tos ferina frustrada por la reacción de Bordet-Gengou, por el Dr. Albert Delcourt, (*Archives de Médecine des Enfants*, 1 enero 1911).

El autor hace un completo estudio teórico y clínico sobre el valor de esta reacción llamada también de *fijación de la alexina*, la cual no solamente constituye un argumento decisivo en pró de la especificidad del cocobacilo descubierto por los autores mencionados sino que es un medio diagnóstico de gran porvenir para las formas frustradas. El fundamento de esta reacción exactamente igual que el de la de Wassermann es como sigue:

Cuando se pone en presencia de los microbios A, alexina, es decir el *suero normal fresco* y el suero de un animal vacunado contra estos microbios A, la alexina es absorbida por los microbios y desaparece, por consecuencia, del líquido. Para comprobar esta desaparición, es suficiente añadir después de un cierto tiempo, elementos sensibles á la acción de la alexina, por ejemplo glóbulos tratados por el suero de un animal vacunado contra ellos, es decir, sensibilizados por este suero á la acción de la alexina.

En ausencia de ésta los glóbulos sensibilizados no sufrirán ninguna alteración.

La ausencia de hemolisis de los glóbulos sensibilizados, añadidos á la mezcla de microbios y de suero demuestra, pues, la desaparición de la alexina. La fijación enérgica de ésta por los microbios A

no se produce más que en presencia del suero de un animal B vacunado contra estos microbios. Esta fijación demostrada por la integridad de los glóbulos introducidos, posteriormente en la mezcla, permite afirmar la existencia en el suero del animal B de una sensibilizatriz que se encuentra en el suero del animal nuevo y que resulta de la vacunación.

Los resultados prácticos obtenidos por Delcourt de la aplicación de esta reacción en niños con bronquitis que asistían á la escuela en épocas de epidemias de tos ferina han sido brillantes; con ella se ha demostrado que muchas de estas bronquitis eran específicas y que probablemente es grande el número de las formas frustradas cuyo desconocimiento permite mejor que en las típicas el reparto del gérmen y el contagio consecutivo.

Es de esperar que la incipiente reacción adquiera pronto las condiciones necesarias para su habitual uso en la práctica.

Relaciones entre la enuresis nocturna de los niños y la espina bífida oculta rudimentaria, por A. Fuchs (*Wiener medizinische Wochenschrift*, núm. 27, 1910).

Este autor ha hecho observar la coexistencia de ciertos estigmas en un gran número de niños afectados de enuresis graves. En un 80 por 100 se encuentra el pie plano; es frecuente la existencia de hundimientos en la región sacro-coxígea que unas veces revisten el aspecto de una pequeña fosita, otras, de fistulas sacras cerradas.

En gran número de casos la radiología demuestra que el conducto sacro se encuentra abierto en su parte posterior, en tanto que éste se halla completamente cerrado en niños normales.

De estas investigaciones el autor concluye que el calificativo de neurosis asignado á esta afección no es exacto, puesto que ella corresponde á una detención en el desarrollo de la parte inferior del eje raquídeo.

La citada conclusión no contradice los patentes efectos curativos de la terapéutica sugestiva, puesto que la micción no sólo es dependiente de los centros medulares, sino también de los cerebrales, cuya influencia puede ponerse en juego por la mencionada terapéutica.

Por mi parte debo indicar que no considero de un valor absoluto esta patogenia, pues conozco casos de espina bífida oculta sin enuresis y otros de incontinencia nocturna sin espina bífida

rudimentaria. En cambio he notado casi siempre un déficit intelectual notable en los niños con enuresis, lo que indica á mi entender que la sola inhibición de los centros encefálicos tal vez tenga una influencia decisiva en cierto número de casos. Sin embargo, de ahora en adelante, convendrá examinar detenidamente en los enfermos con enuresis los estigmas estudiados por Fuchs para asignarles su verdadero valor.

DR. SUÑER

SEMEYOTICA

Sobre un síntoma para el diagnóstico diferencial de los tumores de la cavidad abdominal, por el Dr. Eremitch. (*Société gynécologique de Saint-Petersbourg, Vratchevaia Gazeta*, 5 septiembre 1909).

El autor comunica la historia de dos casos observados en la clínica del profesor Fedoroff, en los cuales el método llamado *albuminuria por palpación*, imaginado por Menge en 1900, permitió hacer un diagnóstico exacto, confirmado por la operación. La técnica del método es la siguiente: la palma de la mano izquierda se pone sobre la parte posterior del tronco al nivel del tumor, y con la extremidad de los dedos de la mano derecha se ejerce una ligera presión sobre el tumor de adelante atrás, de modo que aquél sea comprimido entre las dos manos; media hora después se vacía la vejiga y en una orina que hasta entonces era normal, se encuentra, en el espacio de tres cuartos de hora á dos horas, un medio por ciento de albúmina, no encontrándose ni aun vestigios 24 horas después. Tomando estos casos como base, el autor recomienda el método de Menge como absolutamente cierto y de una perfecta inocuidad, pudiendo ser un gran recurso para diagnosticar el carácter de los tumores del abdomen y, en particular, los de la pequeña pelvis en la mujer.

El profesor Fedoroff hace notar, que ocupando el riñón su situación normal no puede ser percibido por palpación, si, por el contrario, se le siente puede asegurarse su desplazamiento. El riñón frecuentemente aumentado en el sentido de la longitud puede simular un neoplasma, por otra parte puede estar desviado en varias direcciones y como consecuencia de los cambios en su situación causar desórdenes funcionales variados. El diagnóstico de

las ptosis renales puede, en algunas ocasiones, ser muy difícil, ya que ni la cistoscopia y cateterismo ureteral así como la radiografía pueden ayudar, y, por el contrario, el método de la albuminuria por palpación puede dar la clave del diagnóstico.

E. CEBRIÁN

Engel y Furna. **Reacción de las orinas de los niños que maman.**
(Berl. Klin. Woc. 2 de enero de 1911).

Todos sabemos los numerosos fraudes que con los niños dados á criar fuera de casa de los padres, se cometen por gentes interesadas y sin conciencia que á trueque de seguir cobrando más pesetas no vacilan en alimentar artificialmente y sin precauciones á los tiernos infantes confiados á su cuidado, que á la larga son casi siempre víctimas sacrificadas á la humana codicia. Por eso me parece interesante describir un medio que, á creer á sus autores, permite descubrir siempre con seguridad si el niño mama ó no.

El procedimiento, que por su facilidad de ejecución puede ejecutarlo cualquiera persona, aun desprovista de conocimientos, fué descubierto por casualidad. Trataban los autores de determinar aproximadamente el contenido de cloro de orinas procedentes de niños atacados de estenosis pilórica, por medio del nitrato de plata. Habiéndose olvidado en algunas ocasiones de acidular previamente la orina, observaron que el precipitado obtenido cambiaba de color á los pocos minutos oscureciéndose hasta ponerse completamente negro. Este cambio de color, en nada se parecía ni por el aspecto ni por la rapidez de efectuarse, al que suele observarse en el cloruro de plata por la acción de la luz: además se presenta lo mismo en la oscuridad.

Pensaron en un principio si sería debido este fenómeno á la enfermedad; pero pronto se convencieron de que no era así, pues lo mismo ocurría en las orinas de algunos niños sanos. Sospecharon entonces un origen alimenticio y después de repetidas pruebas se convencieron de que así era, descubriendo que la reacción era positiva en los niños criados al pecho y negativa en los que no maman. El calor acelera y refuerza el fenómeno colorante. La manera de proceder es la siguiente:

Se vierten en un tubo de ensayo unos cinco centímetros cúbicos de orina y *sin acidularles* se añaden quince ó veinte gotas de una

solución de nitrato de plata al 2 por ciento. Se deja el tubo en reposo durante diez minutos, y si al cabo de este tiempo el precipitado está negro se puede afirmar que la orina procede de niño criado al pecho. Puede procederse más rápidamente hirviendo la orina después de agregar el reactivo. Cuando el precipitado permanece blanco ó ligeramente coloreado, la orina no procede de niño que mame.

G. CAMALEÑO

TERAPEUTICA

El peróxido de hidrógeno en la hiperclorhidria, por P. Girardi. (*Gazz. degli Osp. e delle Cliniche*, núm. 145. 1910).

Dadas las contradictorias conclusiones á que llegaron los observadores sobre esta cuestión, de interés é importancia para gran número de enfermos el A. se propuso comprobar el modo de obrar del H_2O_2 , tanto sobre el ácido clorhídrico libre, cuanto sobre la acidez total y poder péptico del jugo gástrico. Ha sometido á detenida observación á 14 enfermos, algunos con trastornos característicos de hiperclorhidria y otros, aunque con manifestaciones morbosas del aparato digestivo, no hiperclorhídricos. Administró á todos H_2O_2 y comprobó: acción constantemente eficaz del H_2O_2 , variable según la mayor ó menor concentración; aumento de relación entre la acidez total y el ácido clorhídrico libre en las comidas á que se había agregado H_2O_2 y las comidas normales; disminución del poder péptico del jugo gástrico; breve duración de la acción inhibitoria del H_2O_2 . En vista de tales resultados deduce Girardi que el agua oxigenada es un excelente remedio contra la hipersecreción clorhídrica, de fácil suministro, de efecto pronto y seguro, de eficacia graduable y sin ninguna acción secundaria tanto sobre las funciones gástricas como sobre el organismo en general.

Sobre las combinaciones solubles de la teofilina, por R. Grüter. (*Therap. Monast.* fasc. 11, 1910).

En muchos enfermos, por motivos varios, no siempre se puede administrar los diuréticos del grupo xantínico (teobromina, teofilina) por vía bucal. Sería conveniente en tales casos poder dar

diuréticos por inyecciones ó en enemas, lo que no es posible con la teobromina y la teofilina por ser sustancias poco solubles. Después de varios ensayos ha conseguido que la teofilina (teocina) sea fácilmente soluble en agua bajo forma de eufilina (teofilina-etildiamina) en proporción de 40 por ciento, la que se puede administrar no sólo por vía gástrica si que también por inyecciones intramusculares y por vía rectal. Las inyecciones subcutáneas producen grande escozor local. Se pueden hacer supositorios de eufilina que se absorben perfectamente y producen el efecto diurético en tal forma de aplicación. La acción de este medicamento es bastante intensa en los primeros días de emplearle y gradualmente disminuye, por lo que conviene dar el preparado no de modo continuo, sino con período de descanso.

Un aceite que contiene 40 % de diosidiamido-arsenobenzol,
por K. Schindler (*Berl. klin. Wochens.* núm. 52, 1910).

En la preparación de este aceite ha escogido por vehículo la iodipina al 25 % por ser estéril, no descomponerse, absorberse bien, no producir dolor y si da lugar á inflamaciones, lo que es raro, son poco dolorosas, difusas y desaparecen siempre á los pocos días. La inyección de este preparado oleoso del «606» con iodipina y lanolina anhidra purísima esterilizada practicada en el pecho en pichones, ha demostrado que no es tóxica y que se absorbe con rapidez, y como el producto no se oxida al contacto del aire, las inyecciones han podido practicarse después de 10 días de hecha la preparación, sin que se haya producido trastorno ninguno local y habiéndose conseguido los efectos terapéuticos arseno-benzólicos.

Resultados lejanos del tratamiento de la parálisis general con el nucleinato sódico, por J. Donath. (*Berl. klin. Wochens.* número 51, 1910).

Siguiendo un camino del todo nuevo ha partido del concepto que en la parálisis general hay en el organismo un acúmulo de productos tóxicos de la nutrición con escorias de tejido nervioso destruído, cuya eliminación, de gran importancia, hay que procurar sea lo más rápida posible. A tal fin antes se recurría á la inyección de soluciones de cloruro sódico (0,5 á 1 litro) y hoy se recurre al

nucleinato sódico. Según Donath la destrucción del tejido nervioso será producida ó por activarse la oxidación de tales sustancias tóxicas, ó por aumento febril de la temperatura ó por hiperleucocitosis. Por lo que á la técnica respecta se comienza por 1 gramo de nucleinato, que es repetido en igual cantidad mientras que el efecto pirético se sostenga al menos á 38,5°, y si no, se aumenta la dosis de nucleinato 0,5 gramos más. En 15 enfermos se observó: que tres recuperaron completamente la capacidad para el trabajo, seis mejoraron y uno murió por apoplejía, habiendo encontrado en la autopsia de éste una gran hemorragia del hemisferio derecho. De los cinco casos en que no se obtuvo mejoría, una mujer, que recibió dos inyecciones (3 gramos de nucleinato) se excitó. El tratamiento nucleínico, á semejanza del mercurial, debe repetirse con intervalos de 1 á 2 años.

Sobre la cura de fístulas tuberculosas con un derivado del bálamo peruano (alilo del ácido cinámico), por Blos y Kroustein. (*Deutsch. med. Wochens.* núm. 50, 1910).

Es un líquido claro, amarillento, de olor fuertemente aromático, y que debe emplearse en pequeñas cantidades en el tratamiento de las fístulas tuberculosas. Si ésta es ancha se introduce en ella gasa empapada en pequeña cantidad del preparado y allí se la deja por medio ó un día, según la intensidad de la reacción que se produzca. Si la fístula es estrecha, el remedio se introduce con una sonda. Como primer efecto se produce, después de unas horas, un enrojecimiento con tumefacción erisipelatosa en los contornos de la fístula. La medicación no se repite hasta la desaparición de la reacción (de los dos á los seis días). Como segundo efecto se nota gran aumento de secreción, y después la úlcera tórpidas, antes insensible al sondaje, se reaviva y por lo común se produce, en brevísimo tiempo, la cicatrización. Como comprobantes de los resultados de esta cura, se refieren ocho casos de éxito favorable con el empleo de ella, que dió, en alguno de ellos, una curación rapidísima, después de haber sido rebeldes al empleo de otros medios.

E. CUADRADO

BIBLIOGRAFIA

El «606,, en el tratamiento de la sífilis. Por H. Sáenz Alonso y R. Camiña. Establecimiento tipográfico de Martín, Mena y Compañía, San Sebastián. 1911.

Diré por adelantado que el libro de los señores Sáenz Alonso y Camiña es en su conjunto un buen libro. Quiero decir con esto, que en muy poco tiempo y dado el buen orden y método con que los autores han escrito las 115 páginas de que consta el volumen, se llega á formar el lector una idea muy aproximada del significado y valor del nuevo medicamento antisifilítico.

Y no puedo decir otra cosa, porque al terminar la lectura del libro de los señores Sáenz Alonso y Camiña queda el convencimiento de que tienen el empeño decidido de que todos los médicos deben emplear el Ehrlich-Hata en sus enfermos ó por lo menos que se los recomienden, lo que no es justo, además de que la sensatez que emplean en alguna de sus observaciones desaparece, y son un poco ligeras sus apreciaciones en otras.

Hay una mezcla de estos dos modos tan contrapuestos de impresionarse, que es una verdadera lástima ocurra semejante fenómeno de psíquis, en un estudio tan cuidado como el que los señores Sáenz Alonso y Camiña han hecho por esas clínicas de París, Bruxelles y Frankfurt, acerca de una cuestión tan interesante en los momentos actuales.

Entre los casos clínicos que exponen para la confirmación de determinados efectos del arsenobenzol, debieran haber escogido otros menos vulgarizados y no tan sobados por casi todos los que sobre esto han escrito, porque aparte de que no están en armonía con las tendencias y espíritu sensato que los autores muestran en algunas de sus páginas, tienen el inconveniente de hacer entusiastas del «606» y no prudentes y comedidos, de los que tan necesitados estamos en la clínica y la experimentación.

Esto, claro está, no significa á mi juicio, más que un poco de aturdimiento en el recoger impresiones rápidas y numerosas, que en nada afectan al fondo de la cuestión, pero que hacen ver un espíritu inquieto y nervioso frente á los juicios sensatos que los señores Sáenz Alonso y Camiña expresan en otras cuestiones.

Nosotros que ya tenemos alguna experiencia en el nuevo tratamiento, á ninguno de nuestros enfermos hemos administrado menor cantidad de 0,30 centígramos de *Salvarsán*, y apesar de esto y de ser interesados en combatir siflides de las mucosas, en las que precisamente el arsenobenzol tiene acción más rápida y sorprendente, no hemos obtenido los resultados, casi divinos, de Gourwitsch y Bormann en su caso de la bailarina, citado por los autores Sáenz Alonso y Camiña en la página 70. Esto no quiere decir, entiéndase bien, que este hecho y otros análogos que los autores citan no sean ciertos, pero debemos hacer constar que los admitimos como rarezas ó sucesos extraordinarios, menos numerosos sin duda, que aquellos otros casos clínicos en los que la acción del «606» sea más lenta aunque tan beneficiosa y positiva que en aquellos.

¿Con la exposición de estos casos de acción más lenta del arsenobenzol, no quedaría el espíritu del lector más tranquilo y reflexivo? Seguramente.

En cambio en su cap. IX y en las *Conclusiones*, cap. XI, pecan de fríos y aun les considero un poco distanciados en la apreciación del valor terapéutico del Ehrlich-Hata. Por cierto que en ese capítulo IX, en el que estudian problemas tan interesantísimos como «*El mercurio y el arseno-benzol.—Modificaciones que el «606» puede introducir en el tratamiento antisisifilítico*», se ven descuidos tan grandes como éste: «Hay también que tener presente—dicen los autores—que el «606» en algunos enfermos se muestra impotente, esto es, hay cierto número de casos refractarios al «606», bien sea por condiciones especiales del sujeto, ó por *la existencia de una raza de treponemas arsénico-resistentes...*» ¿No hemos quedado en que esta raza sólo existe en la imaginación de los escritores? (Así lo expresan en páginas anteriores los señores Sáenz Alonso y Camiña). ¿Por qué ha de tomarse ahora como fundamento de valor en las apreciaciones de la acción terapéutica del «606»?

Y en la cura combinada de mercurio y arseno-benzol que aconsejan en su libro, quitan al segundo mucho de su valor positivo, hecho que citamos, por el contraste enorme de esta idea, frente á las impresiones favorabilísimas de los casos citados anteriormente.

Yo que me declaro oportunista con el profesor Danlos, en el tratamiento de la sífilis, y que el procedimiento ó método sistemático del profesor Fournier me parece una aberración de sifliógrafo, sea dicho con todos los respetos, no puedo aceptar en *tratamiento de fondo* que llaman los autores, calcado en el plan del Dr. Fournier. «...pueden darse—págs. 107 y 108—el primer año y á plazos regularmente espaciados, dos ó tres inyecciones intramusculares de «606» y en los períodos intermediarios hacer tres ó cuatro curas mercuriales por medio del aceite gris, benzoato, bibromuro, etc. En el segundo año, dos ó tres inyecciones de arseno-benzol y tres curas mercuriales. Y añaden como si nada hubieran dicho. «Creemos que merced á este método podremos dispensar al enfermo del tratamiento del tercer año, pero si quisiéramos asegurarnos más, podrían darse durante éste, una inyección de «606» y dos curas mercuriales». De lo que se desprende que una vez adquirida la sífilis, el enfermo durante tres años no tiene que preocuparse de otra cosa más que del aceite gris y del arseno-benzol. En esta cura combinada del mercurio y arseno-benzol, si hemos de creer lo que los señores Sáenz Alonso y Camiña nos dicen en algunas páginas, sobra uno de los dos medicamentos, aparte de que para tratar á los enfermos en ese tiempo y con el número de curas mercuriales que aconsejan, no necesitábamos el «606», ni siquiera la arsacetina y la hectina; con los preparados arsenicales conocidos nos bastaba y sobraba en muchas ocasiones.

¿Pues en donde está ese poder *organotropo* y *parasitropo* del que tanto usan los autores, y esa *terapia sterilizans magna y fractionata*? ¿Cómo se explica esa curación obtenida por los autores en un caso tratado el 26 de septiembre próximo pasado en Bilbao?

Esta falta de cohesión de los autores, es lo único que hace desmerecer un tanto, la meritísima labor que en clínicas extranjerías han efectuado, pero por lo demás el libro será útil á cuantos le leyeren, y obtendrán provecho de su ilustración.

DR. DOMINGO

CASOS Y CONSULTAS

Acceso disnéico de origen cardio-pulmonar en un enfisematoso.

Sr. D. H.—A.—Distinguido compañero: He visto con atención el enfermo que V. me recomienda con el ruego de que haga de este caso motivo de una consulta para LA CLÍNICA CASTELLANA. Con mucho gusto complazco á V. pues creo que su enfermo merece nos fijemos detenidamente.

De su carta que tengo á la vista transcribo:

«Es A. P. hombre casado, de 34 años, de vida ordenada, buena conformación y excelentes costumbres. En sus antecedentes son dignos de notarse, la muerte de la madre por tuberculosis pulmonar á los 45 años y la del padre por cirrosis atrófica á los 60.

De niño padeció nuestro enfermo la difteria y el sarampión. Después, y á partir de los 12 años, solía acatarrarse ligeramente los inviernos, catarro que pasaba en breve sin dejar consecuencias. Andando el tiempo y ya á los 20 años observaba cortedad de aliento y angustia respiratoria que sobrevenía por una impresión de frío, y que pasaba pronto. Al llegar la primavera nunca sentía dichos accesos y pasaba bien las tres cuartas partes del año; sólo el invierno era para él la estación temida. En efecto, á medida que los años han pasado las crisis disnéicas han sido más intensas y repetidas, todas las ha vencido con los medios corrientes; revulsiones, ioduros, bromuros, etc. Ahora que el enfermo por asuntos especiales tiene que pasar en esa unos días, le ruego le vea y me exponga V. su opinión sobre el caso».

Aceptando por mi parte el honor que V. me dispensa y basándome en los valiosos antecedentes que V. me proporciona he explorado al enfermo y he tenido la oportunidad de presenciar una de

sus temidas crisis.—Díceme el enfermo que él conoce cuando va á venir y que, de pronto, la retarda ó la disminuye *metiendo poco aire en el pecho* (son sus palabras). Observé una ligera cianosis, falta de frecuencia respiratoria, rubicundez del rostro, pulso venoso y obnubilación mental; á medida que la crisis aumenta afloja el enfermo sus vestidos, va directo á la cama, allí adopta la posición genu-pectoral que le permite mayor amplitud torácica, siente una impresión general de frío en las extremidades y calor y abombamiento en la cabeza. La respiración es angustiosa en la espiración y breve en la inspiración, coincidiendo con los movimientos espiratorios algunas súbitas contracciones de los músculos abdominales que, á veces, si el ataque sigue á la comida determina el vómito que contribuye al alivio del enfermo; así se pasan dos ó tres horas en que, pidiendo el enfermo mucho calor á los pies y frío en la cabeza, aguarda pacientemente á que se pase la angustia y con ella los estertores sibilantes que sin auscultarle se perciben entonces.

Este cuadro tan expresivo y el recuerdo de su padecer anterior me hacen diagnosticar estos accesos disnéicos por el conflicto cardiopulmonar sobrevenido en una crisis bronquítica padecida por un enfisematoso.

Apóyase este juicio, en primer término en la inspección que denota la clásica forma de tórax en tonel, cada vez más dilatado pues el enfermo observa que su pecho ensancha (le aprietan los chalecos) y me pregunta sorprendido cómo es posible que con tanto pecho se vea en ocasiones tan apurado para respirar. La zona de claridad pulmonar está aumentada; percusión y radioscopia lo denuncian; la cúpula diafragmática está aplanada y la zona de percusión cardíaca disminuída.—La auscultación fuera de la crisis descubre algunos estertores mucosos diseminados. Desde el punto de vista pronóstico, la vida en estos enfermos no la hace peligrar tanto el aparato respiratorio cuanto el centro de la circulación. La compensación hay que buscarla para éste, coadyuvando la favorable hipertrofia de su mitad derecha para evitar la dilatación de las cavidades de ésta que conducirían á la temible asistolia. Periféricamente disminuir las resistencias de la circulación visceral y favorecer en lo posible la elasticidad pulmonar ya hartamente menguada.

Para ello fúndase el tratamiento en una terapéutica profiláctica y física. Cambio á un clima más favorable de uniforme temperatura media que libre al enfermo de las crudezas de los fríos de

Castilla que tanto exponen á repetir sus bronquitis; si esta fundamental medida es posible, conseguirá mucho el enfermo; de no ser esto posible se protegerá en casa como mejor pueda. Fricciones alcoholizadas del tórax, y hacer en él por amasamiento su expresión espiratoria. En los períodos tranquilos la medicación vasodilatadora (iódicos) es necesaria. Los narcóticos (dionina, codeína) para la tos persistente: si la disnea es intensa fomentaciones sinapizadas al tórax calor á las extremidades (baño local caliente) y en caso necesario, inyección de medio centígramo de morfina con esparteína). Por fortuna su enfermo es joven y por ello se adapta el corazón al trastorno; si la descompensación ocurre, acordarse del tratamiento racional de las cardiopatías; disminuir primero las resistencias, si las hay, y robustecer seguidamente la potencia si ello es necesario.

A. M. ROMÓN

BASEDOWIANOS Y BASEDOWIADOS

POR EL

DR. D. DACIO CRESPO ALVAREZ,

EX-MÉDICO 1.º DE SANIDAD MILITAR, MÉDICO POR OPOSICIÓN

DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE ZAMORA

Definamos estos términos: Apellídanse *basedowianos*, aquellos enfermos cuya sintomatología se ciñe por completo al cuadro nosológico del bocio exoftálmico; en consecuencia, todo paciente que no ofrezca preciso y completo el grupo de síntomas que corresponde á la enfermedad de Parry—según los ingleses—y dicho mejor, todo aquel que no presente bien diseñada la clásica triada del mal de Flajani—según los italianos—podrá ser cualquier cosa, menos un basedowiano.

Se adjetivan *basedowiados*—apellido creado por el Doctor Stern (1) y aceptado por muchos clínicos—á los enfermos que teniendo algo común, algo idéntico á los afectos de mal de Graves—según Trousseau y Jaccoud—les faltan otro *algo ú otros algos* para dibujar el cuadro sintomatológico exacto y acabado de la enfermedad de Basedow—según los alemanes.

(1) Dr. Stern—*Ueber Differential diagnose und Verlauf des Morbus Basedowii und seiner unvollkommenen Formen*—1909.

Véase, en bosquejo, la descripción clínica de estos pacientes, según el Dr. Rose (1): El *basedowöide* es un enfermo con indubitable tara hereditaria degenerativa, lo mismo en el orden físico que en el psíquico, cuya característica clínica se reduce, en último término, á fenómenos cardio-vasculares, bocio de pequeño tamaño, temblor interrumpido por bruscas sacudidas y carácter variable; siendo el pronóstico de absoluta rebeldía á todo tratamiento farmacológico y quirúrgico.

Para Stern y sus partidarios el basedowiano no es ni puede ser el basedowiado; el proceso morboso que aquél sufre no es ni puede ser el mismo que el padecido por éste. Las desemejanzas son notorias, tanto en la etiología como en el tratamiento, lo mismo en la sintomatología como en el pronóstico.

Intenta el notable clínico resucitar la ya debatida y resuelta división del proceso nosológico «bocio exoftálmico», y nosotros abrigamos la creencia de que tal intento fracasará, como fracasaron los de separar la llamada por Charcot y Marie «forma frustrada»—¿por qué no larvada?—del mal de Basedow verdadero y los llamados por los franceses *coeur goitreux*—especiales hipertrofias cardiacas asociadas á bocios más ó menos voluminosos—y de los cuales han dado brillantísimas descripciones Potain y Rose (que los apellida *Kropfherz*), primero, y Kraus y Minnich después, de las formas típicas del bocio exoftálmico.

¿En qué fundamos nuestra creencia? Pues en el estudio comparativo, que vamos hacer, del basedowiano y del basedowiado; estudio que nos ha de conducir, con pruebas

(1) Dr. Félix Rose—¿Quelle est la signification nosologique des formes frustes de la maladie de Basedow?—*Semaine Medicale*, número 40, 5 octubre de 1910, pág. 469.

palmarias é indiscutibles, á sostener que el basedowiado no es ni puede ser otra cosa que un basedowiano.

Mas antes de abordarlo es preciso que neguemos otra división que Stern propone en su citado trabajo. Para nosotros la forma pura y la degenerativa que este clínico admite, no pueden ni deben ser disociadas sin desgarrar aquella entidad nosológica, que, con soberana elocuencia, proclamó Trousseau en su famosa lección en el Hotel-Dieu, de París, al afirmar este brillantísimo é impercedero concepto clínico: «*El bocio exoftálmico es una definida especie morbosa, con expresión sintomática propia que la caracteriza y distingue de las demás enfermedades...*» (1).

Sin descender á detalles minuciosos, que impropios de estos artículos harían al nuestro interminable, vamos á exponer las diferencias que Stern encuentra entre los basedowianos y los basedowiados, tal y como estas diferencias constan en el mencionado trabajo del Dr. Rose.

Etiología.—En el bocio exoftálmico verdadero los síntomas iniciales del proceso morboso no aparecen hasta después de los 20 años—excepción de un 3 por 100 de los casos.—En el basedowiado, casi siempre,—menos en un 40 por 100—los primeros síntomas se presentan antes de esta edad, siendo muy frecuente que estos enfermos no puedan precisar la época en que comenzaron á sufrir.

En los primeros—á excepcion de la llamada forma degenerativa—existen pocas veces antecedentes hereditarios, tan frecuentes en los segundos. Los basedowiados, en efecto,

(1) Trousseau, *Clinica Médica*, 3.^a edición española, tomo II, página 354.

ofrecen al lado de diversas *neurosis*—epilepsia, hemicranea, etcétera—padecidas por sus antecesores, hermanos ó hijos nerviosos ó histéricos, de lo cual se ven á menudo libres los descendientes de los basedowianos.

Estos precisan, casi siempre, el agente determinante de su dolencia que es un traumatismo físico ó psíquico; aquéllos jamás lo hacen, y si alguna vez lo intentan se equivocan, pues confunden el principio de su enfermedad con lo que sólo es la agudización de un síntoma preexistente.

Se confirma en los basedowiados la existencia de antecedentes morbosos—sífilis, fiebre tifoidea, reumatismo articular agudo, etc.;—los basedowianos están exentos de estas enfermedades infecciosas.

Sintomatología.—Al paso que el verdadero mal de Basedow hace su aparición brusca, y en algunos días, en pocas semanas ó á lo sumo en contados meses la enfermedad se manifiesta en todo su apogeo y acompañada de su dilatado cortejo sintomático, el proceso morbo del basedowiado se presenta lenta y paulatinamente y sigue á trastornos que, como la miopía, la caída precoz de los cabellos, la precocidad ó el retraso de la pubertad, etc., etc., traducen la degeneración orgánica del paciente.

El bocio ofrece también desemejanzas. En los basedowianos es de buen tamaño y poco molesto; blando y elástico se acompaña de un *thrill* bien marcado, de latidos violentos de ambas carótidas y á veces un pulso tiroideo transversal; por el contrario el bocio de los basedowiados es más pequeño y más molesto; blando ó resistente ofrece, en ocasiones, nudosidades coloideas y si las carótidas tienen un latir aparatoso, no se observan ni el *thrill* ni el pulso tiroideo señalado, sino en un número reducido de casos.

La *exoftalmía*, notoria en los basedowianos, en los cuales se inicia á la vez que el bocio, falta casi siempre en los basedowiados, si bien éstos aseguran *que siempre han tenido los ojos grandes*. En los primeros es frecuente el signo de Graefe, mientras que en los segundos se observa mayor número de veces el de Möbius.

Los síntomas cardiacos no son tampoco análogos. En el verdadero bocio exoftálmico el choque de la punta tiene lugar por fuera de la línea mamilar; la macidez cardiaca está un tanto aumentada en sentido transversal y la auscultación pone de manifiesto ruidos sistólicos en la punta y á veces en todos los orificios valvulares. El corazón del basedowiado es normal en su tamaño, en su forma y en sus ruidos. *Las palpitaciones* son continuas y perennes en los primeros; son intermitentes, sobrevienen en forma de accesos más ó menos frecuentes, más ó menos sostenidos y se acompañan siempre de disnea, en los últimos; si bien es cierto que en estos pueden hacerse constantes á seguida de una enfermedad infecciosa ó de repetidas é intensas emociones.

El temblor de los basedowianos es regular, rápido, tenue y continuo; poco molesto para los pacientes, se localiza en los miembros superiores, en la lengua y en los párpados. El temblor de los basedowiados es más lento, más intenso, más irregular, más grosero; á menudo se interrumpe bruscamente por sacudidas violentas ó por movimientos que recuerdan los propios del corea ó el clásico temblor de la parálisis agitante. Este síntoma, sobre el que ejercen muy penosa influencia el frío y las fatigas físicas, es el que peor soportan estos enfermos.

El *carácter* se modifica en unos y en otros; pero mientras que los basedowianos son, en medio de sus excentricidades,

dóciles y obedientes, razonables y resignados, los basedowia- dos son autoritarios, soberbios, quejumbrosos y desleales.

Otros síntomas diferenciales.—El basedowiado ofrece con frecuencia una disnea particular ajena á toda compresión traqueal, y que se caracteriza por una serie de movimientos respiratorios superficiales seguidos de una inspiración muy profunda y de la emisión de un gemido particular, que se debe á un espasmo de los músculos respiratorios; sufren, además, accesos de pseudo-asma y de falsa angina de pecho.

Estos enfermos han sido y seguirán siendo neuróticos exagerados; todo les emociona, todo les provoca agudas crisis sincopales, disnéicas, congestivas, de falsa angina de pecho, etc., etc. Padecen con frecuencia paraparesias, topoalgias numerosas y trastornos genitales de carácter nervioso.

Nada de lo dicho les ocurre, por regla general, á los enfermos de mal de Basedow.

Las mujeres afectas de este proceso, menstruan bien hasta seis meses antes de iniciarse la enfermedad, época en la cual se suspende esta función; las basedowiadadas reglan poco y muy tarde, pero con irregularidades la función continúa durante el proceso morboso. Mientras que éstas se agravan con el embarazo, aquéllas no experimentan ningún perjuicio con el estado gravídico.

Curso.—El verdadero enfermo de mal Basedow, cura en muchas ocasiones remitiendo todos sus síntomas, menos la exoftalmia. De los pacientes que de dicho mal ha tratado Stern, muchos curaron en el breve tiempo de uno á seis meses, algunos presentaron una mejoría notable, especialmente de los trastornos subjetivos. Y, por último, á los pocos que fallecieron, les sobrevino la muerte después de diez á catorce años de iniciarse el proceso morboso.

Los basedowiados tienen como característica una cronicidad imperturbable, y con sus exacerbaciones ó con sus remisiones logran muchas veces avanzadísimas edades.

Pronóstico.—No deja de ser favorable el que de los primeros podemos hacer, pues según Stern, pocos enfermos son los que mueren de bocio exoftálmico y muchos los que en brevísimo tiempo se curan.

El pronóstico de los segundos, si es benigno para la vida, es desconsolador para el pobre enfermo que envejece sufriendo, sin que nosotros podamos prestarle los alientos de una fundada esperanza en los recursos de que hoy disponemos.

Tratamiento.—Dicha queda la diferencia que según Stern separa, por lo que al tratamiento se refiere, las dos clases de enfermos á que hacemos referencia. Unos—los basedowianos—podemos curarlos; otros—los basedowiados—se resisten á nuestros más eficaces medios farmacológicos y quirúrgicos. De aquí nace, añade el notable clínico, que la cirugía haya tenido sus éxitos y sus fracasos; éxitos cuando operaba bocios exoftálmicos, y fracasos cuando, equivocadamente, confundía los basedowiados con los basedowianos y se decidía á intervenir seducida por engañosa sintomatología.

*
* *

Si se ha tenido la paciencia—pues paciencia se necesita para no pasar por alto esta fatigosa é indispensable exposición doctrinal—de leer y meditar las numerosas desemejanzas que, según Stern, existen entre los basedowianos y los basedowiados, seguros estamos de que nuestra opinión ha conquistado mucho terreno para ser aceptada.

¿Se ha encontrado, por fortuna, un solo dato que justifique, no ya la división de un proceso morboso tan perfectamente definido como el bocio exoftálmico, sino razonado motivo para enriquecer con uno nuevo la abundantísima terminología médica? Para nosotros, al menos, no existe semejante dato.

Tal vez sea ofensa para la cultura de nuestros lectores refutar con algún detalle la doctrina de Stern; mas para negar una tesis, por absurda que sea, hay que probar sus errores, y aun cuando yo prescindiera de comentar algunos puntos de la manera de pensar de dicho clínico sobre el particular, me veo obligado á discutir otros, sin que pretenda hacer con ello gran labor, pues conceptos tan falsos como los de Stern se disipan con un tenue soplo de sentido clínico.

Sigamos el orden que hemos adoptado.

Etiología.—En gracia á la brevedad suprimo los muchos comentarios á que se prestan las notables proporciones que el citado clínico formula sobre la distinta época de aparición de los, para él, diferentes procesos nosológicos. Detalle es este que, además de no probar nada, tenemos que rechazar por falso apoyados en las tres siguientes razones: primera, porque desde que Eichhorst, en 1889, comentaba la poca frecuencia del bocio exoftálmico en los niños, Müller, y tras él otros muchos presentaron casos repetidos que no hacían gran favor á esa poca frecuencia comentada; segunda, porque estamos cansados de leer historias clínicas de los más competentes autores que demuestran que el bocio exoftálmico aparece, en muchas ocasiones, antes de los 20 años; y tercera, porque de los 22 casos de mal de Basedow típico que llevamos observados, en 11 la enfermedad apareció antes de

esta edad y en uno la muerte sobrevino antes de cumplir el paciente los 18 años (1).

Negar, como hace Stern, la herencia nerviosa en el bocio exoftálmico *puro*, es, en nuestro concepto, negar la luz en pleno día. ¿Dónde, sino en la indiscutible influencia de la herencia construían Chacort y Rendu (2) el pilar menos endeble de su falsa doctrina patogénica—recientemente defendida por el Dr. Virgilio Machado (3)—según la cual el mal de Basedow es una neurosis pura? La mayoría de los clínicos—nosotros hemos puesto á esta herencia algunos reparos—aceptan, sin discutir, los antecedentes hereditarios nerviosos, y no son pocos los que estiman á estos antecedentes indispensables para que el bocio exoftálmico se padezca.

Fortuna grande acompañó á Stern al lograr que todos sus enfermos de este proceso morboso precisasen el agente determinante del padecimiento. Nosotros no hemos tenido esa fortuna en la mayoría de los casos que hemos observado y lo que es peor, casi todos los clínicos se han visto en este punto, tan desairados como nosotros por dama tan caprichosa. Ciertamente, que como dice muy bien mi inolvidable maestro el Dr. Sánchez Herrero (4), *las emociones violentas ó no violentas, pero prolongadas* son factores que deben tenerse muy en cuenta en la etiología del mal de Basedow, pero de ésto á que siempre exista en estos enfermos un traumatismo

(1) Dr. Crespo Alvarez, *La tiroidectomía parcial en la enfermedad de Basedow; su fundamento patogénico y clínico*, Madrid, 1908. (Este folleto, que nada vale, no se ha puesto á la venta, pero yo me honro ofreciéndoselo á los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA).

(2) Dr. Souques, *Tratado de Medicina de Charcot y Boucharde*, tit. 7.º, pág. 360.

(3) *Semaine Medicale*, 2 mayo de 1906, pág. 206.

(4) Dr. Sánchez Herrero, *Curso de Medicina Interna*, tomo II.

físico ó psíquico que dé la clave sobre la causa productora de la afección, media un abismo; abismo que no salvamos sin más pruebas que las observaciones de Stern, por muy respetables y concienzudas que éstas nos parezcan.

Con decir que nosotros hemos historiado una enferma de mal de Basedow característico (1) con indubitables antecedentes sífilíticos, que hay clínicos, como Dolega, que piensan en una localización de la sífilis en la glándula tiroides para explicar el bocio exoftálmico, y que hoy está sobre el tapete el papel que el reumatismo desempeña en la aparición del mal de Basedow, me sobraría para deshacer y rechazar este carácter diferencial, último que por lo que afecta á la etiología presenta Stern para su pretendida disociación del proceso nosológico «bocio exoftálmico». Mas, quiero añadir, que lejos de encontrar aceptable esta singular opinión me sumo gustoso á la de los muchos que ven en las infecciones, en las discrasias (Herhle) y en las intoxicaciones orgánicas y minerales las causas determinantes de que la glándula tiroides exagere su normal función endocrina.

Sintomatología.—No podemos admitir que el mal de Basedow verdadero se desarrolle con la rapidez que Stern supone. Aceptemos que en muy contados casos la enfermedad se manifieste en todo su apogeo en el curso de contados meses, pero como esto no es lo general rechazamos la semejanza que en la excepción se apoya.

Que el *bocio* sea más ó menos grande, más ó menos molesto, más ó menos blando y que se acompañe ó no de todos esos caracteres que por inconstantes no figuran en las clásicas descripciones del mal de Basedow, nada dice á favor de

(1) Loc. cit.

la doctrina que comentamos. Los caracteres relativos, el más ó el menos, no seducen en Medicina, y quien en ellos se apoya para dividir enfermedades, se expone al error y á defender éste con todas sus consecuencias.

La falta de la exoftalmía en los basedowiados es el argumento que con más entusiasmo nos presentan los partidarios de la doctrina de Stern. Pero ¿no es ya una explícita confesión del poco valor de este dato la misma manifestación que nos hacen *de que los enfermos todos reconocen haber tenido los ojos grandes toda su vida?*

Yo, por mi parte, debo decir que he historiado enfermos cuyo exoftalmos era exageradísimo, y en cambio, he observado otros, cuyo diagnóstico de mal de Basedow era incuestionable, que apenas si ofrecían marcado este síntoma (1).

Con mucho gusto refrendaría mi modestísima observación copiando lo que sobre el particular escriben los más notables autores, á quienes hay que creer por su dilatada práctica, pero ya que esto me sea imposible por lo pesadísima que se haría tal copia, quiero consignar lo que una autoridad en la materia, el Dr. F. Kraus, nos dice con claridad meridiana. «A veces su desarrollo—el de el exoftalmos—es incompleto ó puede dejar de presentarse. Esta falta suele ser tan solo aparente, pues casi siempre existe exoftalmos en los casos típicos de enfermedad de Basedow, *si bien es insignificante en muchos de ellos*» (2).

(1) Dejo consignada, en mi trabajo ya citado, la equivocación que sufrieron dos compañeros al no dignosticar de mal de Basedow un enfermo, por estar en este muy poco marcada la exoftalmia.

(2) F. Kraus, *Tratado de Medicina del Dr. Ebstein*, tomo II, pág. 410.

Quedamos, pues, en que la exoftalmía acentuada no es indispensable para hacer el diagnóstico de bocio exoftálmico *típico*, como tampoco es síntoma exclusivo de esta enfermedad, pues se presenta en algunas intoxicaciones, como el saturnismo (J. Müller).

¿Merecen comentarios las desemejanzas que Stern encuentra en los *síntomas cardiacos*? Repáselas el lector y medite qué valor se debe conceder á ese distinto sitio de latir la punta, á ese aumento de la macidez cardiaca—que muchos autores niegan—y á esos ruidos inconstantes, que yo no he encontrado jamás, y que si alguna vez existen son accidentales, á no ser que la enfermedad se desarrolle en un sujeto que padezca lesiones valvulares.

Las *palpitaciones* no son siempre constantes en los basedowianos, dígalo quien lo diga. Estos enfermos tienen á veces un reposo más ó menos acentuado de este síntoma. Y aunque no lo tuvieran, y fuera verdad lo que dice Stern, bastaría que el basedowiado padeciese una enfermedad infecciosa cualquiera ó sufriese algunas emociones para identificarse por este síntoma, con el basedowiano. ¿Y son estas desemejanzas? ¿Se concibe que en tal nimiedad se basen diferencias? Pues, si con esta lógica pensamos, yo no encuentro dos enfermos iguales, y me atrevo á más, á negar parecido á dos gotas de agua y á encontrar distintos dos átomos de hidrógeno.

Precisar diferencias por lo que al *temblor* se refiere es disparatada empresa. Desde el enfermo de bocio exoftálmico que *no tiene* temblor, hasta otro que padece el mismo proceso morboso que, no acordándose de su padecimiento, nos pide angustiado que le calmemos cuanto antes sus aparatosas crisis epileptoides, hay temblores para todos los gustos. Y cuando

tal variedad confirma á diario la clínica ¿podemos nosotros distinguir dos procesos morbosos porque el temblor sea más rápido ó más lento, más regular ó más irregular, más grosero ó más fino?

Y lo que decimos del temblor, decimos del *carácter*. ¿Qué contraste no existe entre el basedowiano pacífico, cariñoso y razonador y el rebelde, huraño y maniaco ó melancólico agitado? Pues, tan enfermo de mal de Basedow es aquél como éste.

Refutaré brevemente los demás *síntomas diferenciales*. Ante todo, conste que ninguno es constante, y por consiguiente que su valor—si valor puede concedérsele—es muy relativo.

Prescindiendo de esa disnea particular—que á veces nos ofrecen los verdaderos enfermos de mal de Basedow—y de ese gemido—cuya patogenia indica bien á las claras que no es característico de los basedowiados—fijemos nuestra atención en los trastornos nerviosos, que Stern hace exclusivos á estos enfermos.

Es indubitable que la secreción tiroidea tiene, á semejanza de la toxina tetánica, una singular predilección por el tejido nervioso, ejerciendo sobre éste tal influencia que, los Doctores Levi y Rothschild, atribuyen á la secreción tiroidea no sólo el temperamento sino el cambio de carácter que sufren los basedowianos al iniciarse la enfermedad; y si esta influencia es, como parece, indudable, lógicamente pensando, podemos afirmar que las perturbaciones de la secreción tiroidea han de reflejarse en trastornos del sistema nervioso. Esta manera de pensar, que no será exacta, pero al menos tiene un fundamento innegable, me ha servido para explicar las lesiones nerviosas—neuralgias, parálisis, polineuritis,

tabes, etc., etc.,—que con tanta frecuencia padecen los enfermos de mal de Basedow. Sea de ello lo que quiera, lo cierto es que, los basedowianos se ven afectos muchas veces de esas y otras lesiones del sistema nervioso, y por consecuencia, para que la semejanza existiere, había que empezar negando los hechos clínicos, que ni Stern ni nadie pueden corregir á su antojo y capricho.

Los *trastornos menstruales* son variadísimos en las basedowianas; bien la función es normal ó bien existe amenorrea, dismenorrea y en ocasiones atrofia de los órgano genitales.

Finalmente, por la influencia sobradamente conocida, que el embarazo ejerce sobre la circulación de la glándula tiroides, todas las enfermas de este importantísimo órgano han de sentirse empeoradas en su dolencia durante el estado gravídico. Y, hasta el momento, el basedowiado es un enfermo de la glándula señalada.

Curso, pronóstico y tratamiento.—Si repasamos la interminable lista de medicaciones empleadas para curar los enfermos de mal de Basedow y si creemos, como es nuestro deber, los beneficios que los autores han logrado con tan variadísimas medicaciones llegaremos á una conclusión: hay enfermos de este proceso morboso que curan con éste ó el otro remedio farmacológico y hay otros que no se curan con tales remedios.

¿Cómo explicar esta singular conclusión, ya que es natural que siendo *una* la enfermedad *uno* debe ser el medicamento que la cure? Pues, sencillamente, por el tan conocido axioma de «que no tratamos enfermedades sino enfermos».

En el mal de Basedow—como en la pulmonía y en la fiebre tifoidea—hay enfermos que curan por sí sólos, enfermos que curan merced á nuestros recursos terapéuticos y

enfermos que *no curan* á pesar de éstos. ¿Basar en ello diferencias?... Pues á diferenciar los tuberculosos y los diabéticos y los sifilíticos y todos los pacientes de casi todas las enfermedades conocidas. Con tal sistema la Medicina no sería ciencia, sería un caos inabordable, cuyo estudio, además de imposible, no nos reportaría la incomparable satisfacción de ser útil á nuestros semejantes.

He sostenido, sostengo y sostendré que la tiroidectomía parcial cura á los enfermos de mal de Basedow *siempre que se practique en tiempo oportuno*. Cierto que en algunos casos fracasa, pero, á mi entender, no es porque unos enfermos sufran distinto proceso morboso que los otros; es—por lo menos así ha ocurrido en los casos que yo he observado—porque la intervención fué ó no practicada en la época debida. Sígase el proceder de Kocher (1) y desóigase el de Peau (2) y á buen seguro que, en este particular, se borran las diferencias entre los basedowianos y los basedowiados.

* * *

No es mi propósito restar interés al trabajo de Stern, y menos puede intentarlo nombre tan modestísimo como el mío, cuando clínico tan competente como el Dr. Rose concede á dicho trabajo una singular importancia.

Mas ya que he cometido la osadía de refutar al clínico alemán, séame permitido en apoyo de mi tesis completarla con estas dos consideraciones.

(1) Kocher, *Resultados definitivos del tratamiento operatorio en la enfermedad de Basedow*, Berlín, 1905.

(2) Peau, *Comunicación presentada á la Academia de Medicina de París*. Sesión del día 3 de agosto de 1897.

Doy por aceptadas las desemejanzas que Stern señala; pero ¿existen en los basedowiados otras lesiones en la glándula tiroides que no sean las típicas de la enfermedad de Basedow?

¿En la patogenia de aquellos enfermos no se confirma que, hoy por hoy, la doctrina más aceptable es la de la hipertiroidización, que Möbius, y con él la mayoría de los clínicos, aceptan para explicar los trastornos del bocio exoftálmico?

Mientras estas cuestiones no se resuelvan y las desemejanzas se funden solamente en caracteres clínicos más ó menos precisos, nosotros no participaremos de la opinión de Stern, y nos veremos obligados á sostener que entre basedowianos y basedowiados no existen otras diferencias que las supuestas por modalidades clínicas, dentro de un solo y único proceso morboso.

Por tanto basedowianos y basedowiados (1) son, para nosotros, términos sinónimos.

(1) Empleamos la palabra *basedowiado* por entender que es la que mejor traduce, en nuestro idioma, el término creado por Stern.

ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE ALGUNAS FORMAS DE CEFALEA

POR EL

DR. ANTONIO MIGUEL Y ROMON

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Es tan frecuente en la práctica profesional que los enfermos se quejen al médico de dolor de cabeza, que parece una vulgaridad clínica, hacer de este síntoma objeto de un artículo; y sin embargo, en esta vulgar frecuencia existen casos de causa ignota cuya correcta interpretación patogénica constituye un problema de positiva importancia.

Desde el punto de vista etiológico, es la cefalea resultado mecánico de un traumatismo ó de una compresión (meningitis, tumor cerebral) ó efecto de una intoxicación orgánica (estreñimiento pertinaz, uremia) ó microbiana (fiebre tifoidea, viruela, etc). Trastornos nerviosos de patogenia no bien definida producen también la cefalea (epilepsia, histerismo, neurastenia).

Las variedades de cefalea objeto de nuestro examen serán algunas de las que se presentan de un modo paroxístico y las dependientes de alguna toxemia. Muchas cefalalgias periódicas reputadas por jaquecas son derivadas de algún trastorno vaso-motor; muy frecuentemente los verdaderos jaquecosos, de tara neuro artrítica, pertenecen á familias cuyos

individuos han sufrido, epilepsia, histerismo, asma ó angina de pecho. Es por lo común la jaqueca, unilateral en su forma típica yendo frecuentemente precedida durante 10 ó 20 minutos de algún trastorno visual, como disminución de su agudeza con sensación de puntos negros ó moscas volantes; otros tienen ceguera parcial para algunos colores del espectro y algunos hemianopsia, de modo, que mirándose al espejo sólo se ven media cara. Otros enfermos se quejan de contracciones fibrilares en un lado de la cara y en los dedos con afasia durante unos minutos. Coincide con ello la boca pastosa, estado nauseoso y hasta vómitos que si es inicial suele aliviar al enfermo ó repetirse durante la crisis sin notar alivio alguno. Sensible el enfermo en alto grado á la luz y al ruido, busca el reposo que le procuran la obscuridad y el silencio. Se queja de frío en las extremidades de calor y golpeo en la media cabeza dolorida (hemicránea) y tras un período de 24 horas por lo general, se despierta al siguiente día, re- puesto, tranquilo y dispuesto á renovar sus tareas.

La verdadera jaqueca comienza en edad temprana, ya es frecuente en la niñez; se prolonga hasta pasada la edad media de la vida con grandes intervalos en que sus ataques repetidos con muy variable período, disminuyen en intensidad. Si el enfermo que era jaquecoso sufre cualquier trastorno febril por tuberculosis, gota, reumatismo, etc., suele verse libre de la cefalea. Probable es que el sedal, tan empleado por los antiguos en la parte posterior del cuello, ejerciese en la jaqueca favorable acción por la ligera fiebre que la supuración ocasionaba. Si avanzada la edad adulta la intensidad de las jaquecas no merma, es prudente pensar en algún factor adicional como la enfermedad de Bright crónica ó la arterioesclerosis, capaces de provocar insidiosa-

mente este síntoma y agravarle cuando ya existía por otras causas.

Pueden las crisis de jaqueca aparecer repentinamente sin que las preceda síntoma alguno como en el ataque de epilepsia, en plena salud y bienestar del individuo; aunque bien investigada la situación, es de notar, que la crisis de jaqueca como la epiléptica se preparan por algún previo trastorno; excitación nerviosa, excesos báquicos y venéreos, trabajo intelectual excesivo, atmósferas confinadas y período menstrual en la mujer. No puede muchas veces atribuirse á una toxemia de origen intestinal por faltar la lengua saburrosa y el estreñimiento; en otras ocasiones llega el enfermo á perder el conocimiento, ello aumenta su semejanza con la epilepsia así como en ésta suelen ocurrir trastornos visuales en algunos casos; son éstos parecidos á los de la jaqueca, lo que denota íntima conexión patogénica. En este hecho se basa una racional conducta terapéutica que consiste en tratar por la medicación bromurada enfermos de jaquecas periódicas, aprovechando los períodos intercalares: es un hecho que la asociación de los tres bromuros de potasio, sodio y amonio es preferible al aislado empleo de cualquiera de ellos. Puede la crisis ser menos intensa, tomando al principio una buena dosis de hidrato de cloral ó analgesina; mas sinó se toma con la debida oportunidad, no produce efecto por falta de absorción y llega á vomitarse íntegra. Otro medicamento capaz de producir mucho alivio, es la trinitrina cuyos efectos vaso-dilatadores al rebajar la tensión en los vasos periféricos hacen disminuir también la de la circulación cerebral. Este hecho indudable terapéutico, arroja luz sobre la patogenia por ser verosímil suponer que la jaqueca es producida por un inicial espasmo vaso-motor que afecta especial-

mente al territorio de la arteria cerebral posterior. Durante este período se producen los fenómenos visuales por anemia de la mitad del centro visual en el lóbulo occipital. A este primitivo estadio de espasmo, sigue el de repleción vascular determinante del dolor de cabeza, que como el trastorno vaso-motor que le engendra, es también unilateral. En pocos casos el espasmo inicial se disipa tan lentamente, que no va seguido del período congestivo que hemos señalado como en el caso citado por Harris referente á una mujer de 36 años que durante algunos sufrió ataques de temporal ceguera durante una ó más horas; después recobraba lentamente la visión y por regla general, no iba seguido de dolor de cabeza ó era éste muy leve.

Esta teoría del espasmo arterial es la de Dubois Raymond defendida por autores como Harris y Hartemberg y sancionada por la observación. En efecto, durante la crisis, las arterias superficiales están duras, tensas y muy dolorosas á la presión; la palidez del rostro, el descenso de la temperatura local, el hundimiento del ojo en la órbita, apoyan esta hipótesis. El dolor se explica por el aplastamiento de las terminaciones sensibles vasculares contra la columna sanguínea, por ello cuando aumenta la presión ó espasmo, compresión, posición, declive, choque ó corriente farádica, aumenta el dolor. Las náuseas, vómitos y estado general, explícense por los trastornos circulatorios de las meninges. Todos estos fenómenos angioespásticos pueden provocarse experimentalmente por la excitación del simpático cervical. Confirma clínicamente esta teoría el siguiente caso de Harris. Una mujer de joven padecía hace algunos años ataques de jaqueca y después de uno quedó hemianópsica; es indudable que dicho trastorno fué producido por favorecer el espasmo la trombosis

de la arteria cerebral-media que riega el centro de la mitad visual; pertenecía á una familia en que dominaba la jaqueca, especialmente un hermano que ocasionalmente sufría intensos ataques.

Obsérvanse en la práctica otras cefaleas, las reflejas, que pueden confundirse con la jaqueca, aunque si bien se observa, intervienen más en su aparición alguna causa periférica más bien que alguna tara neuropática. Es cierto que pueden padecerla más fácilmente individuos neurópatas, pero aun en éstos la patogenia del angioespasmo está oscurecida por el trastorno periférico provocador de la cefalea, parecida en un todo á un ataque de jaqueca. Estas causas periféricas son variadísimas desde los efectos lejanos de un traumatismo en el orden quirúrgico, hasta lesiones viscerales como la apendicitis crónica, la litiasis biliar y la úlcera del estómago. Si la terapéutica logra hacer desaparecer estos procesos, con ellos desaparece también esta cefalea refleja, del propio modo que desaparecen las convulsiones de la epilepsia refleja, curando la su causa provocadora (vermes intestinales, irritación producida por una cicatriz, etc.) También la aparición del período menstrual en la mujer, es frecuente causa determinante de la cefalalgia refleja, singularmente si coincide con algún trastorno crónico del útero.

Se ha afirmado con sobrada generalización, aun por distinguidos oculistas, que la inmensa mayoría, por no decir todas las jaquecas, son debidas á errores de la refracción y que, en su consecuencia, el único remedio que conviene aplicar es la corrección de aquéllos con cristales adecuados. La sencillez y lógica de esta explicación y el éxito sorprendente logrado en muchos casos, inducen al error de generalizar á todos lo que sólo conviene á cierto grupo de enfermos.

La jaqueca oftálmica en la que el dolor radica en la región frontal, es frecuentemente debida á trastornos de refracción en especial el astigmatismo; la cefalea periódica que estos enfermos sufren, es determinada por la fatiga visual que llega al agobio del músculo ciliar y por ello el gran alivio que la corrección de cristales apropiados les procura. Pero sería absurdo pensar del propio modo en todos los casos, puesto que estos trastornos oculares no son más que una de las muchísimas causas que pueden determinar la cefalea refleja. Por eso en buena clínica se debe investigar la causa del trastorno y basar en ella la esperanza de corregir el síntoma molesto más ó menos lejano.

Una causa comunísima de dolor de cabeza es el estreñimiento. Puede coincidir con la jaqueca y aunque á veces determina su aparición es una de las causas menos frecuentes de cefalea periódica que se asemejan á la jaqueca; es sólo una cefalea de autointoxicación que en ciertos sujetos es diaria. En otros aparecen con cierta periodicidad estos efectos tóxicos y asociándose con algo de congestión hepática y habitual estreñimiento, engendran una cefalea de fácil confusión con la jaqueca, pues como ésta, postra al enfermo un día entero en que padece con análoga intensidad; por otra parte, la tendencia á presentarse en varios individuos de la misma familia, aumenta la semejanza y la posibilidad del error; mas se distingue de la cefalea como neurosis, en los siguientes hechos: faltan antecedentes neuropáticos en la familia, la cefalea periódica empeora en la edad adulta en lugar de mejorar; no hay trastornos visuales como en lo jaqueca, hay siempre relación íntima entre la cefalea, el estreñimiento y demás trastornos digestivos, saburra gástrica, fetidez de aliento, tinte subictérico en la conjuntiva, alivio y curación con los

colagogos y purgantes salinos é ineficacia de la antipirina, fenacetina y bromuros. Hay en conclusión, en estas cefaleas una marcha cíclica de trastornos digestivos engendrados de la toxemia que provoca el dolor; puede éste desaparecer después de un día á pesar de faltar la depuración intestinal; mas pronto retorna el ciclo del padecer, variable en cada individuo, hasta la explosión del dolor en el que tanta importancia tiene la alteración hepática, así como en su periodicidad parece depender de un trastorno de inervación.

Finalmente, juega en las cefaleas papel importantísimo, la intoxicación por agentes venenosos del exterior como el plomo, el éter, el alcohol ó el hierro, que pasan al torrente circulatorio, y provocan el dolor encefálico; éste es asimismo producido por las toxinas microbianas en las enfermedades infecciosas como la pulmonía, fiebre tifoidea, grippe ó viruela. Conducen al mismo resultado las autointoxicaciones determinadas por procesos patológicos como la gastritis crónica, la enfermedad de Bright, la gota, la diabetes ó la cirrosis hepática.

La arterioesclerosis y la gota son frecuentísimas causas de cefalea crónica, contribuyendo en la primera la elevada tensión sanguínea que hace ineficaz el tratamiento ordinario y poco ostensible la medicación vasodilatadora por ioduros y nitritos. En la enfermedad de Bright es tan persistente y tenaz la cefalea singularmente, en la variedad granulosa y con arterio-esclerosis, porque á ello contribuyen dos causas; la elevada tensión sanguínea y la insuficiente depuración renal. En la gota no acompañada de ateroma arterial, la cefalea es producida por la sobrecarga que la sangre tiene de productos de desecho del metabolismo nutritivo que las vías ordinarias de depuración no fueron suficientes para

eliminar, bien por obra de la alimentación azoada, bien por los trastornos que ésta á la larga acarrea mermando el papel antitóxico del hígado y atascando el glomérulo renal, verdadero filtro depurador.

Hay otras dos grandes causas de cefalea, la sífilis y el tumor cerebral. La primera demanda un tratamiento específico variable según la extensión y naturaleza de las lesiones y según las oportunidades del tratamiento que sobre su base se ha de instituir desde la medicación clásica por los mercuriales y el yoduro, hasta las modernas inyecciones del Salvarsán de Ehrlich, producto arsenical cuya fórmula permanece secreta.

El dolor de cabeza que el tumor cerebral produce es esencialmente mecánico y por ello mecánico será su racional tratamiento; los recursos quirúrgicos prudentemente fundados podrán decidir la trepanación, la punción lumbar ó la abstención cuando el desgraciado enfermo no pueda obtener de nosotros el alivio que pide para su terrible mal.

Finalmente y en síntesis: la cefalea no mecánica, por su etiología, es ó una neurosis ó una intoxicación: en el primer caso (jaqueca) el tratamiento se basará en llenar por los analgésicos la indicación sintomática y paliativa y en los períodos interparoxísticos instituir una línea de dirección higiénica del cuerpo y del espíritu simultáneamente.

En la cefalea de las enfermedades infecciosas tratar la infección originaria y acudir para aliviar el síntoma á la derivación y á la hidroterapia en sus variadas formas vigilando constantemente los emunctorios orgánicos.

En las intoxicaciones, la conducta del práctico se subordinará á la causa productora de la misma para desintoxicar cuanto antes neutralizando por una parte el veneno y acudir

á una rápida eliminación (lavado gástrico, sangría seguida de inyección de suero salino, inhalaciones de oxígeno, etc.

Y en las autointoxicaciones combatir la continuidad de la intoxicación con apropiado régimen alimenticio y eliminar la producida por los medios generales. La base de la dirección higiénica es la alimentación y la menos tóxica es el régimen lacto-vegetariano, permitiendo con oportunidad pescados blancos y carnes muy tiernas. La proscripción del tabaco y del alcohol si absolutas en el rigor higiénico, tienen en la práctica inevitables atenuaciones que un médico prudente sabrá dirigir con el consejo, la persuasión ó el ruego; y por último los tres grandes elementos: ejercicio ordenado, benéfica influencia de la luz solar y el aire puro, robustecerán el vigor del cuerpo en tanto que la subordinación de todas las pasiones á una voluntad bien ordenada, robustecerá el vigor del espíritu.

UN CASO MÁS DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESÓFAGO
EXTRAIDO POR ESOFAGOSCOPIA
POR
ALFREDO RODRIGUEZ VARGAS

Especialista en enfermedades de la garganta, nariz y oídos en Valladolid.

Ya en el año 1901 (1), manifesté al ocuparme de los cuerpos extraños del esófago, que el incesante progreso realizado en estos últimos tiempos en las ciencias auxiliares de la Medicina, había influido tan directamente en ésta, y por tanto, en el diagnóstico y tratamiento de gran número de afecciones, que bien puede asegurarse un pronóstico favorable en muchas de ellas, que antes se tenían por graves, cuando el médico, caminando por los modernos derroteros de la ciencia, se ha familiarizado con la técnica de los nuevos procedimientos de investigación y tratamiento. Queda esto sancionado en la esofagoscopia con la célebre frase de Mickulitz, repetida por Hacker «desde que empleamos la esofagoscopia, no hemos tenido jamás necesidad de practicar la esofagotomía, para extraer cuerpos extraños del esófago».

(1) *Boletín de Laringología, Ontología y Rinología*, pág. 1903.

Numerosos son ya los casos publicados de esofagoscopia en diferentes revistas extranjeras y nacionales, así que la aparición de uno más, sólo tiene por objeto grabar bien y vulgarizar este precioso é inofensivo método de exploración, para acrecentar el número de adictos, y evitar maniobras intempestivas con procedimientos viejos, como la cestilla de Gräffe, el extractor de espinas de Weirs, el gancho de Collín ó el de Kirmison, etc., que ha sido á veces causa de grandes daños para el paciente.

El caso que voy á relatar es el siguiente: N. N. del comercio de esta plaza, de 40 años, se presenta en mi clínica el 18 de enero á las cinco de la mañana, manifestando que durante el sueño, se tragó una pieza dentaria que le hizo despertar bruscamente con un acceso de sofocación y sensación de cuerpo extraño en la garganta; se introdujo los dedos que en vez de extraerla, la empujaron más adentro, sintiendo desde este momento espasmo esofágico, y molesto dolor á la deglución.

No se habían hecho tentativas de extracción.

Esofagoscopia.—La técnica por mí empleada fué la clásica: colocado el enfermo en posición sedente y después de la correspondiente anestesia local, tomé un tubo de Killian de 13 m. m. y coloqué dentro de él una bujía esofágica de Porges, de tamaño adecuado, y de extremo romo, que hice sobresalir unos 3 centímetros; introduje el tubo armado de su mandril por la boca, sin deprimir, ni protraer la lengua con los dedos ni con instrumento alguno, como era clásico hasta hace poco tiempo; sin perder la línea media, empujé el tubo hasta conseguir vencer el estrechamiento del cricoides y penetrar en el esófago, en cuyo momento, retiré el mandril y coloqué la lámpara de Brunings: deslizado el tubo

bajo la inspección visual, me permitió descubrir la pieza dentaria, perfectamente centrada y á una distancia de 25 centímetros de la arcada dentaria, y por intermedio de la pinza de Brunings que fácilmente la aprisionó, hice la extracción con el tubo esofágico.

En este instante, la cara del enfermo sufre rápida mutación, pasando de la angustia y desesperación extrema á la más acentuada de las alegrías, que hace ostensible con diversas y expresivas manifestaciones de gratitud.

Este es un caso más, que demuestra que la esofagoscopia es el más poderoso medio de exploración y extracción de cuerpos extraños, por que el dolor, el espasmo y los antecedentes que el enfermo proporciona, son por sí solos variables é infieles.

El cateterismo con la sonda olivar puede pasar por la parte posterior del esófago sin tocar el cuerpo extraño, que queda así desapercibido. Los rayos X, aunque representan un progreso, no siempre dan el resultado apetecido, pues la columna vertebral y el corazón ocultan á veces el cuerpo extraño, que por otra parte, pueden por su naturaleza no dar sombra, y hasta puede ocurrir que aparezcan algunas no confirmadas luego por la esofagoscopia, como le ocurría á Guisez en dos casos, y á Sebileau en otro.

Otras el cuerpo extraño no existe en realidad, es imaginario, pues ha desaparecido, y sin embargo los enfermos se quejan de que tienen en su conducto faringo-esofágico un objeto que les estorba é impide deglutir hasta las sustancias líquidas; todo es subjetivo, y el hecho es debido á que su descenso ó caída lesionó más ó menos la mucosa esofágica dejando una sensación dolorosa que el enfermo atribuye á su permanencia.

No hace mucho tiempo me confiaron un enfermo para que le extrajera un cuerpo extraño del esófago: introduje el tubo esofágico y recorrí con él todo el esófago, sin encontrar más que una pequeña herida, á la que sin duda alguna era debida su falsa sensación, puesto que á los cuatro días estaba curada.

Otras veces esta sensación es debida á reflejos procedentes de la garganta ó nariz, etc.

Así es, que el médico que disponga de los aparatos y competencia necesaria para realizar la esofagoscopía, obtendrá casi siempre un diagnóstico cierto y preciso de su naturaleza, forma, localización, etc., que es el bello ideal de la medicina moderna.

CONCEPTO A TENER, CONDUCTA A SEGUIR

Y MEDIOS A EMPLEAR

EN EL TRATAMIENTO DE LOCOS AL COMIENZO DE SU TRASTORNO MENTAL

POR

RAMIRO VALDIVIESO

Médico-Director del Manicomio provincial.

(Continuación).

Como la conducta médica que debe observarse con los locos y familias ha de ser de prudencia tan grande como de entereza tan firme, para que ella responda lo mismo á las consideraciones de orden social como á las necesidades de una terapéutica física y moral no rectificable por definitiva desde el primer momento, y para conquistar la confianza plena, que es la autoridad absoluta, que nos permita cumplimentar determinaciones de posible trato doméstico ó de precisa reclusión manicomial del enfermo, á modo de índice y en cuanto cabe en afecciones que como las mentales, con apariencias de semejante iniciación, sólo evolucionan y se caracterizan á largo plazo, exponemos aquellos datos que bien delineados son suficientes para hacer con aproximado acierto un diagnóstico precoz de la locura en sus variadas formas fundamentales.

Desarróllase lentamente el estadio de incubación de la locura, excepción hecha de la de los delirios hetero-tóxicos, infecciosos y post-infecciosos, equivalentes psíquicos epilépticos é histéricos y en ciertos casos de manía y melancolía periódica, y ofrece, de ordinario, grandes dificultades obtener los necesarios informes para establecer las primeras fases históricas de la enfermedad, ya porque no fueron apercibidas, ya por no querer ó no poder ser confesadas, ya por interpretarse torcidamente, ya por ser atribuídas á dolencias de orden físico.

Indagar las más insignificantes particularidades, por modo indirecto, de las modificaciones más próximas á los anormales actos é ideas que pretestan nuestra intervención ha de ser la norma primera á que debemos sujetarnos; y por ella descubriremos pródromos en la **esfera psíquica** (1), como el más común, especialmente en las formas típicas primitivas (manía, melancolía, estupidez, paranoia sistemática, parálisis general progresiva y demencia senil) el CAMBIO DEL CARÁCTER, que se hace más irascible, más intolerante, con manifiesta impresionabilidad, á la vez que las tendencias varían y las costumbres se modifican. El amor á la familia, la conducta doméstica, las relaciones sociales, en fin, cuanto constituye *la afectividad* sufre los reflejos de la dirección progresivamente torcida de la moral, que es el tono sentimental del individuo. En algunos casos, que bajo el aspecto diagnóstico tiene decisiva importancia (parálisis general progresiva) sobreviene una verdadera *perversión del carácter*,

(1) Falto de originalidad propia, pero bien comprobado el acierto del Pf. Morselli, hago resumida copia de lo que éste enseña en su *Manual de semeiología de las enfermedades mentales*.

por la que el enfermo, aun dotado todavía de razón, contrae hábitos inmorales, se entrega al vicio, ahonda en la crápula y dando libre expansión á las más tristes pasiones, no se diferencia por sus proceder de los de los vulgares libertinos y criminaloides. Otras veces se modifica el *sentido práctico de la vida*, y hombres antes prudentes y con deseos acordados con sus necesidades y condición social, se entregan á azarasas especulaciones, imaginando las más arriesgadas empresas y, con pérdida de toda moderación y la más extravagante conducta, son conducidos á la ruina económica.

Todas estas modificaciones del carácter, que objetivamente manifiestan la disposición morbosa de la individualidad, en el fondo constituyen el CAMBIO DE LA TONALIDAD SENTIMENTAL, cuyas formas primitivas se reducen á estas tres: 1.ª la que constituye el fundamento de todos los estados melancólicos y que precede en muchos casos á los estados de exaltación (leve motivo de la nueva concepción de Kræpelin de locura maniaco-depresiva) y en algunos á los de debilidad mental, y que es una dolorosa condición de ánimo, una *depresión del sentido íntimo de la personalidad* (psiquialgia). Experimenta el enfermo una sensación indefinida de dolor moral sin causa aparente, una emocionalidad enorme que, comenzando por irritabilidad extraordinaria, termina por profunda depresión, y á la vez que su voluntad se debilita y sus acciones son menos enérgicas, revela inquietud é incertidumbre invencibles, que al conducirlo á la desesperación son motivo de impulsiones destructoras contra personas y cosas; 2.ª la que sirve de base á casi todos los estados de exaltación y en la que la condición general del ánimo es la espontaneidad (*sentido íntimo de la personalidad exagerado*). Los procesos psíquicos están en actividad extraordinaria; la

alegría es desproporcionada á la intensidad y naturaleza de las impresiones; la locuacidad vertiginosa; el enfermo con una sensación de irrazonable bienestar es impulsado á moverse, á hablar y á obrar desordenadamente, y el egoísmo obnubila todos los demás sentimientos; 3.ª la forma de alteración primordial es la indiferencia progresiva, *la apatía*, con su natural efecto en la esfera volitiva, con la abulia, y esta debilitación de la afectividad, emotividad y voluntad se muestra al principio de las amencias confusionales, en la demencia epiléptica y, sobre todo, en la demencia parálitica.

No siempre la locura va precedida de síntomas afectivos; á veces los trastornos primeros se descubren en la ESFERA INTELECTUAL, y ellos pueden ser: 1.º Las *ideas coercitivas* (obsesiones) que se desarrollan ordinariamente poco á poco, con permanencia clara del conocimiento de su morbosidad; pero que, á veces, surgen imprevistamente perturbando la conciencia, que no siempre es capaz de distinguir su naturaleza morbosa. En la forma primera las ideas permanecen como manifestación psicopática aislada (degeneración mental, neurastenia, psicastenia); en la segunda forma constituyen síndrome prodrómico, ó accesimal de psicosis más extensas (melancolía, paranoia menopáusica, frenosis histérica); 2.º Los *conceptos delirantes* que, si en general son secundarios á los trastornos afectivos, tienen casi siempre una significación alegórica. Trata el enfermo de explicarse por ellos las turbaciones cenestésicas y según que estas sean deprimidas ó exaltadas dan nacimiento á ideas tristes ó alegres; las primeras de contenido de hipocondría, de culpabilidad, de indignidad, de persecucion divina ó humana (melancolías delirantes); las segundas de contenido de alegría, de exuberante salud, de poder y de riqueza (manía y forma expansiva

de parálisis progresiva); 3.º Los *delirios primitivos* presentados en buen número de enfermos y en los que, sin modificación previa del humor, aparecen las alucinaciones unas veces, las concepciones anormales otras, las cuales con frecuencia son simples exageraciones de carácter. Los individuos suspicaces, misántropos, desconfiados de todo y de todos y sin conciencia de lo que en su cerebro se fragua, muestran un amor propio exagerado é interpretando en sentido ofensivo actos, palabras y escritos, se creen víctima de acechanzas familiares primero, para luego considerarse como juguete de imaginarios enemigos que le ofenden, maltratan, atentan á su honor y amenazan su vida con venenos, corrientes eléctricas, hipnotismo, etc. (delirio de persecución). De ordinario, antes de estratificarse la idea persecutoria, son alucinados, al principio de un solo sentido (el oído) pero más tarde las alucinaciones se combinan con imágenes surgidas de otras fuentes, y las acústicas se entremezclan con las visuales, táctiles, etc., etc., para más adelante la conciencia del perseguido, por evolución lógica, se transforma en concepción megalómana. Tal es, en resumen, la constitución de la paranoia sistematizada, cuyo desenvolvimiento completo se hace en largo lapso de tiempo; pero á más de ellos, y cada día con mayor frecuencia, observánse enfermos con perversiones ontogénicas de la personalidad, que desde un principio se desenvuelve de anómala manera, exagerándola y ampliándola con ideas más ó menos absurdas de vanidad, de genealogía, erotismo, etc., (paranoia originaria), y de la conducta y oposición que á sus excentricidades y reacciones nota en las personas, suponiéndose perseguidos por injusticia ó desdén se hacen perseguidores por hipertrofia de la personalidad (perseguidos-perseguidores de Magnan, matóides de

Lombroso); 4.º Los desórdenes mentales, desde un principio, se manifiestan por *deterioro progresivo* (debilidad mental secundaria, demencia) el cual se constituye, de modo más ó menos rápido, por general debilitación de los procesos ideativos, especialmente de la memoria, conjuntamente con desfallecimientos de la afectividad y de la voluntad. Algunas veces el enfermo se apercibe de su debilidad intelectual, y en los jóvenes, especialmente, se acompaña esta percepción de sensaciones de suspensión cerebral, de cefalalgia gravativa, con intensa ansiedad moral originada por la duda de perder la razón (psicasténios graves). Otras veces la baja del poder psíquico es inconsciente y por ello pasa inadvertido, y el individuo, haciéndose progresivamente apático, falto de toda iniciativa, de afectos muertos é insensible moral, reducirá su personalidad al simple ejercicio de las instintivas funciones orgánicas. Tal estado es pródromo de las amencias (confusional y estúpida) de la demencia hebefrénica, de demencia senil, de demencia parálitica propiamente dicha y otras demencias orgánicas.

Por lo que respecta á la **esfera somática**, en las *funciones de sensibilidad*, se investigarán las anomalías de la sensibilidad interna, sensaciones viscerales, neuralgias, cefaleas, etcétera; en las de *motilidad*, cuándo y cómo aparecieron disturbios que, como las convulsiones, contracturas, temblores y paresias, á menudo diferencian por sí solos distintas formas de locura y en las del *lenguaje fonético y escrito*, que tienen relevante importancia, la antigüedad y el modo de presentación de los desórdenes de articulación y disgrafismo, su independenciam ó coincidencia con estados emocionales, etcétera; el *análisis del sueño* proporcionará datos de gran valor ya que el insomnio y la paragrípnia acompañan á todas

las formas agudas y primitivas de locura, y ciertos delirios (los hipnagógicos) están íntimamente conexiados con fenómenos de reproducción ideativa ó sensorial característica del sueño morbo; los *trastornos de nutrición*, indicios seguros y objetivamente fáciles de observar de las locuras agudas y que, cuando se especializan en las funciones gastro-intestinales, sirven para explicar el origen de ciertos delirios (auto-tóxicos); las *perturbaciones de las funciones sexuales*, son igualmente interesantes de descubrir, y por último, es indispensable investigar la concurrencia ó no de un *proceso morbo de los centros nerviosos* con la iniciación del estado mental.

A la vez que de los datos prodómicos, del más discretísimo modo posible, se irá tras la investigación de las causas, y luego de averiguar las predisponentes de índole general como las individuales sociológicas y biológicas, de muy especial y más detenida manera se recogerán los datos referentes á las causas determinantes ocasionales. Pueden ser estas de orden físico y de psíquico: las primeras serán, ó fisiológicas, como el exceso ó la falta de ejercicio, el abuso ó defecto en las funciones sexuales, el sueño y ensueño, la menstruación embarazosa, parto, puerperio y lactancia; ó patológicas, cuales las intoxicaciones voluntarias, terapéuticas y profesionales; las enfermedades infecciosas, las de la nutrición general, las viscerales, especialmente las de los órganos uro-genitales, y las enfermedades nerviosas difusas ó localizadas, funcionales ú orgánicas; las segundas son las emociones tristes y violentas, las pasiones, los desengaños y en algunos casos el mimetismo (imitación).

Acopiadas las informaciones causales y prodrómicas éntrese en el examen y observación del loco, los que serán de

práctica más ó menos fácil, sobre todo por lo que al interrogatorio se refiere, según que el concurso buscado en el enfermo sea por él más ó menos consciente y voluntario. Y á tal respecto hemos de tratar:

1.º Locos tranquilos, con conciencia clara de su estado morboso y que, al experimentar los primeros trastornos de mentalidad perturbada, espontáneamente recurren al auxilio médico, buscando modo de contener aquéllos; en los cuales enfermos, aún en el período de acmé de la locura, su conciencia persiste y acompaña todas las fases de la enfermedad, cual ocurre en las psicosis típicas, de pequeña intensidad (manía leve, melancolía simple); en las formas psicasténicas con fenómenos de automatismo cerebral (estados obsesivos con ideas fijas ó con impulsos morbosos) y en algunos casos de paranoia en primer período en el que los enfermos, al conocer el nacimiento de un concepto delirante ó de una percepción falsa, espantados del asalto de que su espíritu es objeto, recurren al médico para que de ellos le libre ó de ellos le dé explicación. En esta categoría de enfermos encontraremos todo género de facilidades para que el examen clínico sea minucioso y completo;

2.º Locos que, si bien son conscientes del estado morboso de su personalidad, interpretan erróneamente ciertos fenómenos, principalmente los referentes á la sensibilidad interior é impresiones orgánicas; cuales son los delirantes hipocondriacos (melancolía con delirio hipocondriaco, delirios hipocondriacos episódicos en histéricos, neurasténicos y paranóicos). Estos enfermos se someten pacientemente al examen y les satisfacen todo género de investigaciones clínicas, tanto más cuanto mayor interés se les demuestre por los sufrimientos que les atormentan y se simula encontrar la causa de éstos

en cualquiera alteración de las funciones orgánicas; pero se resisten á todo análisis y pierden prontamente la confianza en el médico si se niega efectividad á sus dolores considerándoles como imaginarios ó exagerados;

3.° Locos que faltos de conciencia por hallarse con detención de la energía volitiva (abulia) ó disminución de voluntad (hipobulia) déjense examinar de modo pasivo; sin que puedan prestar ningún informe de su estado subjetivo unos (estúpidos, catatónicos, y casos de demencia apática secundaria profunda, de éxtasis, sueño histérico y estado epiléptico); otros, aun pudiendo dar cuenta de sus sensaciones morbosas y de sus delirios permanecen del todo indiferentes por desorientación enorme (melancolía atónita, amencia confusional simple y alucinatoria, demencia senil y paralítica);

4.° Locos con aumento de excitación refleja de los centros nerviosos y perversiones volitivas (parabólicos), que ya no son pasivos como los del grupo anterior, sino que se conducen como individuos caprichosos é impresionables, que á nadie atienden y á nadie obedecen (maniacos de mediana intensidad, melancólicos ansiosos y seniles, paranóicos alucinados, paralíticos hipocondriacos). Los enfermos de este grupo deben ser tratados como niños y hay que recurrir á los ruegos, á las amenazas ó al engaño para examinarles y observarles;

5.° Locos en los que, por estar en estado de extraordinaria agitación, todo examen clínico es impracticable y en los que solamente son registrables los síntomas ruidosos del ataque (manía furiosa, melancolía con ansiedad accesional, estados congestivos de parálisis general, furor histérico y epiléptico, delirios tóxicos agudos);

6.º Locos que por el carácter del delirio que padecen, deliberadamente rehuyen toda investigación clínica. Aparentemente tranquilos y lógicos en palabras y actos no aceptan la calificación morbosa de sus extravagantes ideas y en continua sospecha de ofensas y odios, ó dominados de extremada vanidad son opuestos á todo trato médico (paranóicos con delirios lucidos de persecución y grandeza, paralíticos megalómanos, dementes por involución senil ó por debilidad mental postvesánica con ideas residuales de grandeza, melancólicos con delirios alegóricos en incipiente metamórfosis de la personalidad, débiles de espíritu vanos, imbéciles antófilos).

Para ser observados y tratados los enfermos pertenecientes á este grupo hay que proceder del siguiente modo que indica Morselli y que es el único que en la práctica privada puede ser utilizado: «Algunas veces pueden ser sometidos los enfermos al interrogatorio y al examen presentándose á ellos á título de defensores ó proponiendo examinarles á conformidad de la no existencia de la locura, ó venciendo su resistencia con la promesa de proclamar su sanidad de mente, con la lisonja de hacer conocer sus méritos personales, sus obras, sus escritos, sus proyectos, etc. Otras veces encuentro de gran utilidad llamar la atención del enfermo sobre aquellos síntomas físicos que se asocian á los desórdenes ideativos, como, por ejemplo, las perturbaciones de las funciones digestivas, el insomnio, la inquietud nerviosa, los trastornos de la sensibilidad y de la cenestesis, la cefalea, la angustia precordial, el adelgazamiento; asociación, por lo demás, que raramente falta en las formas paranóicas degenerativas durante el período de agitación alucinatoria. Declaro entonces no quererme ocupar de las ideas y de los sentimientos que

convencen al enfermo («no se debe penetrar en los hechos íntimos del alma») pero al mismo tiempo insisto repetidamente en el valor de los síntomas físicos, exagerando su importancia, y así consigo que el enfermo me permita acercarse á él y examinarle. Con tal sistema, aplicable particularmente á los delirantes que están en libertad, es raro que la oposición sistemática del loco anule los esfuerzos del médico; éste puede por tal modo conquistar en breve su confianza y ser (¡por algún tiempo al menos!) su mejor amigo y protector».

(Se continuará).

ACADEMIAS Y CONGRESOS

VI. CONGRESO FRANCÉS DE GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA

TOULOUSE, 22-28 SEPTIEMBRE 1910

(Resumen de las comunicaciones más importantes).

El 22 de septiembre de 1910 se inauguró en Tolouse el VI Congreso Francés de Ginecología, Obstetricia y Pediatría bajo las Presidencias de los Profesores HARTMANN, ROUVIER y KIRMISSON respectivamente. De entre las muy notables comunicaciones presentadas en las secciones de Obstetricia y Ginecología, entresacamos las que creemos de más utilidad para nuestros lectores (1).

Tratamiento de las metrorragias por pellizcamiento instrumental (pincement) del cuello, por M. POLLOSSON (DE LYON).—El pellizcamiento preconizado por el autor, y al que considera como medio más sencillo para detener una metrorragia, puede realizarse con las pinzas de Museux pero como son algo grandes ha hecho construir unas especiales, ligeras, de cuatro dientes, que aplica sobre el cuello para cerrarle.

Este tratamiento empleado en 21 caso (3 personales) ha detenido siempre inmediatamente la hemorragia. La pinza se ha dejado colocada de 8 á 24 horas; nunca hubo dolores, infección ni hemorragia intraperitoneal. Algunas veces se hizo después de esta aplicación la laparotomía para extraer fibromas (causas de estas hemorragias) sin que se comprobase nada de particular por parte de los anejos ni del peritoneo. Afirma, por lo tanto, M. Polloson que este

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, febrero 1911.

medio es el tratamiento de elección de las metrorragias incluso las del aborto. No hace más excepción, como es natural, que en las del parto.

Incisiones del cuello uterino durante el parto y operación cesárea vaginal de Dührssen. JEANNIN (DE PARÍS) Y GARIPUY (DE TOULOUSE), exponen las reflexiones que les ha sugerido el estudio de tres casos de incisiones profundas del cuello durante el parto, y de siete operaciones cesáreas de Dührssen.

1.º *Incisiones del cuello uterino durante el parto.* No se trata de pequeños cortes sino de grandes y profundas incisiones, lo suficientemente extensas para separar el obstáculo creado por el cuello. Deben hacerse en número bastante para realizar este propósito, no porque así se facilite la dilatación del cuello, sino para quitar el obstáculo que éste ofrece al parto en ciertas circunstancias. Para conseguirlo basta practicar dos incisiones sobre un mismo diámetro, formándose así dos amplias valvas que al borrarse lateralmente no opondrán dificultad durante el parto, con lo que ulteriormente se conseguirá una restauración más fácil si se juzgase necesaria. Para practicar esta intervención es condición indispensable que el cuello esté completamente borrado y su segmento inferior suficientemente distendido. Si la ampliación cérvico segmentaria se juzgase insuficiente habrá que recurrir á la operación cesárea vaginal metódicamente reglada, y abandonar sistemáticamente las incisiones más profundas de las que nunca se puede limitar la extensión.

Las incisiones limitadas á la porción vaginal no presentan ningún peligro; ni hay hemorragia notable, ni gran riesgo de infección, como lo demuestra la inocuidad de las rasgaduras espontáneas tan comúnmente observadas en los partos normales. Pero cuando estas incisiones alcanzan más arriba, por encima de la cúpula vaginal, son sumamente peligrosas pues pueden dar lugar á infiltración hemorrágica del ligamento ancho, á flemones de éste y aún á la rotura uterina de mayor ó menor extensión. Estas incisiones pueden hacerse en sentido lateral, ya que ni en éste ni en el posterior hay peligro de rotura de ningún órgano, lo que no ocurre cuando se hacen hacia adelante, no porque la rasgadura de la matriz se propague á la vejiga sino porque el orificio cervical creado por la incisión se aumenta por ser insuficiente, la vagina se desgarrá también y esta rasgadura se extiende á la zona de adherencia vagino vexical, pudiendo entonces desgarrarse la vejiga. Pero estas incisiones laterales son de más difícil reparación porque habrá que operar en pleno plexo arterio venoso.

Estas incisiones están indicadas en los casos excepcionales en que las diversas maniobras de dilatación que conservan la integridad del cuello hayan sido concienzudamente ensayadas sin resultado; es decir que estas indicaciones están basadas en la contraindicación de los otros métodos de dilatación, siempre que esté indicado el parto forzado y que el obstáculo se asiente al nivel de la porción vaginal. Su técnica es muy sencilla: después de bien tomados los puntos de referencia de la inserción vaginal del cuello, se secciona con tijeras á derecha é izquierda el borde del cuello enganchado con dos dedos ó dos pinzas de Museux.

El parto se termina generalmente de un modo artificial, y las incisiones se suturan con catgut. Si los tejidos son muy friables es preferible prescindir de la sutura. La restauración será tanto más normal y rápida, cuanto los lavados hayan sido menos frecuentes.

2.º *Operación cesárea vaginal de Dührssen.* Esta operación, muy extendida en el extranjero, tiene las ventajas de ser fácil, poco peligrosa, de hacerse siempre al descubierto, despegándose fácilmente el peritoneo gracias á la infiltración gravídica, y siendo en la mayoría de los casos poco abundante la hemorragia, que si continuase después del alumbramiento cede con la sutura y el taponamiento. La cesárea vaginal tiene por objeto hacer desaparecer el obstáculo que los tejidos cérvico segmentarios opongan á la salida del feto. Todo lo útil que resulta esta intervención cuando el cuello está borrado y el segmento inferior distendido por el buen encaje de la presentación, es ineficaz cuando estas condiciones no se hayan realizado, porque por muy profundas que se hagan las incisiones, quedará siempre un anillo muscular perceptible que se opondrá á la salida del feto. A pesar de lo dicho, el volumen del feto juega el principal papel en la indicación de estas operaciones; un feto pequeño saldrá siempre fácilmente mientras que para la salida de uno grande será preciso la aplicación de un balón dilatador antes de las incisiones, como aconseja DÜHRSEN. La fórmula generalmente admitida es, que la cesárea vaginal está indicada todas las veces en que, habiendo necesidad de evacuar inmediatamente el útero, el tocólogo no se atreva á recurrir á la cesárea abdominal á consecuencia del estado de la parturiente, ó no pueda intentar la dilatación artificial del cuello por la escasa flexibilidad de los tejidos. Conviene restringir desde luego esta fórmula porque aun cuando se haya pretendido lo contrario, la cesárea vaginal está formalmente contraindicada en los casos de estrecheces pélvicas, tumores uterinos y atrepsias vaginales. Cuando se trate de una

mujer infecta ó se tema el traumatismo inherente á toda laparatomía tiene esta intervención una indicación precisa.

En resumen: la cesárea vaginal basa sus indicaciones en las contraindicaciones de la cesárea abdominal y del parto forzado por dilatación rápida del cuello.

Respecto á técnica los autores se muestran partidarios de incidir el útero en su parte anterior, posterior y laterales, profundizando las incisiones todo lo posible sin llegar á herir el peritoneo.

Después de describir detalladamente el *modus faciendi* de esta operación, terminan los autores su trabajo del que deducen, que las incisiones del cuello uterino durante el parto y la cesárea vaginal merecen conservar su puesto entre las demás operaciones obstétricas.

Discusión. M. PINARD (DE PARÍS) opina que la operación de DÜHRSEN no merece la importancia que los autores la conceden en su trabajo, puesto que deja al nivel del cuello y del segmento inferior, tejido cicatricial que puede ser un peligro para los partos sucesivos.

M. BAR (DE PARÍS), aun reconociendo que la operación de DÜHRSEN constituye un progreso, no cree que pueda ser empleada con la frecuencia que se hace en las clínicas alemanas.

GARIPUY, contestando á PINARD, hace constar que, tanto él como JEANNIN, no preconizan la cesárea vaginal más que en los casos en que sea imposible ó peligrosa otra intervención, estando conforme con BAR en lo que concierne al peligro de dicha operación, cuando el feto es muy voluminoso ó el segmento inferior esté mal desarrollado.

Tratamiento de la retención de membranas por el drenaje profiláctico. BERNY (DE TOULOUSE) describe el procedimiento empleado por el profesor AUDEBERT (DE TOULOUSE), cuyo objeto es provocar la expulsión, lenta pero segura, de restos de membranas por la introducción en la cavidad uterina de un tubo de drenaje de caucho, inmediatamente después del alumbramiento incompleto. El tubo será de bastante calibre y de paredes suficientemente gruesas para resistir las flexiones uterinas.

M. TIEUX dice que no teme á la retención de membranas y que se limita á cortar las que cuelguen en la vagina al ras del orificio externo del cuello, sin que casi nunca se produzca fiebre, bastando un escobillonage si ésta se presentase.

M. BERNY sostiene su opinión, insistiendo en que este procedimiento evita la anteflexión que á veces se produce, dificultando la salida de loquios.

Trombus del cuello. J. ROUVIER (DE ARGEL) ha observado un caso interesante de esta afección, en una mujer de 28 años en el parto á término de su tercer hijo. A las catorce horas del trabajo se comprobó sobre el labio anterior del cuello un tumor cilíndrico, liso, bastante blando, de tamaño de un huevo de gallina, de color rojo vinoso violáceo, que hacía hernia por fuera del orificio vulvar en el momento de las contracciones: el labio posterior casi borrado por entero, la dilatación completa. Extracción del feto vivo por forceps; el trombus disminuyó gradualmente de volumen, desapareciendo al cabo de 15 días.

Es esta una complicación tan excepcional, que la mayor parte de los autores no la mencionan. Consiste en un derrame sanguíneo más ó menos voluminoso, alojado en una cavidad accidental fraguada por bajo de la mucosa del segmento vaginal del cuello; es debida á la rotura espontánea de capilares venosos, enormemente distendidos por la dificultad que en la circulación de retorno produce la compresión ejercida sobre el segmento inferior del útero. Se produce con más facilidad en las posiciones occipito posteriores. Generalmente está limitada al labio anterior; puede ser causa de distocia, y reventar en el curso de una intervención obstétrica.

Tomándose las precauciones asépticas de rigor no deben presentarse complicaciones infectivas ni esfacelos.

Nota sobre los signos generales de las hemorragias obstétricas. LEPAGE (DE PARÍS) habiendo observado tres casos de muerte por hemorragia durante el alumbramiento por intervención tardía, insiste en la necesidad de seguir el consejo de PINARD de intervenir desde el momento en que la hemorragia se inicie, y sin esperar á que ésta se haga externa ó se manifieste por los fenómenos generales de las grandes hemorragias (síncope, zumbido de oídos, disnea, etc.) El signo diagnóstico de capital importancia es, según dichos autores, la frecuencia del pulso: y la indicación de intervenir inmediatamente será cuando el número de pulsaciones alcance ó pase de 100 por minuto. El cuidado de esta observación salvará muchas vidas.

Megacolon. M. PATEL (DE LYON). Con el nombre de megacolon, de enfermedad de Hirschprung, de dilatación idiopática del intestino grueso, se conoce á toda dilatación permanente de dicho intestino, no sintomática de un obstáculo anatómico de cualquier clase al curso de las heces fecales.

La comunicación está basada en el estudio de 223 casos, de los que 200 con operación ó autopsia. Son indiscutibles las observa-

ciones de megacolon en el feto. Aparece en los niños en la primera, pero sobre todo en la segunda infancia. La dilatación es total ó parcial, casi siempre limitada á la S iliaca. Las teorías principales son: 1.^a malformación congénita (Hirschprung); 2.^a alteración primitiva de la pared (Welcker, Concetti); 3.^a obstáculo mecánico y constipación congénita (Marfan). PÁTEL adopta la hipótesis de deformación congénita y después de una exposición completa de la anatomía patológica y los síntomas, da los resultados del tratamiento quirúrgico, que es cada vez más atrevido. Se han hecho sucesivamente colopexias, colostomias, ano iliaco ó cecal, enteroanastómosis y resecciones.

La entero-anastómosis se aplica á las dilataciones totales y su realización ideal es la implantación del íleon en la S iliaca. La resección es reservada á las dilataciones limitadas á la S iliaca; es siempre mortal por bajo de los dos años y parece menos peligrosa ejecutada en varios tiempos.

BECKEL (DE STRASBOURG) cita un caso de resección de 29 centímetros de intestino grueso en un niño de dos años, hecha en un solo tiempo y seguida de curación.

FREGLICH (DE NANCY) se muestra partidario de los simples cuidados médicos, absteniéndose de operar.—HARTMANN (DE PARÍS) hizo una ileovectostomía seguida de muerte á los pocos días.

Las metrorragias virginales. SIREDEY Y LEENEIRE (DE PARÍS) con motivo de cuatro observaciones de metrorragias en muchachas vírgenes, que han necesitado para su curación el raspado uterino, discuten la etiología de estas metrorragias, más frecuentes de lo que á primera vista podía creerse.

Después de señalar las que sin lesión del aparato genital son debidas á enfermedades generales, y que suelen ceder á su tratamiento médico, insisten en la importancia de las ocasionadas por procesos flogísticos ó adenomatosos de la mucosa uterina. La consecuencia práctica que de su estudio se deduce es que las metrorragias persistentes y rebeldes de las muchachas vírgenes, no explicables por un trastorno general y que resisten á los esfuerzos de la terapéutica médica, son casi siempre debidas á lesiones de la mucosa uterina y que para su curación constituye el tratamiento de elección el raspado de la matriz.

Los traumatismos del istmo uterino. M. ROULLAND (DE PARÍS) define el istmo uterino por el anillo muscular intermediario entre el cuerpo de la matriz y el hocico de tenca. De antiguos anatómicos é histólogos se entienden bastante mal acerca de los límites y la

estructura de esta región. Los límites, difíciles de limitar en las nulíparas, corresponden en las múltiparas á esa parte señalada por DOLÉRIS, en la que la delgadez y blanóura relativa contrastan con la rigidez del cuello uterino.

La frialdad especial de esta región aumenta durante el embarazo, época en la que el istmo está considerablemente distendido y adelgazado y en la que las fibras musculares, normalmente más débiles en esta región, sufren una imbibición serosa. Los traumatismos del istmo uterino son: ó rasgaduras del hocico de tenca extendidas al segmento inferior en el curso del parto, ó traumatismos directos: estos últimos, mucho más importantes y menos conocidos, son producidos por sondas y cánulas intrauterinas introducidas en el útero por manos inexpertas, ya para exploraciones ó dilataciones uterinas, ó bien con el fin de provocar el parto.

M. ROULLAND cita muchas observaciones personales é insiste sobre esta última clase de perforación ítsmica de la que ha visto bastantes casos. Se admira de la poca gravedad de sus consecuencias habitualmente. Sus complicaciones, dice, pueden ser inmediatas ó tardías; las primeras infecciosas, y las segundas por formarse un nódulo cicatricial que engloba raramente los vasos uterinos, pero que compromete el porvenir obstétrico de la mujer por exponerla á roturas uterinas, y su porvenir ginecológico por consecuencia de inclusiones nerviosas que dan lugar á trastornos locales y generales. El tratamiento de estos traumatismos es la traquelorrafia después de la dilatación lenta y progresiva del cuello por medio de tallos de laminaria.

Dos casos de inversión uterina seguidos de curación. MM. LEPAGE Y WILLETTE (DE PARÍS) presentan dos casos de inversión uterina observados en la maternidad del hospital Boucicaut.

En uno de ello no pudo determinarse de un modo cierto la causa de la inversión: en el otro fué producida por tracciones intempestivas del cordón hechas por una comadrona.

En el primer caso se trataba de una inversión afirmada por una partera que debió hacer la reducción ella misma por no haber encontrado médico y exigir el estado de la enferma una intervención inmediata. Amenazando reproducirse dicha inversión, fué trasladada la enferma al hospital donde, con un taponamiento, se pudo reducir el útero y mantenerle en su forma normal. En el otro caso, una hemorragia grave exigió un tratamiento enérgico durante las maniobras de reducción. M. LEPAGE insiste sobre la necesidad del

taponamiento, y señala, de paso, los beneficios de las inyecciones masivas de suero contra la hemorragia.

M. J. ROUVIER (DE ARGEL) presenta con este motivo dos casos de inversión uterina en los que había síntomas de anemia aguda y en los que las enfermas curaron. Uno de estos casos dió lugar á un interesante problema de medicina legal: se encontró descoronada la placenta y se acusaba á la partera de haber tirado del cordón: en realidad, la inversión se había producido por cortedad accidental del cordón, debida á una circular cérvicoaxilar en ocho de guarismo.

Ulceración del cordón umbilical. MM. AUDEBERT Y NANTA (DE TOULOUSE) presentan el caso siguiente. J. X. ingresó en la Clínica de Toulouse el 23 de abril de 1910. El mismo día dió á luz normalmente. Se vió que el líquido amniótico, amarillento al principio era después de color sanguinolento, como producido por hemorragia intraovular. Se vió, una vez expulsado el feto, que el cordón sangraba en las proximidades del ombligo, habiendo sido preciso hacer su ligadura al ras de la inserción. Placenta sana y de peso normal. Puerperio normal sin que la madre ni el hijo tuviesen novedad alguna.

Las lesiones del cordón eran: Macroscópicamente se veía que era grueso y edematoso en una longitud de 30 centímetros del lado del feto; hacia la inserción umbilical era amarillento, duro y friable, viéndose á 4 centímetros dos ulceraciones, una lineal de 7 á 8 milímetros, y otra redondeada y ancha del tamaño de una moneda de diez céntimos, en el fondo de la cual aparecía un vaso.

Microscópicamente y tras la inclusión en parafina y coloración á la hematoxilina, picrocarmin de índigo y azul de UNNA, se vió que estas ulceraciones no eran las únicas lesiones, pues se encontraron muchos focos de degeneración, que ofrecían todas las reacciones de la calcificación. Sobre cortes en serie se vió que estos focos tenían una forma cilindroidea de uno á dos centímetros de largo, que estaban constituidos por una infiltración de células redondas en la gelatina, abundante en la periferia del foco, por bloques de materia cretácea y por tejido necrosado. Los vasos sanos, sin infiltración, denudados al nivel de las ulceraciones y sin vestigios de inflamación ni degeneración.

No hallando interpretación clara á estas lesiones, ya que aun cuando entre los antecedentes de la madre hay la existencia de un aborto de tres meses que pudiera achacarse á la sífilis, y ser la degeneración calcárea frecuente en la sífilis del cordón, es muy raro

que sólo éste presentase lesiones sifilíticas estando completamente sana la placenta, que no haya en el cordón lesiones sifilíticas de los vasos que suelen ser las predominantes, y que el niño observado durante mes y medio no presente signo alguno de sífilis: los autores se abstienen de dar su opinión acerca de la causa de estas lesiones.

Hernia pre-inguinal. Un caso de hidrocele congénito del canal de NÜCK. M. VANVERTS (DE LILLE) he observado un caso de hidrocele congénito desarrollado en un canal de Nüeck en ectopia inguino-superficial, hecho interesante porque demuestra la existencia indiscutible de ectopias primitivas del canal peritoneo-vaginal. Esta noción aclara la patogenia de la hernia inguino-superficial, que la mayoría de los autores unen á la ectopia testicular ó atribuyen al obstáculo que encuentra el intestino que se hernia para penetrar en las bolsas. La hipótesis, recientemente invocada, de una ectopia primitiva del canal peritoneo-vaginal, para explicar el desarrollo de esta hernia, queda confirmada en absoluto por esta observación.

V. Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología.

SAN PETERSBURGO, 22-28 SEPTIEMBRE 1910

(Dos comunicaciones importantes).

Contribución á la operación cesárea. BUMM (DE BERLÍN) opina que cada método de esta operación dá buenos resultados para la madre y el niño si la vía genital está aséptica. Expone las ventajas é inconvenientes de cada uno de ellos en esta forma. *Operación cesárea clásica.*—Ventajas; marcha siempre igual y deliberación fácil del niño; inconvenientes: abertura grande del peritoneo que facilita la infección, hemorragias frecuentes y suturas de larga duración. *Cesárea supra-sinfisaria.*—Ventajas: Posibilidad de evitar el peritoneo ó abertura pequeña de este, facilitando la sutura sobre los bordes de la herida del cuello; curso post-operatorio más sencillo; inconvenientes: dificultad técnica de la operación, lesiones accesorias sobre todo de vejiga, extracción difícil del niño y que la cicatriz que se forma puede dar lugar á retroflexión uterina.

En infecciones ligeras debe ser preferida la cesárea clásica ó la extraperitoneal. En infecciones positivas la pubiotomía ó la embriotomía aun en feto vivo, pues si se renuncia al principio á

sacrificar éste, se pierde después en un 5 á un 10 por 100 la vida de él y la de su madre.

A. ROUTH (DE LONDRES) ha reunido 1.006 observaciones de intervenciones hechas por tocólogos, actualmente vivos, de Inglaterra é Irlanda. Después del año 1890, deduce una mortalidad de 97 casos entre 982. Del 1901 al 1910, de 72 entre 862 cesáreas. Antes de 1891 de 17 operaciones 8 muertes, ó sea 47 por 100: de 1891 á 1900, 7 muertes de 73 casos; 9'6 por 100: del 1901 al 1910, 53 muertes de 736, ó sea 7'2 por 100. Considera á la cesárea vaginal como útil sólo en los casos de eclampsia. Prefiere la abdominal por ser más rápida, y practicarse en tejidos sanos y menos expuestos á infección.

KR. BRANDT (DE CRISTIANIA) dice que en Noruega las pélvis estrechas son muy escasas. De 4000 partos en la Clínica de Cristiania no hay más que 7 cesáreas abdominales con fetos vivos y un sólo caso de muerte de la madre; y 19 cesáreas vaginales por eclampsia. Opina que debe evitarse la craneotomía de feto vivo. Entre la hebotomía, sinfisiotomía y cesárea prefiere ésta, pues si bien en el parto prematuro la mortalidad materna es de un 1 por 100; la infantil alcanza el 25 ó 30 por 100.

VEIT (DE HALLE) dice que hay dos inconvenientes principales en la cesárea: la hemorragia y la penetración de gérmenes virulentos en el abdómen, y que se puede evitar ésta, 1.º por la abertura extraperitoneal del útero según DÆDERLEIN y LATZKO: 2.º por la abertura provisional del abdómen y la sutura consecutiva, separando el peritoneo: y 3.º por el método de FRITSCH, abertura del útero, de una parte, é incisión transversal sobre el fondo. Cree que la cesárea está indicada en las estrecheces pélvicas y en los casos de cáncer del cuello.

CAMPIONE (DE BARI) dice que en las cesáreas por viciaciones pélvicas debe hacerse la extirpación útero-ovárica para evitar los riesgos de un nuevo embarazo.

VISSARELLI (DE BOLONIA) dice que ha practicado en 30 cesáreas conservadoras el taponamiento uterino como profilaxis de la inercia y de la hemorragia, y en los casos de infección para facilitar el desagüe útero vaginal. Asegura que este no impide la salida de loquios, ni la involución uterina, ni la cicatrización de la herida, siempre que se extraiga al segundo ó tercer día del puerperio.

Valor comparativo de los diferentes procedimientos operatorios en el tratamiento de las desviaciones y descensos uterinos HOFMEIER (DE WURZBOURG) sostiene que las operaciones plásticas no dan resultados más que en casos de procedencia moderada de las paredes

vaginales, y que hay que recurrir á la vagino-fijación profunda, á la ventro-fijación y á la operación de ALEXANDER-ADAMS. En los prolapsos con cistocele grande, en mujeres de edad avanzada la operación de SCHAUTA, inclusión vésico vaginal ó recto vaginal del útero, con esterilización y estrechamiento de la vagina. En el prolapso completo del útero operaciones plásticas con elevación de la vejiga y la ventro-fijación. Y en los grandes prolapsos de útero y vagina la extirpación.

F. SCHAUTA (DE VIENA) opina que no debe aplicarse pesarios sino cuando la enferma rehuse toda operación. Prefiere en las retro-desviaciones complicadas el método de PFANNENSTIEL con la fijación de los ligamentos redondos en una herida que atravesase el peritoneo y el estrato muscular; pero considera como método mejor el de DOLERIS tanto por sus resultados ortopédicos, como por los funcionales. En los prolapsos considera su método, fijación vésico-vaginal del útero, como el de elección.

VAN DE VALDE (DE HAARLEM) cree que toda corrección operatoria en las retroflexiones debe reunir las condiciones siguientes:

- 1.^a Ser simple, permitiendo ver si hay complicaciones para tratarlas.
- 2.^a Dar al útero la posición más análoga á la normal.
- 3.^a Después de la operación no debe haber ningún dolor duradero.
- 4.^a No deben trastornarse las funciones de reproducción.

Considera imposible aceptar un mismo método para toda clase de retrodesviaciones, opinando por la fijación inguinal en los casos simples: la ventro fijación indirecta ó mejor la vagino-fijación inferior combinada, en las mujeres que puedan concebir; y la ventro-fijación ó la vagino-fijación directa en las mujeres estériles.

REGGI (DE BOLONIA) recuerda que el desplazamiento uterino puede considerarse como una hernia del útero á través del canal vaginal, precedida de ordinario del desplazamiento de vejiga y recto. Dice que el tratamiento operatorio debe consistir en la su-presión de los fondos de saco anterior y posterior de la matriz, sosteniéndose la vejiga y el recto en lo alto de la pared anterior y posterior de la vagina, respectivamente, por la formación de un anillo cicatricial alrededor del útero que se obtendrá dise-cando el parametrio y estrechando vagina y vulva.

EBERLIN (DE MOSCOU) presenta una estadística de 130 operaciones de Alexander y considera esta operación como la mejor por sus resultados, asegurando que una buena técnica asegura el éxito.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA

Teoría y tratamiento de la diabetes azucarada, por el Prof. v. Noorden (*Medizinesche Klin*, 1 enero 1911, y *Riforma Médica*, 27 feb. 1911).

Sabido es de mucho tiempo ya que, con raras excepciones, la glucosuria tiene por causa inmediata un exceso de azúcar en la sangre. Pero por lo que respecto á las causas de tal exceso se encuentran dos teorías distintas, bastante antiguas una y otra: ciertos autores han sostenido que la hiperglicemia depende de hiperproducción de azúcar; otros á su vez, afirmaron que en la diabetes, el organismo ha perdido la capacidad de consumir, de oxidar el azúcar circulante en la sangre, mientras la producción de ella sería normal.

Esta segunda teoría ha prevalecido notablemente en el último decenio y Noorden fué de ella partidario durante mucho tiempo. Pero los recientes trabajos (entre otros los de Porges y Salomón) han hecho insostenible la teoría del consumo disminuído: hoy puede afirmarse con suficiente certeza que la hiperglicemia no depende de insuficiente oxidación de azúcar en el organismo, sino de hiperproducción de ella.

Sitio de la producción del azúcar de la sangre y de la regulación de su cantidad es el hígado. Los hidratos de carbono de la alimentación llegan al hígado y se descomponen en las células hepáticas en forma de glicógeno. En condiciones normales el glicógeno hepático se trasforma en azúcar de uva y se vierte en la sangre, sólo en cantidad correspondiente á la que se consume en los tejidos (para el trabajo muscular, para la formación de grasas, etc).

De tal modo, el consumo y la producción de azúcar se equilibran y el contenido de glucosa de la sangre queda, con ligerísimas

oscilaciones, notablemente constante (cerca de 0,8 por 1.000). Sólo en casos de trabajo muy intenso y prolongado, puede difícilmente el hígado suplir el consumo de azúcar, así que la cantidad de ésta en la sangre puede descender á dos tercios, y también hasta la mitad de la normal.

El hígado forma el azúcar por el glicógeno (bajo la influencia de un fermento diastásico) mientras el depósito de este es suficiente. Pero si el glicógeno escasea, el hígado hace uso de su poder formativo de azúcar utilizando los albuminoides y las grasas.

La función reguladora del hígado, por la cual el contenido de azúcar de la sangre tiende á mantenerse constante no es del todo autónoma, sino que está bajo la dependencia de dos órganos: el páncreas y las cápsulas suprarrenales. La secreción interna del páncreas ejerce una acción moderadora sobre la producción de azúcar en el hígado. Si llega á faltar tal función del páncreas, la producción de azúcar aumenta enormemente, el hígado pierde la facultad de retener los hidratos de carbono bajo forma de glicógeno y además forma azúcar de las grasas y de las sustancias protéicas. De ahí hiperglicemia y glucosuria.

La secreción de los cuerpos suprarrenales—la adrenalina—ejerce sobre el hígado una acción opuesta, esto es, estimula la producción de azúcar. En condiciones normales las dos influencias—moderadora una, estimuladora otra—se equilibran. Mas si la función suprarrenal se hace excesiva ó disminuye, se manifiestan prontamente desórdenes en la producción de azúcar. La estirpación de las cápsulas suprarrenales produce una grandísima disminución del azúcar de la sangre, en parte porque el aparato formador de azúcar no recibe su normal estímulo, y en parte porque la acción inhibitoria del páncreas se hace prevalente. Otro tanto ocurre en la enfermedad de Addison: la cantidad de azúcar de la sangre disminuye notablemente, lo que explica bien la debilidad muscular en tal enfermedad. Viceversa; se ha comprobado que la inyección de adrenalina es causa de hiperglicemia y glucosuria. El primer efecto del exceso de adrenalina es el de movilizar el glicógeno hepático y determinar su rápida trasformación en azúcar; pero si tal exceso de adrenalina continúa por cierto tiempo, se verifica también formación de azúcar de los albuminoides y de las grasas, precisamente como ocurre después de la estirpación del páncreas.

Es importante hacer notar que la glucosuria consiguiente á estirpación del páncreas se hace más intensa por efecto de inyecciones

de adrenalina: lo que demuestra que esta sustancia obra directamente sobre el hígado, sin la mediación del páncreas.

Por otra parte, el persistente suministro de adrenalina tiene por efecto excitar y reforzar la acción moderadora del páncreas, así que, poco á poco, se establece una compensación, y la adrenalina cesa de provocar glucosuria.

Bajo el punto de vista teórico como para la interpretación de muchos hechos clínicos importa notar que también el páncreas y los cuerpos suprarrenales no son del todo independientes, en su acción reguladora sobre la glicogénesis hepática. Ellos están bajo la influencia de órganos lejanos, de los que reciben, en parte por vía sanguínea, en parte por vía nerviosa, impulsos reforzadores ó moderadores. Sobre el páncreas, por ejemplo, obra indudablemente la glándula tiroides, por medio de su secreción interna, la cual tiene por efecto disminuir la acción moderadora del páncreas.

Esto explica porqué el hipertiroidismo (enfermedad de Basedow) y la administración de tiroidina son con facilidad causa de glucosuria alimenticia y también á veces, espontánea. En el mismo sentido obra la hipófisis sobre el páncreas: la hiperfunción de aquel órgano (como ocurre en la acromegalia) facilita la producción de la glucosuria alimenticia; además de esto, hoy es sabido, que en el 40 por 100 al menos de casos de acromegalia, se produce una verdadera diabetes. Al contrario, en los casos de destrucción de la hipófisis (tumores, atrofia, etc.), se produce la llamada «degeneración adiposo-genital», condición patológica en la cual se comprueba extraordinaria tolerancia para el azúcar.

Es sin embargo, todavía dudoso, si la acción de la hipófisis sobre el páncreas se ejerce de modo directo ó indirecto (por mediación de la tiroides).

También las cápsulas suprarrenales no son del todo en su acción sobre la glicogenesis hepática, órganos independientes: están bajo la dependencia del simpático, y además son influenciadas en su acción por muchos venenos. Hoy se sabe, que la punción de Claudio Bernard obra por una excitación trasmitida al cuerpo suprarrenal izquierdo (y después, mediatamente al derecho), por medio del simpático izquierdo. Si se interrumpen las conexiones nerviosas de la cápsula suprarrenal izquierda con el simpático, la punción queda sin efecto. Luego la glucosuria provocada con la punción de Claudio Bernard, no es más que una glucosuria por hiperfunción suprarrenal. Muchos venenos son capaces de provocar glucosuria al dar lugar á la hiperproducción de adrenalina ya por una acción

sobre el centro glucosúrico de la médula oblongada, ya por acción sobre el simpático, ya por acción directa sobre la cápsula suprarrenal.

La influencia del sistema nervioso central sobre la intensidad de la glucosuria diabética es un hecho muy notado, y que encuentra desde luego su explicación en las aludidas conexiones del aparato suprarrenal con el simpático y, mediatamente, con el sistema nervioso central.

La influencia en cuestión es, sin embargo, muy distinta en los varios casos de diabetes: en muchos enfermos cualquiera excitación nerviosa ó psíquica aumenta notablemente la glucosuria; en otros no ocurre nada. Tales diferencias dependen de la constitución nerviosa general de los distintos enfermos. Hay sujetos cuyo sistema simpático encuéntrase en permanente estado de hipertonicidad, y en los cuales cualquiera excitación nerviosa se irradia con gran facilidad por las vías nerviosas simpáticas, dando lugar á síntomas gástricos ó intestinales ó cardiovasculares, etc. La mayor parte de los neurasténicos pertenecen á esta categoría de individuos (simpaticotónicos). Una condición opuesta es la de los vagotónicos. Entre unos y otros están los sujetos normales, en los cuales los dos antagonistas del sistema nervioso vegetativo—nervio simpático y nervio vago—se equilibran perfectamente. Cuanto más fácilmente excitable es, en un diabético, el simpático, tanto mayor es la influencia del factor neurógeno sobre el aumento de glucosuria.

La función del páncreas y de las suprarrenales se supone con grandes probabilidades de acierto están bajo la influencia de otras causas á más de las dichas, pero que todavía no están esclarecidas.

De cuanto se ha dicho aparece muy claro, que la diabetes no puede considerarse, en rigor, como enfermedad única, ya que puede depender de varios órganos, cuales el sistema nervioso central, el simpático, los cuerpos suprarrenales, la tiroides, la hipófisis, el páncreas, etc. En la mayor parte de casos, no obstante, débese admitir como factor predominante, una anomalía pancreática, primitiva ó secundaria, anatómica ó, muy á menudo, funcional.

Al contrario, las suprarrenales parecen representar papel preponderante en las glucosurias transitorias, y también en la producción de las grandes oscilaciones de la glucosuria, cuales las que se observan en los diabéticos de constitución neuropática (simpaticotónicos). En cuanto á la existencia de una verdadera diabetes suprarrenal es todavía dudosa, como también lo es una verdadera diabetes crónica neurógena.

Del concepto de que la hiperglicemia y la glucosuria diabéticas dependen siempre de hiperproducción de azúcar, puede concluirse en importantes deducciones terapéuticas.

De más de cincuenta años á esta parte, el trabajo muscular, ha sido preconizado entre los medios de cura de la diabetes. Efectivamente, en los casos ligeros de esta enfermedad, el trabajo muscular disminuye la glucosuria; aumenta el consumo de azúcar y tiende á neutralizar la hiperproducción. Pero en los casos graves, el trabajo muscular no disminuye la glucosuria, y puede también, frecuentísimamente, aumentarla. Y ello ocurre porque en estos casos el mecanismo regulador de la producción de azúcar es talmente excitable y desordenado que la demanda de azúcar por parte de los músculos (por efecto del trabajo muscular) provoca una reacción excesiva, esto es, un grande aumento de producción de azúcar, y con ella glucosuria.

En la diabetes, y especialmente en la grave, se necesita excitar la glicogénesis lo menos posible. Ahora bien, entre las causas de excitación de la glicogénesis preciso es poner en primera línea los alimentos, especialmente algunos. Toda sustancia alimenticia que al hígado llega excita el proceso glicogénico. Los alimentos que más le excitan son los hidratos de carbono; no todos en grado igual, ya que el glicógeno hepático posee mayor ó menor estabilidad según la especie de hidratos de carbono de los que deriva. El que, por ejemplo, se forma de la levulosa es bastante más estable que el formado por el azúcar de uva. En los casos graves de diabetes los albuminoides excitan también fuertemente el proceso glicogénico, por lo que estos elementos deben ser usados con parsimonia. En cuanto á las grasas excitan muy poco el proceso glicogénico, ya que no llegan al hígado por medio de la vena porta, sino se vierten en la circulación mayor por medio de los vasos quilíferos y sólo indirectamente y poco á poco llegan á las células hepáticas.

Estos principios fundamentales tienen grande importancia en el tratamiento de la diabetes. La terapéutica de esta afección, no puede, sin embargo, ser prescrita de modo esquemático; requiere una gran experiencia, un detenido estudio de todo detalle relativo á la alimentación y al modo de vida de los enfermos, y sobre todo, una escrupulosa observación de lo peculiar que en los distintos casos se presente, y una investigación de los momentos etiológicos que, como se ha visto, pueden ser variadísimos, como variadísimas pueden ser las complicaciones, cuyo diagnóstico y cuyo tratamiento es, á la par, de la mayor importancia.

No hay, en suma, ninguna enfermedad en la cual la necesidad de individualizar y de tener cuenta exacta de las particularidades relativas á los distintos casos, sea tan grande como en la diabetes.

Sobre el tratamiento del cólera, por Rogers (*The British med. Jour.* núm. 2595, 1910).

Rogers, profesor de patología del Colegio médico de Calcuta, ha tenido ocasión de tratar muchos centenares de coléricos y ha hecho grandes estudios de esta enfermedad y su tratamiento.

Propone un método de cura con el que ha obtenido considerable disminución de la cifra de mortalidad, y que consiste: 1.º en el uso de inyecciones endovenosas de solución salina hipertónica; 2.º en el empleo de medios adecuados para mantener elevada la presión sanguínea; 3.º la administración por vía interna de permanganato cálcico ó potásico.

De numerosas investigaciones hechas con el hematócrito, Rogers concluye que en los casos ligeros de cólera, la sangre pierde cerca de un tercio de suero, en los casos graves la mitad y en los gravísimos dos tercios, demostrando estas observaciones la estrecha relación entre la mayor ó menor pérdida de suero y la gravedad de la enfermedad y claramente dan la indicación de proporcionar al organismo en el estadio de colapso el líquido perdido.

Las investigaciones de Rogers han demostrado también otro hecho importantísimo cual es la gran pérdida de sales. El porcentaje de cloruros en vez de aumentar por efecto de la concentración de la sangre, queda relativamente bajo y aun puede persistir por debajo de la normal en los casos muy graves, así que también la pérdida de sales guarda cierta relación de proporcionalidad con la gravedad de la enfermedad.

Tales comprobaciones indujeron á Rogers á experimentar el uso de las inyecciones de solución hipertónica; y los resultados obtenidos han sido bastante buenos. Mientras las inyecciones de solución fisiológica dan resultados muy medianos, y muy á menudo se siguen de un aumento de las deyecciones acuosas, ello no ocurre; sinó muy raramente, después de las inyecciones hipertónicas, las cuales, á la vez impiden ulteriores pérdidas de suero, gracias al aumento de sales en la sangre.

Los resultados obtenidos en el hospital del Colegio médico de Calcuta demuestran muy claramente la grande utilidad de la inyección endovenosa de solución salina hipertónica.

De 1895 á 1905 fueron tratados en aquel hospital 1243 casos de cólera con una mortalidad de 59 por 100. En ese período de once años, usáronse soluciones salinas, pero sólo por vía rectal ó hipodérmica. En 1906 se emplearon las inyecciones endovenosas de suero artificial, las cuales no dieron sinó resultados muy medianos: la mortalidad en 112 casos fué aproximadamente de 52 por 100, esto es, poco inferior á la cifra precedente. Habiéndose abandonado como poco útiles las inyecciones endovenosas de solución salina normal, la mortalidad presentó, en 1907, una nueva alza, llegando á 59, 5 por 100. A principios de 1908 comenzó Rogers á usar las inyecciones endovenosas de solución hipertónica y merced á este método, hubo en el bienio 1908-1909 grandísima disminución de la cifra de mortalidad, puesto que sobre 249 casos fué de 32, 6 por 100, esto es, poco más de la mitad de la cifra precedente; y más adelante, en 103 casos tratados hasta julio de 1910, la mortalidad hácese todavía menor (23, 3 por 100,) gracias al uso del permanganato asociado á las dichas inyecciones.

La solución hipertónica utilizada por Rogers se aproxima al líquido de Ringer: consta de 120 granos de cloruro sódico, seis granos de cloruro potásico y cuatro granos de cloruro cálcico en una pinta (lit. 0,567) de agua esterilizada. La cantidad que se inyecta en sujetos adultos con colapso, es de tres ó cuatro pintas, advirtiendo que la rapidez de la inyección no debe ser superior á cuatro onzas al minuto, si se produce angustia ó fuerte cefalalgia. Si el colapso se repite, deberá repetirse la inyección.

Un hecho de grande importancia revelado por las observaciones de Rogers, es que existe estrecha relación entre el descenso prolongado de la presión sanguínea y la uremia colérica. Si la presión arterial se mantiene por debajo de 95 mm. el paciente muere casi siempre de uremia, mientras que, si con oportuna cura hácese que la presión arterial esté por cima de 105 mm, la secreción urinaria se restablece casi invariablemente. La determinación diaria de la presión arterial, permite prever el peligro de la uremia y prevenirlo, ya con el empleo de los tónicos cardiacos (preparados de digital, estrofantina por vía endovenosa) ya por el uso de remedios vasoconstrictores (adrenalina, extracto pituitario) ayudados con inyecciones rectales subcutáneas y también endovenosas de suero artificial.

De muy antiguo está demostrada la inutilidad del empleo de los antisépticos intestinales en el cólera y es probable, según Rogers, que además sean dañosos. Hay muchas y buenas razones para pensar que la intoxicación colérica sea principalmente producida por

endotoxinas derivadas de la destrucción espontánea de grandes cantidades de vibriones coléricos en el intestino y es por esto natural pensar que aumentando los antisépticos intestinales la destrucción de vibriones coléricos, no tengan otro efecto más que el de aumentar la producción y absorción de endotoxinas y por tanto la gravedad de la intoxicación colérica.

Partiendo de estos conceptos, pensó Rogers que el problema á resolver no era el de destruir las bacterias, sinó el de encontrar una sustancia capaz de destruir ó de hacer inocua la toxina colérica en el intestino mismo, impidiendo así el subsiguiente envenenamiento del organismo.

Considerando las grandes analogías entre las toxinas bactericas y los venenos de las serpientes, pensó que la acción oxidante de los permanganatos—capaces como es sabido de destruir la toxicidad de tales venenos—podía ser utilizada en la cura del cólera. Antes de experimentar los permanganatos en el hombre, experimentó en los animales y pudo comprobar que, efectivamente, los permanganatos destruyen la toxicidad de las toxinas coléricas. Los pichones mueren en 12-18 horas después de la inyección endovenosa de una dada cantidad del cultivo colérico muerto, pero pueden soportar sin sucumbir una dosis triple de la mortal, si antes de la inyección se mezcla por media hora y á 38° con tres miligramos de permanganato cálcico.

En el tratamiento del cólera los permanganatos han sido usados por Rogers á dosis bastante elevada; 50 granos (gramos 3,20) en uno ó dos días. En contacto con las sustancias albuminoides del contenido intestinal, los permanganatos dejan en libertad oxígeno (que por estar en estado naciente tiene potencialidad oxidante enorme) y se transforman en bióxido de manganeso el cual, al parecer, y por ser insoluble se comporta como sustancia casi inerte.

Pueden darse los permanganatos bajo dos formas distintas. Sobre todo en solución acuosa para beber *ab libitum* en vez de agua, comenzando con 1-2 granos por litro para habituar al paciente al desagradable sabor astringente del permanganato, aumentando después rápidamente la dosis hasta 8-10 granos por litro, y aún más si el enfermo no rehuye tales soluciones: cosa que en los casos graves difícilmente ocurre por la mucha sed sentida. Es preferible el permanganato de cal porque las soluciones de esta sal son menos desagradables que las del potásico ó del sódico.

La otra forma bajo la cual puede administrarse el permanganato es la pilular, y en ella prefiere al permanganato potásico en

píldoras queratinizadas (de dos granos cada una) á fin de que el permanganato quede libre sólo en el intestino. En los casos graves Rogers hizo tomar una píldora cada cuarto de hora, durante las dos primeras horas y después una píldora cada media hora, hasta que las deyecciones son verdes y menos copiosas, lo que se verifica cuando más, á las 12 horas. En los casos ligeros, las píldoras pueden darse en períodos alternativos de 4 horas; al principio del segundo día de tratamiento se hacen tomar otras ocho píldoras, una cada media hora, y en los casos graves se hace lo mismo en el día tercero. Si hay recaída se repite el tratamiento, pues ha comprobado que aun en estos casos siempre es eficaz.

En los casos ligeros es suficiente la cura de permanganato sin inyecciones endovenosas de solución salina hipertónica. En los casos graves es necesario utilizar conjuntamente uno y otro medio; y en todos se tratará de levantar la presión sanguínea con los medios ya dichos.

Los resultados de las inyecciones hipertónicas y de la cura de permanganato se resumen así: gracias al primero de estos métodos curativos la primitiva mortalidad—59 por 100—bajó á 32 por 100; y gracias á los dos métodos combinados descendió á 23 por 100.

VALDIVIESO

NEUROLOGIA

La nueva teoría de von Monackw sobre las localizaciones cerebrales, el psicanálisis de Jung y la interpretación de los sueños, por E. W. Scripture. (*Riforma médica*, 27 febrero 1911).

Las ideas de von Monackow sobre la afasia le han conducido á una nueva teoría sobre las funciones y localizaciones del cerebro. Según las teorías corrientes las varias actividades sensitivas y motoras del cerebro están localizadas en distintas regiones. Así, el lóbulo occipital es la región de las sensaciones visuales; la porción media de las dos circunvoluciones centrales es el centro del brazo; la circunvolución de Broca ó el pie de la circunvolución frontal inferior con su opérculo y el opérculo del giro prefrontal forma el centro del lenguaje, etc.

Dáse diversa importancia á estos centros. Para los más, localización significa que las sensaciones visuales se forman en el lóbulo

occipital, las imágenes motoras del lenguaje en la circunvolución de Broca, etc. Un poco menos extensos son los puntos de mira de aquellos que, sin admitir que sensaciones é imágenes se forman en los centros, piensan que estos centros están en conexión indisoluble con algunas experiencias mentales.

Precísase diferenciar el hecho de localización de los efectos de una lesión y la hipótesis de la localización de una función. Por ejemplo; si una función de la circunvolución de Broca produce afasia tenemos un hecho que expresamos con el dicho que esta parte del cerebro es el centro de la afasia; pero es pura hipótesis decir que aquél es el centro de la palabra, con lo que admitimos que el mecanismo de ella está en aquella parte del cerebro. Centro de la afasia y centro del lenguaje no son la misma cosa; el uno indica el lugar donde una lesión produce un determinado desorden del lenguaje; el otro indica el sitio en el cual la actividad nerviosa se transforma en palabra. El centro de la afasia motriz puede estar en la circunvolución de Broca; el centro de la palabra puede estar allí ó también en otra parte. Podemos, pues, distinguir en el cerebro la localización de los síntomas de una enfermedad y la localización de la función

Monackow ha reunido 43 casos de afasia en los cuales se encontró una lesión en la circunvolución de Broca ó en sus próximidades. De estos casos en 14 hubo completa afasia motriz, pero con completo restablecimiento del lenguaje después de meses ó de años, y en los cuales se comprobó por autopsia una amplia lesión de la circunvolución de Broca. A explicar estos casos se dirige la teoría de la sustitución funcional, teoría en la que, según Monackow, no puede pensar á quien le sea familiar la anatomía. Una sustitución requiere la presencia de células embrionales en otra parte del cerebro, que deberían adquirir desarrollo completo y un tiempo bastante más largo del que se emplea en restablecer un desorden del lenguaje. Hay por otra parte, distintos casos, en los cuales una afasia motriz completa ó parcial existe de mucho tiempo sin que en la autopsia se encontrara lesión de la circunvolución de Broca; en alguno de estos casos se encontraron lesiones de regiones más ó menos distantes, y en otros no se encontró lesión alguna. Si 29 casos concuerdan para hacer admitir el centro de la afasia motriz en la circunvolución de Broca, 28 casos la contradicen.

La localización del síntoma de una lesión cortical indica la reacción del sistema nervioso central á la lesión localizada. Esta reacción puede depender de factores secundarios, cuales el edema,

la compresión, la plenitud de los ventrículos, las toxinas, etc. Esta secreción depende sobre todo de dos importantes factores: uno es el directo resultado anatómico por el que cierta porción del cerebro se hace inactiva; el otro es un importante factor dinámico. La lesión de un punto de la corteza se sigue no sólo de los síntomas dependientes de la lesión anatómica de aquel punto, sino también de síntomas dependientes de irritación transmitida á otras partes del cerebro. Es esto el chock irritativo, que, según Goltz, Hitzig y Charcot, consiste en la irritación positiva de las varias partes del cerebro por una corriente nerviosa que procede del sitio de la lesión. Según Monackow, ella consta simplemente de los efectos provenientes sobre estos puntos distantes de la interrupción de la comunicación. Este factor es el que Monackow llama factor de diasquisis. La diasquisis se tiene por lesiones locales agudas.

Las células afectadas por una lesión son, pues, de dos órdenes: las células nerviosas directamente atacadas en la región de la lesión y las células indirectamente perturbadas á distancia. Si las células directamente lesionadas no se reconstituyen, y las indirectamente perturbadas encuentran modo de reordenar completamente su actividad sólo los síntomas que quedan dependen directamente de la lesión.

Los casos de afasia motriz, en los cuales el enfermo recobra la palabra y la autopsia demuestra destrucción de la circunvolución de Broca, indican que el fenómeno de la afasia motriz es, sobre todo, efecto de diasquisis, y sólo aquellos síntomas (vacilación, dificultad de construcción de conceptos, leve amnesia de palabras) que no desaparecen son efectos directos de la lesión. Los casos en los que la afasia persiste indican que los efectos de diasquisis no desaparecen tan rápidamente; y en los que la afasia motriz es permanente indican que los efectos de diasquisis quedan permanentes (diasquisis persistente de Monackow). La desaparición parcial ó completa de los efectos de diasquisis en unos casos y no en otros, depende de las condiciones de curación en las respectivas partes del cerebro.

El sistema de las conexiones de diasquisis en el cerebro puede estudiarse siguiendo el curso de las fibras después de la degeneración secundaria y de las alteraciones de las células puestas fuera de función en las partes distantes del cerebro.

Por todo esto no se puede aceptar que el centro de la afasia motriz reside en la circunvolución de Broca, que dicha afasia se presenta también sin lesión de dicha región. La circunvolución de

Broca es la región, cuyas lesiones son por lo común seguidas de afasia motriz; ella está especialmente relacionada con alguno de los más delicados mecanismos del lenguaje. A producir la afasia motriz concurren desórdenes de diversas áreas cerebrales que todavía no conocemos. No se puede en vista de esto, pues, admitir un centro del lenguaje, en el antiguo significado de la palabra.

La doctrina de la diasquisis ha dado mayor precisión á cuanto se refiere á localizaciones cerebrales. Suprime la posibilidad de asignar la más alta actividad mental á especiales partes del cerebro. Según Monackow sólo los componentes elementales de una acción pueden ser localizados como reflejos cerebrales. Todas las actividades mentales, aun las más simples, requieren porciones de corteza ampliamente separadas, por lo que las funciones mentales no pueden ser localizadas en una región especial de la corteza, y no puede haber un centro del lenguaje, un centro del oído, un centro de asociación, etc.

Las ideas de Monackow han sido discutidas y también contestadas, pero explican bien los fenómenos clínicos de la afasia. Ellas no son nuevas, en cuanto que reproducen la teoría del shock irritativo de Goltz, con la modificación que los efectos del shock de las partes lejanas son sólo los efectos de ininterrumpida función y no de la irritación. Este mismo parecer, poco más ó menos, era el de Ludwig.

Las ideas de Jung sobre el psicanálisis se basan en el descubrimiento de Freud de Viena. Tres son los métodos para discernir sobre los hechos de la vida mental: la observación simple, la psicología experimental, el psicanálisis. El psicanálisis á su vez comprende distintos métodos. Uno de estos es el de asociación, que consiste en pronunciar una palabra y se invita al sujeto á decir al mismo tiempo á qué cosa se pueda referir. Otro método de psicanálisis es el de asociaciones consecutivas introducido por Freud: el sujeto es invitado á dejar vagar con toda libertad su mente y á referir sus pensamientos conforme se presenten. Otro método el de desenvolver una determinada cuestión; y otro método fundamental de psicanálisis es el estudio de los sueños y de su contenido simbólico. Este último constituye un método para el estudio de lo subconsciente, un procedimiento para tratar personas que no podrían ser de otra manera tratadas, y para corregir aptitudes mentales inútiles.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

Tratamiento abortivo de las mastitis puerperales, por el Dr. Ricardo Becerro de Bengoa. (*Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*, núm. 35, enero 1911).

El autor cita 14 casos de mastitis puerperales tratados, durante su período flegmonoso por las aplicaciones de hielo con excelente resultado. Sólo en uno se produjo supuración siendo el absceso muy pequeño y curando con la dilatación en muy pocos días. Los 13 casos restantes curaron por completo, quedando la glándula en disposición de continuar su función.

Dice que debe aplicarse el hielo cuanto antes: en cuanto se presente el escalofrío inicial; asegura que la fiebre y el dolor disminuyen pronto y que la curación se alcanza con mayor rapidez que con cualquiera otro de los medios terapéuticos empleados.

La aplicación de hielo la hace colocando encima del pecho inflamado una bolsa de goma llena de terrones de hielo. Entre ésta y el pecho pone una gasa ó pañuelo de seda. La aplicación debe ser continua, vaciando el agua de derretimiento del hielo y volviendo á llenar la bolsa con otros trozos. Puede mantenerse la aplicación de hielo sobre el pecho inflamado tres ó cuatro días sin que sobrevenga mortificación en los tejidos.

Retira la bolsa de hielo cuando la enferma deja sentir dolor, aun cuando se comprima con los dedos el sitio que antes dolía, y cuando el pecho se hace movilizable sin que su movimiento sobre el tórax determine dolor.

Una vez suspendido el hielo hace la inmovilización, protección y compresión de la mama con un vendaje ligeramente compresivo de Cambric; cubre el pecho con algodón esterilizado, después de proteger el pezón con gasa esterilizada; la venda que coloca es de 10 centímetros de ancha por 10 metros de larga. Este vendaje le renueva cada dos días, y le tiene aplicado de seis á ocho, al cabo de los que le retira quedando la mastitis completamente curada y sin que quede en la glándula ningún vestigio lesional macroscópico, porque se verifica la reabsorción de los exudados interas-cinales.

En cuanto á la capacidad funcional de la mama después de haber sido tratada por este medio es del todo positiva, pues aun

cuando por la aplicación del hielo queda inactiva durante algún tiempo, recupera su producción si se hace lo posible para que así ocurra. El autor somete sus enfermas á la siguiente gimnasia glandular: una vez que la glándula deja de doler, se hace durante uno ó dos días la succión del pezón mediante una mamadera potente ó una ventosa de Bier. Las sesiones aspiradoras las repite cada dos horas, y al cabo de 10 á 20 aspiraciones sale leche de peor ó mejor calidad. Después pone el niño á mamar del pecho enfermo hasta que se impacienta, cambiándole entonces de pecho. La cantidad de leche que el niño mama de cada vez del pecho enfermo aumenta poco á poco y no siendo al principio más que de 5 á 10 gramos, llega á ser de 20 á 75.

Tratamiento de los cánceres inoperables del cuello uterino y de la vagina por la aplicación masiva de radiaciones ultra-penetrantes de radium, por H. Cherón y H. Rubens-Duval. (*L' Obstétrique*, núm. 9, septiembre 1910).

Los autores han estudiado la acción de las radiaciones ultra-penetrantes de bromuro de radio empleando dosis cada vez más fuertes y llegando á precisar la técnica (método de dosis masivas) que han empleado en el tratamiento de los cánceres uterinos y vaginales. En su trabajo exponen su técnica, sus resultados y hacen algunas consideraciones concernientes al radium en cirugía.

Los cánceres inoperables del útero y vagina deben ser tratados por el método de radiaciones ultra-penetrantes de Dominici. Para ello se sirven de pequeños tubos de plata de de $\frac{5}{10}$ milímetros de espesor que encierran la sal libre ó contenida en una ampolla de vidrio. Pero como así se produce una radiación inducida (rayos blandos) que puede ser nociva al colocar el tubo en contacto con una mucosa, se anulan estos efectos envolviendo el tubo en gasa esterilizada (15 vueltas). Si se emplean muchos tubos de Dominici, un haz de muchos tubos pueden igualar de 20 á 30 centigramos de bromuro de radio, es preciso aumentar la filtración, la cual debe aumentar según el poder de los aparatos. A este efecto, los tubos serán encerrados en una vaina común de plomo de $\frac{5}{10}$ milímetros la que se envolverá en 20 ó 30 vueltas de gasa.

Si el cuello está permeable hay que llevar el radio al centro de la lesión: si el cuello está infecto se le podrá modificar probablemente por una sola aplicación contra su cara externa. Es necesario

aprovechar la permeabilidad del cuello mientras exista, pues las lesiones altas podrían con el tiempo hacerse inaccesibles ya que con la mejoría del cuello este órgano se transforma en tejido escleroso cada vez más difícil de dilatar.

La aplicación hecha con asepsia no produce ningún accidente: algunas enfermas presentan una reacción peritoneal, dolor y vómitos que no tienen importancia y que suelen calmarse con una inyección de morfina. Después de separar el radio se hace una irrigación vaginal, y después de un día de cama, las enfermas pueden dedicarse á sus habituales ocupaciones. En los siguientes días los flujos suelen ser más abundantes, pero rápidamente disminuyen y después cesan. A veces se produce una reacción dérmica no dolorosa y sin importancia.

Si el conducto cervical no puede ser dilatado ó si la neoplasia es voluminosa, se puede hacer con el bisturí un trayecto en el que se coloca un tubo de 5 centígramos. Los tubos se pueden colocar á un centímetro uno de otro, colocándose dos ó tres en la masa del tumor. Si éste es poco voluminoso bastarán las aplicaciones vaginales masivas en la superficie.

En los casos de tumor vaginal primitivo ó secundario se obrará del mismo modo: por penetración artificial en la neoplasia si es grande, y por aplicación superficial si es pequeña.

Los autores han tratado 50 enfermas no operables: 31 tenían lesiones muy extensas y han sido insuficientemente tratadas. De las 19 restantes que han sido tratadas por dosis fuertes ó masivas, una fué refractaria no consiguiéndose mejoría alguna con dosis fuertes, no masiva: en las 18 restantes cicatrizaron por completo sus lesiones: 2 continúan con sus lesiones cicatrizadas y perfecto estado general: en otras 10 las lesiones locales están esclerosadas, el estado general es excelente, pero hay una reproducción uterina y periuterina de la neoplasia, detenida por curas radíferas.

El radio obra sustituyendo el tejido epiteliomatoso por tejido de esclerosis. Su acción varía según la extensión y la variedad de la neoplasia: las infiltrantes son las más resistentes á su acción: las vegetantes son las más sensibles y pueden ceder á dosis más débiles. En las muy extendidas hasta la pared pélvica su acción es sólo parcial y momentánea, siendo la recidiva la regla general.

En los tumores bastante limitados pero implantados sobre las zonas parauterinas, la transformación fibrosa total es habitual y los autores citan tres observaciones de enfermas con lesiones muy extendidas: dos úteros recogidos por autopsia (una muerta por

enfermedad intermitente, otra por generalización) y el otro útero recogido por intervención quirúrgica; en los tres, el examen histológico demuestra la desaparición del cáncer de la vagina, del cuello uterino y de los ligamentos anchos. Persistía en el cuerpo del útero un nódulo, microscópico en dos casos y macroscópico en el otro, del tamaño de una avellana y con células alteradas.

Estas consideraciones permiten á los autores afirmar que si no se producen metástasis ganglionares ó viscerales, pueden algunos cánceres inoperables convertirse con este tratamiento en operables.

Embarazo extrauterino con esqueleto fetal por, Deletrez (*Bulletin de la Societé belge de gynécologie et d'obstétrique*, noviembre 1910).

La enferma objeto de esta observación tenía 52 años; había tenido dos partos, el último hace 26 años.

Hace 20 la faltó la menstruación durante tres meses, á la vez que aquejó ciertos cambios reflejos, habituales en el embarazo. Después se presentaron pérdidas sanguíneas más ó menos abundantes é irregularmente: y de repente fué presa de vómitos biliosos, timpanismo y de una elevación térmica de 40°. Generalizada rápidamente la peritonitis fué tratada por lo opiáceos, hielo y evacuaciones sanguíneas locales. El médico diagnosticó una lesión de los anejos del lado derecho, apreciando por el tacto vaginal un empastamiento de los fondos de saco lateral derecho y anterior. Aconsejó una intervención quirúrgica que fué rehusada. Los síntomas agudos cedieron gradualmente, y al cabo de dos meses de permanencia en cama y tratamiento médico, la enferma recobró su salud: la menstruación se restableció regularmente y siguió normal hasta los 49 años en que se hizo menopáusica sin trastorno alguno.

La interesada se creía completamente curada y celebraba haberse opuesto á la operación. Examinada por Jacobs, reconoció éste por el tacto vaginal la existencia del tumor de los fondos de saco señalado por el médico que había tratado á la enferma, é insistió de nuevo en la necesidad de su extirpación.

En septiembre de 1909, 20 años después de la peritonitis aguda citada, la enferma vuelve á sentir de nuevo los mismos síntomas abdominales, aunque menos graves, los que aun mejorando rápidamente no desaparecen nunca del todo, presentándose períodos de

remisión seguidos de manifestaciones subagudas que repercuten en el estado general, el cual se altera poco á poco.

Decidida ya á ser operada, acude á la consulta de M. Deletrez en mayo de 1910. El examen del autor confirma el diagnóstico hecho por sus dos colegas: tumor de los anejos del lado derecho que ocupa todo el fondo de saco lateral derecho y una gran parte del anterior; tumor resistente, doloroso á la presión y que no produce fiebre.

Practica la laparotomía que le proporciona una de esas sorpresas á que dá lugar la cirugía abdominal. Al abrir el peritoneo cae sobre un bloque voluminoso, muy espeso, formado por el ciego, el apéndice, turgente, del volumen de una pulgada, y todo íntimamente adherido á la trompa derecha inmovilizada en la pequeña pélvis. Al procurar decortizar el tumor produce su rotura, saliendo á través de ella, hueso por hueso, un esqueleto fetal de unos 4 meses. Abierta la trompa por completo y no pudiendo extirparse, practicó la marsupialización; terminando por la extirpación del apéndice enfermo. La convalecencia fué larga, oscilando la temperatura entre 37° y 39°; después de algunos días, retiró la gasa que rellenaba la cavidad y la sustituyó por un doble dren por el que hizo lavados cotidianos con agua oxigenada.

La operada salió de la clínica completamente curada un mes después de la intervención.

Recuerda el autor, con este motivo, algunos casos de embarazos extrauterinos en los que las partes fetales fueron expulsadas por la vejiga ó el recto. Cita uno en que encuentra cierta analogía con el descrito y que fué publicado por Stelner en la *Central. für Gynec.* de 1895.

Se trataba de una mujer que al octavo mes del embarazo sufrió súbitamente una hemorragia acompañada de dolores. Diagnosticado un embarazo extrauterino, la enferma rechaza la operación. Cesa el falso trabajo y la mujer conserva su tumor durante 10 años con crisis dolorosas intermitentes, tan violentas que le obliga á guardar cama. A los 10 años las orinas se hacen lechosas, empeora el estado general y se la presenta fiebre. A los 18 meses de este estado la enferma elimina por la uretra trozos de hueso, y se decide á dejarse operar. Suturada á la pared abdominal la bolsa, ésta se abre cinco días después (viéndose que sus paredes estaban hacia tiempo esfaceladas) y saliendo de ella una sustancia pútrida de color verdoso. En los días siguientes, y poco á poco, se vacía el tumor de los restos de huesos y de todo lo que contenía. Poco

á poco se aclaran las orinas. De repente se la presenta un dolor vivo en los riñones y por palpación se reconoce en la región del riñón derecho un tumor del tamaño del puño, blando y elástico. Se piensa sea una hidro nefrosis por compresión del ureter. Tres meses después al examinar á la enferma se vió que había desaparecido.

ZULOAGA

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Desinfección de las manos y campo operatorio en los diez últimos años, por H. Joseph, médico asistente á la clínica quirúrgica del hospital de Tous-les Saints á Breslau (*Int. Zentralb. f. Ohrenh.*, octubre 1910).

No existe en la actualidad ningún método perfecto de desinfección de las manos y campo operatorio.

Fürbringer (1900), emplea el alcohol, que lava mecánicamente la piel, disuelve las grasas, reblandece las escamas y permite la acción directa del sublimado, ácido fénico, lisol, etc. Las experiencias más rigurosas prueban que la esterilización absoluta no se obtiene por este método. Las capas profundas de la epidermis no se esterilizan Heusner (1906), emplea la bencina iódica al 10 por 100, el iodo, es un antiséptico perfecto, y la bencina tiene un gran poder de difusibilidad se obtienen buenos resultados, pero no una esterilización absoluta. Es irritante para la piel y peligroso bajo el punto de vista de la respiración del niño. Después vino el período de los guantes de goma impermeables.

Kossmann, emplea el lisol, que es una solución de resina en el aceite y alcohol éter.

Döderlein la gaudanina, solución de una goma en el éter, se solidifica sobre la región ó se aplica en una membrana elástica.

Klapp y Dönitz en (1907), preconizan una solución de resina en un tetracloruro de carbonato iódico. Después se inventaron los jabones antisépticos.

En 1908, Grossich emplea la tintura de iodo, sobre todo para el campo operatorio. El iodo desinfecta profundamente y penetra en los intersticios celulares, hasta en los espacios linfáticos y curte la piel. La tintura de iodo debe ser aplicada sobre la piel seca, sin lavarla antes con jabón. Es el mejor desinfectante conocido hasta

hoy. Se le acusa de ser irritante. Últimamente Chassevant (1909), recomienda una solución de iodo en cloroformo al 5 por 100.

El vioformo, en la práctica oto-rino-laringológica, por Bo (*Corriere Sanitario*), noviembre 1910.

El vioformo no es tóxico, ni irritante, es inodoso y tiene la ventaja, comparándole con las otras sustancias análogas, de ser un buen desodorante y un excelente antiséptico.

Resultados del empleo, en otología, de la pomada de Schmieden (rojo escarlata), de la de Hayward (pomada escarlata) y de la gasa de amidoazotoluol (Epidermolgasas); por Fritz Grossmann, *Fischr, f. Ohrenheil*, etc. L. XI, Bd. Hft. 1.

Indica el autor haber obtenido buenos resultados de este producto derivado de la anilina, en las úlceras profundas de la cavidad nasal y auricular, en los trayectos fistulosos y en las lesiones que amenazan la necrosis. Dice haber obtenido cicatrizaciones muy rápidas con este producto.

La novocaina (*Le Larynx*, núm. 5, 1910).

Nueva adquisición preciosa para el arsenal quirúrgico; la novocaina es un anestésico local, poco tóxico, sin influencia sobre la respiración ni circulación. Las mismas indicaciones que la cocaína, sin sus inconvenientes. Una inyección intradérmica de novocaina, permite practicar sin dolor una abertura de la mastoídes. Una inyección al nivel del nervio laríngeo superior, proporciona una anestesia de 20 á 40 minutos, suficiente para practicar las intervenciones endo-laríngeas, y para calmar la disfagia en los tuberculosos.

Sobre el tubage de Kuhn, por L. Mahler de Copenhague. (*Hospitalstidende*) 16 mayo 1910.

El método de Kuhn consiste, en prolongar, por decirlo así, la laringe hasta los labios, por medio de un tubo flexible, introducido en la tráquea, para evitar en las operaciones de la cara, la

cavidad bucal y la faringe, etc., la caída de la sangre en las vías aéreas, con sus consecuencias.

Este método ha sido empleado en 25 casos en el servicio otorino-laringológico del Hospital Saint Joseph. En 15 casos hubo necesidad de operar sobre las cavidades accesorias. El tubage de Kuhn tiene grandes ventajas; con la narcosis tranquila por él obtenida, el operador puede consagrar toda la atención á su cometido. En dos casos que operó en una sesión un empiema del seno maxilar, de las células sigmoidales, y del seno frontal, operación que duró una hora y media, se emplearon solamente 10 centímetros cúbicos de cloroformo.

Las ventajas del método son considerables: tranquilidad, disminución de hemorragia, (ni tos, ni náuseas, ni vómito), mínimo de cloroformo.

El autor no ha visto exista ni disnea, ni bronquitis, ni pneumonía post-operatoria.

El tubage en los casos de cuerpos extraños de las vías respiratorias, por M. Gioseffí (*Gaz. Ospedali*), septiembre 1910.

El autor relata 3 casos personales, que le parecen suficientes para demostrar, que en ciertas condiciones determinadas, (cuerpos pequeños libres ó ligeramente fijados en la laringe), se puede tener la esperanza de que sean expulsados espontáneamente por el tubage.

La reacción de Wassermánn en la sordera crónica progresiva, por Zange, de Strasbourg, (*Ztsch. f. Ohrenh.*, Bd. LXII Heft. 1).

El autor divide los casos examinados en tres grupos: sordera de origen laberíntico (nerviosa), sordera por oto-esclerosis (anquilosis del estribo), en fin casos mixtos, en los que existen lesiones lo mismo de los órganos de trasmisión como de los centrales. En el primer grupo, se puede atribuir á la sífilis el origen de la afección en un 52 por 100 de casos, y en los de esclerosis la reacción de Wassermánn es débilmente positiva en su 79 por 100. La suero-reacción permite pues averiguar el origen, algunas veces oscuro, de una sordera que empieza.

Mi modo de tratar las formas antiguas de catarro crónico seco del oído medio por Schwanebach (*Journ, mensuel rune des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, núm. 2, 1909).

Al lado de la oto-esclerosis pura del oído medio, existen formas diversas en las que el proceso inflamatorio ataca rápidamente el oído interno. Toynbee lo ha demostrado, y su opinión ha sido confirmado por gran número de autores, que lo que él había algunas veces llamado oto-esclerosis, era solamente un catarro del oído medio, que había dado lugar á anquilosis del estribo en la ventana oval.

En casos semejantes, es decir, cuando existe un catarro seco del oído medio, con dureza de oído, el autor ha obtenido buenos resultados, pero prolongando el tratamiento 2 ó 3 años. Importa por tanto prevenir al enfermo desde el principio, que su afección es crónica y exige un largo tratamiento. Este consiste principalmente en el masaje del oído, y en la gimnasia de la audición. Masaje manual tres ó cuatro veces por semana, por espacio de uno á dos meses, haciéndole al mismo tiempo sobre el oído y las regiones vecinas, así como en el cuello y parte superior del tórax. Antes y después del masaje se hace gimnasia de la audición según procedimiento de Urbantschitsch. Al mismo tiempo se cura la nariz y el naso-faríngeo (toques con cocaína, mentol, adrenalina, iodo, ictiol, etc.)

En estas condiciones el autor dice que la acción se detiene en todos los casos, los ruidos subjetivos desaparecen, así como los dolores de cabeza y los vértigos. La audición se mejora.

Un caso de cáncer del paladar y de las amígdalas curado por las radiaciones hasta ahora no empleadas en medicina por Dicnisio, de Turín, (*Gazzetta medica Italiana*, 28 de junio 1910).

El autor ha tratado por las radiaciones, que emplea desde ahora en la cura del ozena y otitis supurada, un caso de carcinoma del paladar y de las amígdalas tratado sin resultado por el radio y los rayos X. Curación.

UROLOGIA

Las vías de infección en la tuberculosis renal, por M. le Dr. Brongersma de Ansterdan (*Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, n.º 1-1911).

El autor defiende de nuevo la opinión, de que la infección en la tuberculosis renal unilateral, se produce en la mayoría de los casos por vía linfática; siendo solamente aceptada la vía sanguínea para la tuberculosis nodular crónica. El afirma, que si es imposible decir en los casos avanzados, en que parte del riñón la infección ha comenzado, se puede distinguir por el contrario en la tuberculosis reciente dos formas completamente distintas, una de comienzo en la sustancia cortical y otra en la medular. Los casos de Israel, de Fendeloo y del autor, han demostrado la existencia de estas dos formas tan bien estudiadas por Rosenstein.

Mientras que la distribución de las lesiones y la marcha clínica de la forma cortical, está bien explicada por infección sanguínea, para la forma medular la cuestión es diferente ya que no se puede invocar esta vía, porque la experimentación de los distintos autores, ha demostrado, que en caso de infección por la vía sanguínea es siempre en la sustancia cortical donde se encuentran la mayor parte de las lesiones. La unilateralidad de lesiones se explica bien, para la forma cortical, por el pequeño número de bacilos en circulación en la sangre como Bernard y Orth lo hacen.

Para la forma medular, esta unilateralidad se explica por la relación directa que existe, entre la fuente de infección y el órgano infectado.

Observaciones prolongadas de tuberculosis renal no operadas por M. Rochet de Lyon (*Association Francaise d'urologie*).

Dichas observaciones se clasifican en:

- 1.º Tuberculosis unilateral.
- 2.º Tuberculosis bilateral.

En la primera categoría existen dos observaciones y siete en la segunda. Estos casos datan: los unos de cerca de 10 años, oscilando los restantes entre 6 y 9 años. Los enfermos no han querido operarse

ó no han podido ser operados, en la duda en que se estaba del lado á operar ó porque los dos riñones estaban poco más ó menos, igualmente enfermos.

Sus lesiones no han hecho progresos al parecer, desde que el autor sigue su curso, siendo formas ligeras, benignas, de tuberculosis, en enfermos sin cistitis dolorosas, apireticas y con medios suficientes para llevar á cabo cualquier clase de tratamiento.

Es necesario no ignorar estos hechos consoladores, cuando por una ó por otra causa, la nefrectomía no pueda ser practicada, se han señalado casos análogos, por Fur en particular, las cuales han de servir para fijar precisando, la historia de la tuberculosis renal, que no es *única*, ya que existen formas muy diferentes como pronóstico y evolución.

El tratamiento de las infecciones de las vías urinarias por las vacunas bacterianas, por los Doctores Hartwell y Strecker (*Boston Med. Jour.*, 31 mars 1910).

Los autores han investigado para establecer el papel terapéutico exacto de las vacunas, en las diferentes formas de infecciones urinarias, relatando los resultados observados en un cierto número de casos. En 12 casos el agente infectante era el bacilo coli, en 40 el coli-bacilo y un estreptococo asociado; un estreptococo puro en un caso, estreptococo y estafilococo blanco asociados en otro y por último, estafilococo blanco y dorado en otro. En todos estos casos los autores se sirvieron de vacunas autógenas, inyectando dosis progresivas y pasando cada vez, el grado de tolerancia presumido del organismo creado por las inyecciones precedentes. La dosis mínima era en general de 25 á 50 millones siguiendo aumentando hasta 400 millones, llegando en algunos casos hasta 1200 millones; siendo en los niños la dosis mínima de 20 millones. Los autores no han observado ningún trastorno general ó local, á excepción de una violenta cefalea después de la inyección del coli-bacilo.

Las conclusiones á las que han llegado los citados autores son las siguientes:

- 1.º Las vacunas son eficaces en las cistitis ligeras, siendo incierto su efecto en las pielitis.
- 2.º Que no ejercen ninguna acción sobre las cistitis graves.
- 3.º Que probablemente contribuyen á la curación de las pielitis.
- 4.º Que no ejercen ningún efecto en las bacteriurias.

Las nefritis sin albúmina, por el Dr. Howland. (*Boston Medical*, núm. 4).

Pueden existir lesiones graves del riñón sin que por ello contengan albúmina las orinas; este hecho conocido desde hace mucho tiempo, no ha llamado bastante la atención de los médicos, estando el autor persuadido de que numerosos enfermos son tratados de diversas enfermedades, cuando en realidad sólo los riñones son los órganos enfermos aunque la ausencia de albúmina en las afecciones bien caracterizadas indica en muchos casos la existencia de una nefritis intersticial, para la mayoría de los prácticos sin embargo, la ausencia de albúmina sería signo revelador de la falta de nefritis, ya que raramente las orinas son examinadas al microscopio.

Este examen es indispensable como se ha podido convencer el autor, estudiando los sedimentos obtenidos después de centrifugación de 550 orinas; esta centrifugación debe ser cuidadosamente hecha, porque de otro modo no tiene valor, operando sobre la orina de la mañana.

En 21 casos el diagnóstico de nefritis pudo establecerse, en orinas donde no había trazas de albúmina, por la existencia de cilindros hialinos ó granulosos; en 4 casos se trataba no sólo de nefritis, sino que ésta era aguda; en otros varios casos con fenómenos urémicos, el diagnóstico no hubiera podido establecerse sin los exámenes microscópicos.

El diagnóstico de estas nefritis sin albúmina es muy importante de fijar, sobre todo cuando existe otra enfermedad asociada ó concomitante cuyos síntomas pueden enmascarar ó impedir clínicamente, el diagnóstico de la enfermedad renal.

BIBLIOGRAFÍA

Tratamiento de la infección puerperal de origen uterino, por Antonio Villanueva Fernández. *Tesis del Doctorado*, Madrid 1911.

En un pequeño opúsculo de 30 páginas hace el autor un completo estudio de los distintos medios de tratamiento de las infecciones puerperales de origen uterino. Comienza por dedicar especial atención al tratamiento profiláctico, exponiendo los medios necesarios para evitar las infecciones en el puerperio. Entra después de lleno en el tratamiento curativo, el cual subdivide en 1.º *tratamiento general de las infecciones uterinas* y 2.º *tratamiento particular de cada forma de infección*. En el primer capítulo estudia y analiza clínicamente los diversos medios de tratamiento más usados, (irrigación intrauterina, suero, colargol, esencia de tremen-tina, etc.) adelantado con muy buen criterio el juicio clínico «que de ninguno de ellos se puede hacer el específico de las infecciones puerperales, pero advirtiéndolo que aplicándolos pronto y bien pueden ser de gran utilidad» y deteniéndose después á analizar las indicaciones de cada uno de ellos, y á describir su técnica de aplicación.

En la segunda parte de su trabajo estudia el *tratamiento particular de cada caso de infección uterina*, dividiendo éstas en *intoxicaciones y verdaderas infecciones uterinas*, y citando los medios que deben ponerse en práctica según cada caso.

Como comprobantes de sus opiniones presenta ocho casos clínicos personales, alguno de ellos de bastante interés. Y termina deduciendo de su trabajo las siguientes conclusiones:

1.ª Siendo la infección uterina una enfermedad evitable en la mayor parte de los casos, nuestros mayores esfuerzos han de ir encaminados al tratamiento profiláctico.

2.ª En presencia de un caso de infección se atenderá, en los primeros momentos, á hacer un diagnóstico diferencial, para asegurarnos del origen de la misma, y en su consecuencia con el diagnóstico hacer un tratamiento adecuado.

3.^a En las infecciones de origen uterino averiguaremos, desde el primer momento, si la causa que la produce es una retención de anejos, en cuyo caso se procederá á la extracción de los mismos por medio del raspado ó monda digital, y si esto no fuera bastante recurriremos al instrumental.

4.^a Si se trata de una endometritis puerperal, el tratamiento local será de gran utilidad los seis ú ocho primeros días del puerperio, ó sea antes de generalizarse la infección, ya que en presencia de una infección generalizada de poco ó nada sirve el tratamiento local.

5.^a Entre los tratamientos locales el más digno de empleo es la irrigación intrauterina, hecha con todas las precauciones asépticas posibles, pero sin traumatizar el útero, y usando de preferencia, entre todos los antisépticos preconizados, el formol en solución al 10 por 1000.

6.^a Como coadyuvante de los tratamientos locales, será conveniente el empleo de suero antiestreptocócico, á fin de localizar por lo menos la infección, en el caso de que no se consiga dominarla.

7.^a Cuando la infección tienda á generalizarse, ó esté ya generalizada, haremos uso del colargol.

8.^a En todo caso de infección atenderemos, desde el primer momento, á aumentar las energías y resistencias orgánicas de la enferma, por medio de la alimentación reparadora y el uso del alcohol, y si es preciso el suero Hayen.

Teniendo en cuenta las condiciones en que todo médico novel se encuentra al escribir su tesis de Doctorado y más si ejerce la profesión en un partido médico, sin los necesarios medios de investigación, el hacer un trabajo como el que el Dr. Antonio Villanueva ha hecho, significa una laboriosidad envidiable.

Reciba mi felicitación más entusiasta, y que el éxito alcanzado le sirva de estímulo para acometer mayores empresas.

ZULOAGA

La conciencia personal y su carácter en los psicasténicos, Conferencia oral dada en el Instituto Rubio, el día 24 de noviembre de 1910, por el Dr. Ramón Alvarez Gómez-Salazar, neurólogo y mentalista. Madrid, Imp. de Tordesillas 1911.

Loable trabajo en el que el autor claramente muestra una erudición vastísima conexas á una potencialidad de espíritu, capaces

de hetero-crítica y de originalidad muy sugestiva en cuestiones que, cuales las de conciencia y personalidad, de tan distintos modos son comprendidas y explicadas por psicólogos y mentalistas.

En la imposibilidad de hacer detallada exposición de cuanto de bueno y de nuevo dice el Dr. Alvarez, por no disponer de suficiente espacio, y no capacitado, por pobreza de discursivos recursos, para hacer fundamentada crítica de cuanto se comprende en los particulares que nuestro distinguido colega expone; sin más ocurrencia que la de juzgar en general, su labor más que como obra de médico, como empeño de psicólogo, y sin otra advertencia que la de que no creo se compadecen bien su expresa repulsa á la opinión energética de la esencialidad de la conciencia y la teoría naturista que, como propia, detalla á pretexto de explicar la patogénica causa del desdoblamiento consciente de la personalidad de los psicasténicos, para que nuestros lectores se hagan cargo de la relación entre el enunciado del tema y las conclusiones, hé aquí á continuación las que el autor deduce:

1.^a La conciencia personal es el conjunto de elementos psico-orgánicos, que en un momento determinado son referidos al yo:

2.^a La persistencia de la personalidad está garantida en el sujeto normal, por una continuidad en el funcionalismo orgánico total y una producción de energía que no descienda dentro de ciertos límites.

3.^a El desdoblamiento consciente de la personalidad tiene como causas inmediatas de producción un elemento orgánico y otro psíquico: el primero aparece como un cambio en la producción y distribución de la energía, efecto de una simplificación en los enganchamientos sistemáticos de la materia; el segundo como una alteración en la función de reconocimiento de la memoria que se denomina paramnesia; sólo que aquí ésta es consciente, y por ello lleva el nombre de pseudo-paramnesia.

4.^a Todos los demás fenómenos á que se refieren las teorías antedichas son elementos asociados, que no tienen otra fuerza que la propia de los elementos secundarios, y que por, tanto, no pueden elegirse como base fundamental para crear sobre ellos el edificio patogénico del desdoblamiento consciente de la personalidad.

CASOS Y CONSULTAS

Consideraciones sobre el tratamiento de un caso de oftalmía purulenta con complicaciones corneanas.

Sr. D. F. I. Distinguido compañero: El tratamiento profiláctico de la oftalmía purulenta en los recién nacidos debe hacerse siempre, pero cuando haya sospechas de algún padecimiento anterior de la madre es indispensable.

Una vez declarada la enfermedad, en cuanto aparece la supuración en los ojos del niño, no hay ya que vacilar, debe empezarse inmediatamente el tratamiento haciendo dos veces al día, toques en la conjuntiva con la disolución de nitrato de plata al 2 por 100 y lavados con agua hervida, ó mejor con una solución de suero salino fisiológico. Los lavados deben ser todo lo frecuentes que sean necesarios para mantener los ojos libres de pus, pero dejando intervalos suficientes para que el niño pueda dormir lo indispensable.

Contra las ulceraciones de la córnea, todos los cuidados son pocos. En cuanto aparecen debe emplearse además de los toques con el nitrato, neutralizando inmediatamente con una solución de cloruro-sódico, la vaselina iodofórmica uno en diez; prescinda usted de medicamentos muy activos; el iodoformo en polvo, además de obrar como antiséptico sobre la parte de córnea invadida por la infección, mortifica las partes sanas inmediatas, por ser en esta forma algo cáustico, preparando así el terreno para la progresión de la ulceración.

La atropina lo mismo que la eserina, tienen indicaciones especiales y fuera de ellos son perjudiciales, más la primera que la segunda. Estando las ulceraciones á punto de perforarse la atropina ayuda á la perforación aumentando la tensión intraocular, tanto más, cuanto con más frecuencia se emplee.

Si la perforación se ha producido y es central, entonces sí, está indicada la atropina, para evitar que el iris quede preso en la cicatriz; y siendo la perforación periférica, lo está la eserina por el mismo motivo; fuera de estos casos no deben emplearse otra cosa que la pomada de iodoformo antes indicada.

Cuando en lugar de ulceraciones, se presentan infiltraciones de pus en el tejido de la córnea, los antisépticos no pueden obrar directamente y la infiltración se extiende y compromete gravemente al ojo; en este caso, dá excelente resultado hacer una serie de puntos muy superficiales con la punta más fina del termo cauterio, que comprendan toda la zona infiltrada. He visto en córneas, condenados á ser eliminados por completo, desaparecer la infiltración en pocas horas y más tarde recobrar absolutamente toda la transparencia.

Alguna vez las conjuntivitis adoptan la forma pseudo-membranosa, con poca secreción y gran tumefacción de los párpados; en este caso en lugar de los toques con el nitrato, se emplea el zumo de limón con excelente resultado.

PABLO ALVARADO

LA PESTE

POR EL

DR. M. G. CAMALEÑO

La existencia de la epidemia de peste que actualmente causa tan terribles estragos en algunas regiones del imperio chino, especialmente en la Mandchuria, y el terror que en todo el mundo civilizado ha producido, me deciden á escribir algunas cuartillas que á la vez que sirvan para recordar las formas clínicas de la enfermedad, puedan contribuir á devolver la calma á ciertos espíritus demasiado impresionables, que temen se reproduzcan las espantosas imágenes y terroríficos cuadros de las antiguas epidemias fundándose principalmente en la errónea creencia de que estamos completamente desarmados contra este mal, á juzgar por lo que los informes que la prensa recoge de las comarcas invadidas, dan á entender.

Para la confección de estas notas, me han servido, á más de los datos repartidos en las obras modernas, diversas monografías entre las que merecen especial mención los excelentes trabajos publicados el pasado mes de Marzo por Rist en la *Presse Médicale* y por Salimbeni en la *Revue Scientifique*.

No he de detenerme en hacer la historia de todos conocida, de las epidemias que en tiempos antiguos y en diversas épocas, asolaron casi todas las comarcas del mundo. Desde fines del siglo XVIII se creía la enfermedad extinguida y de ella no se ocupaban apenas los autores creyendo que no tenía más que un interés histórico, cuando en 1894 apareció en Hong-Kong, importada probablemente por barcos chinos procedentes del Yunnan. Desde aquí se extendió á varias provincias de la China (Mongolia, Mandchuria) á la isla Formosa y á Annam. En 1896 aparece en la India donde aún continúa, aunque decreciendo, y donde ha causado millones de víctimas. Aun en 1910 se han registrado por las autoridades inglesas 513.578 invasiones con 44.004 defunciones. De la India pasó al golfo pérsico, después á Madagascar, Reunión, Mauricio, Lourenzo Marquez, otros puntos de la costa oriental de Africa, Arabia y Egipto. En 1899 aparece en Oporto, primer punto europeo atacado, después invade algunas comarcas de la América del Sur tales como Montevideo en el Uruguay, Asunción en el Paraguay, Buenos Aires en la Argentina y Santos en el Brasil. Por último se presentó en Sydney (Australia) completando de este modo la vuelta al mundo.

En las estadísticas hechas el año 1910 respecto á los daños causados en dicho año por la peste, se leen los datos siguientes: en Europa se registraron 309 invasiones con 193 defunciones; en América 1208 con 574; en Oceanía 20 con 14; en Africa 1520 con 802 y en Asia más de 500.000 con 44.000. Como se ve, el año pasado causó la peste cerca de 50.000 víctimas, sin contar las muchas que seguramente habrá habido en sitios donde no se hacen estadísticas.

Según los datos recogidos por Koch en un viaje á

Africa parece ser que existe un foco endémico de peste en Kisiba (Uganda) situado en la proximidad de los grandes lagos.

El agente causal de la enfermedad es el cocobacilo de Yersin, bastoncillo muy corto de extremidades redondeadas, que se tiñe muy bien por los colores de anilina y que no toma el Gram. Le da un aspecto característico la existencia de una vacuola incolora en el centro. Es muy virulento para la rata, el ratón, el conejo, el conejillo de Indias y el mono. Muere á 55^{gs} en media hora y á 58^{gs} en algunos minutos; expuesto al sol parece en cuatro ó cinco horas y no resiste á la desecación más de siete á ocho días. En el suelo y en las condiciones de calor y humedad más favorables para su vida parece después de treinta días. Es, como se ve, un microbio de muy escasa resistencia y si persiste al través de los siglos es gracias á lo fácilmente que se desarrolla en el cuerpo de ciertos roedores que le sirven de morada é intermediario para sus terribles ataques á la especie humana. Los bacilos pestosos son vehiculados de las ratas y marmotas al hombre, por conducto de las pulgas que con sus picaduras inoculan la enfermedad. El virus puede penetrar por las heridas y erosiones y según la mayoría de los autores, también es absorbido por las mucosas sanas. Roux y Batzaroff han conseguido producir la enfermedad friccionando suavemente con cultivos del bacilo de Yersin, la boca, narices y conjuntivas de los animales que fueron atacados de la forma pneumónica, Valassapoulo (de Alejandría) no admite contagio por absorción ó por inhalación. Cree que la puerta de entrada del bacilo es siempre el sistema linfático, y que cuando la virulencia está muy exaltada aniquila las defensas de los

ganglios y por el conducto torácico pasa directamente á la vena cava superior y de allí al corazón derecho que le envía á la circulación pulmonar donde da lugar á las lesiones que caracterizan á la forma pneumónica. Caso de que en este territorio no se detengan los agentes infectantes, pasan á la circulación general determinando la forma septicémica.

El cocobacilo existe en gran abundancia en el tejido y pus de los bubones, en los esputos donde adquiere el carácter de un cultivo casi puro, y puede encontrarse también en la sangre, orina y heces fecales. Las lesiones que determina son violentas inflamaciones que pueden dar lugar á la supuración y necrosis de los tejidos cuando la duración de la enfermedad lo permite.

La mayor ó menor virulencia y cantidad de microorganismos entrados, así como también el grado de resistencia del organismo, dan lugar á las distintas formas clínicas en que la enfermedad se presenta y que pueden reducirse á tres principales, que son la bubónica, la pneumónica y la septicémica.

El período de incubación en todas ellas varía entre unas horas y cinco días.

En la forma bubónica suele haber signos prodrómicos consistentes en abatimiento, cefalea y pinchazos dolorosos en el sitio donde aparecerá el bubón. Después de unas horas se presentan escalofríos, la cefalalgia se hace muy intensa, el tronco y los miembros están doloridos, hay postración profunda, angustia, sed abrasadora, vómitos y diarrea. La inflamación bubónica produce violentísimos dolores. La piel se llena á veces de petequias, carbuncos pestosos análogos á quemaduras de aspecto gangrenoso, equimosis, que predominan en la cara, cuello y pecho; siendo estas últimas lesiones

las características de la llamada *peste negra*. La temperatura es de 39° á 40° y más; el pulso frecuente y blando; la respiración acelerada; la lengua roja por la punta y bordes, cubierta de una capa saburrosa con punteado rojizo en su parte media. La cara está congestionada, los ojos encendidos y lacrimosos, la expresión angustiosa. El enfermo puede estar excitado y con delirio violento ambulatorio y agresivo ó sumido en colapso soporoso. En un principio no se afecta más que un paquete ganglionar, pero no es raro que se presenten dos ó tres bubones. Los sitios en que con más frecuencia aparecen éstos son las ingles, axilas y cuello. La intensidad de los síntomas está en relación con la gravedad del caso. La mortalidad es de un 60 á un 80 por 100.

Es la forma más benigna, y se comprende por la barrera defensiva que ofrecen los ganglios linfáticos.

En la *forma pneumónica* (que es la que en la actualidad se observa en la Mandchuria) ó pneumonía pestosa, anatómicamente caracterizada por Childe (de Bombay) que descubrió el bacilo de Yerssin en los esputos, dominan los trastornos del aparato respiratorio desde el principio. Se inicia con escalofrío, cefalalgia intensa, vértigos y vómitos. El dolor de costado es más tardío que en la pulmonía pneumocócica pues no suele aparecer hasta el segundo día, cuando más pronto. Nunca se observa el herpes labial. Hay disnea intensa, cianosis, pulso muy blando y pequeño, astenia cardíaca rápida é intensa y tos frecuente y penosa. La expectoración puede ser serosa ligeramente rosada y espumosa ó viscosa y herrumbrosa; con frecuencia es claramente sanguínea como en el infarto pulmonar por embolia. En el final de la enfermedad puede volver á presentarse una expectoración espumosa rosada debida al edema preagónico. Hay

infarto doloroso del bazo. Los signos físicos suelen ser poco acentuados y análogos á los de la pneumonía gripal de uno ó varios focos. Las lesiones pulmonares no tienen localización predilecta. La pleura suele estar algo interesada. Los trastornos psíquicos son raros; los enfermos mueren por asfixia en pleno conocimiento. Es siempre mortal en tres á cinco ó seis días.

Esta pneumonía es siempre primitiva, pero pueden verse en las otras formas de peste, pneumonías secundarias, debidas á embolias metastásicas.

La *forma septicémica* ó fulminante es de evolución tan aguda que no da lugar ni tiempo á localizaciones. No se observan más que los signos generales de una septicemia de curso rapidísimo, que termina fatalmente por la muerte en un plazo que no pasa de cuarenta y ocho horas, pero que generalmente es mucho más corto. Los enfermos después de un período de excitación más ó menos violenta caen en un coma profundo del que ya no salen. De su boca suele salir un líquido rosado ó sanguinolento. Si llega su duración á dos días se suelen presentar hemorragias múltiples y entre ellas los signos cutáneos de la peste negra.

El diagnosticar los primeros casos de peste en una población es asunto de capital importancia, pues sólo al principio es cuando se puede combatir con éxito la epidemia y evitar su mortífera propagación. Para conseguir este resultado se debe, en todos los casos sospechosos, hacer análisis microscópico ó del jugo de los bubones en su principio ó de los esputos, según sea la forma en que la enfermedad se presenta. Además conviene hacer inoculaciones á conejillos de Indias con los mismos productos morbosos. Por estos medios á los que pueden añadirse los cultivos, se sale pronto de

dudas y se puede afirmar ó negar de una manera cierta la existencia de la temible enfermedad.

El tratamiento casi exclusivo, el que hasta ahora ha dado mejores resultados es el específico por el suero de animales inmunizados previamente. El suero que actualmente se emplea es obtenido por el procedimiento de Roux, que consiste en inocular en el sistema venoso de un caballo, primero una porción de cultivo de cocobacilo de Yersin muerto por calefacción á 60^{gs}, después la toxina del microbio y por último cultivo de cocobacilo vivo, que el animal tolera entonces perfectamente cuando se hace con las precauciones debidas. Se obtiene de este modo un suero muy activo. Este suero empleado al principio de la enfermedad por la vía subcutánea y mejor aún intravenosa y á grandes dosis (de 40 á 150 c. c.) reduce la mortalidad de la peste de forma bubónica á cifras que oscilan entre el 8 y el 20 por 100. En la forma pneumónica los resultados no son tan brillantes; sin embargo Zabolotny en una pequeña epidemia en Mongolia, empleando el suero muy al principio, consiguió salvar de la muerte á un 25 por 100 de sus enfermos. En la forma septicémica aguda nada se consigue.

Pero en los tiempos de epidemia tan importante ó más que tratar á los enfermos es inmunizar á los sanos. Este resultado se puede obtener por medio del suero; pero su acción profiláctica no dura más que unos quince días y por consiguiente habría que repetir demasiado á menudo las inyecciones, lo que no deja de tener sus inconvenientes por los fenómenos de anafilaxia que podrían presentarse. Así es que se pensó desde luego en acudir á medios más duraderos. Después de largas investigaciones experimentales Haffkine llegó á inocular al hombre con brillantes

resultados, la vacuna antipestosa preparada por él. Esta vacuna se obtiene mezclando un cultivo en gelosa del microbio Yersin con solución salina esterilizada y matando los microorganismos por calefacción á 60^{ss} durante tres cuartos de hora. Se hacen tres inyecciones de dos ó tres centímetros cúbicos cada una, separadas por plazos de cinco á siete días, obteniéndose de este modo una inmunidad de cuatro á seis meses, según su autor. Durante una epidemia será prudente repetir las inoculaciones cada tres meses. Los trastornos locales y generales que estas inyecciones producen reducen á una ligera tumefacción dolorosa en el sitio de la inoculación, infarto ganglionar moderado y ligera fiebre que no suele pasar de 38^{ss}. Todas estas molestias que se inician á las cinco horas de la inyección desaparecen en día y medio próximamente. Se considera que la inmunidad está definitivamente adquirida á los ocho ó diez días de la tercera inyección. Durante este período el individuo está en lo que se llama *período negativo de inmunización*, en el que el organismo es más sensible y por lo tanto más expuesto á la infección; cosa que conviene tener en cuenta para no quitar valor preventivo á las inoculaciones de vacuna por la circunstancia de ser atacados de peste algunos sujetos inoculados, en los días inmediatos á la inoculación.

Para evitar esta contingencia se recurre á la vacunación mixta ó suero-vacunación recomendada por Calmette y Salimbeni durante la epidemia de Oporto. Se principia por una inyección de suero de 10 á 20 c. c. y se esperan cinco días, plazo máximo del período de incubación de la peste. Si pasado este tiempo no se ha presentado ningún síntoma se inyecta la vacuna de Haffkine. La inmunidad del suero no dura más que quince días durante los cuales se evita el

período peligroso ó negativo de la vacuna y así ésta ha conferido ya la inmunidad cuando termina la del suero.

Se puede, pues, gracias al suero antipestoso tratar á los enfermos con alguna probabilidad de éxito y con las vacunaciones inmunizantes preservar á los individuos sanos del contagio; pero ni con uno ni con otras se sana un país contaminado ni se protege un país indemne.

El método más eficaz de profilaxia, el que todos los higienistas y médicos recomiendan como de principal garantía, es la destrucción sistemática y llevada á todo rigor posible de las ratas y ratones que son los primeros en sufrir la enfermedad y, como ya se ha dicho, los que por intermedio de las pulgas la propagan al hombre. Para conseguir este resultado se apelará á todos los medios conocidos, (alimentos envenenados, virus raticidas, ratoneras, etc.) constituyendo brigadas de individuos que se dediquen á este fin en almacenes, cuarteles, alcantarillas, etc. Los cadáveres de los roedores serán incinerados, procurando evitar todo lo posible el contacto con ellos. En los buques procedentes de puntos infestados se pueden extinguir con más facilidad las ratas asfixiándolas por medio de gases tóxicos, siendo uno de los más empleados el ácido sulfuroso.

Respecto á los viajeros basta con ejercer sobre ellos una vigilancia temporal, cuando proceden de zonas epidemiadas que disten menos de cinco ó seis días de viaje; pues pasado este tiempo sabido es que ya ha terminado el período máximo de incubación de la enfermedad, y por consiguiente, los individuos están ya libres de ella. Por otra parte en esta afección no hay portadores de bacilos que puedan propagarla estando ellos sanos, como sucede en el cólera, la fiebre tifoidea y la difteria.

Se prohibirá rigurosamente la entrada de ropas sucias, muebles, tapices y objetos de uso doméstico que deben ser ó quemados ó, si su valor no lo permite, cuidadosamente desinfectados.

En cuanto á las mercancías está muy extendida la opinión de que son poco temibles fundándose en lo poco que el microbio de Yersin resista á la desecación. Esta idea inspiradora de un criterio de excesiva tolerancia en la admisión de géneros importados, es altamente peligrosa para la salud pública y sobre ella conviene llamar la atención de las autoridades sanitarias. Las cuidadosas y pacientes investigaciones de Rauybaud y Gauthier han demostrado que el *ceratophyllus fasciatus*, una de las especies de pulgas que con más frecuencia habitan sobre las ratas de los países fríos y templados, es susceptible de sobrevivir durante los inviernos muy rigurosos, en una especie de sueño invernal, es decir sin tomar alimento y fuera de todas las condiciones de parasitismo, por espacio de cuarenta á cuarenta y cinco días durante los cuales conserva vivo en su intestino al cocobacilo. Cuando la temperatura del ambiente es más benéfica el animal recobra sus condiciones de parásito y puede inocular la peste al hombre ó á la rata. Compréndese por esto lo fácilmente que la enfermedad puede ser transportada á larga distancia, por pulgas en sueño invernal alojadas entre los fardos de mercaderías, en las ranuras de las cajas, etc. Conviene tener en cuenta esta circunstancia para tomar medidas oportunas y rigurosas con las mercancías transportadas en pleno invierno, sobre todo por ferrocarril y por caravanas.

Cuando en cualquier localidad se presente algún caso sospechoso ó confirmado, se procederá con el mayor rigor al aislamiento verdad del enfermo y personas á él allegadas y

se desinfectarán, después de terminada la enfermedad, las habitaciones, muebles y efectos de la casa, quemándose las ropas y objetos de poco valor.

Poniendo en práctica estas medidas, se ha combatido y extinguido la peste en poco tiempo en todas las poblaciones civilizadas donde ha hecho su aparición en estos últimos años. Confíemos, pues, en las poderosas defensas sanitarias que poseemos contra este terrible azote y permanezcamos tranquilos y seguros, pero vigilantes.

Citaré para terminar estos párrafos del artículo de Salimbeni: «Por el hecho de no haber sido reconocida y combatida á tiempo en las Indias como en la Mandchuria, ha podido renovar la peste sus tristes hazañas de la edad media y del siglo XVIII, en tanto que todas las veces que ha intentado invadir á Europa y demás países que poseen una organización sanitaria bien entendida y vigilante ha sido muy pronto dominada.

La opinión pública se ha conmovido extraordinariamente de la extrema gravedad y rapidez con que se ha extendido la peste en muy poco tiempo en la Mandchuria; se ha llegado, con ayuda de los alarmistas, hasta creer en un retorno ofensivo de la peste, en el sentido de las grandes epidemias que asolaron antiguamente á Europa. Estos temores son, en mi opinión, no sólo exagerados, sino absolutamente injustificados».

CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA

DENOMINADO

RAQUI-ESTRIGNO-ESTOVAINIZACIÓN DE JONNESCO

POR EL

DR. VICENTE SAGARRA

Ex-rector de la Universidad y Catedrático de Operaciones de la Facultad
de Medicina de Valladolid.

El problema de la anestesia quirúrgica siempre será nuevo y de interés mientras no se halle un agente ó un procedimiento de administración que, por su reconocida inocuidad y eficacia, satisfaga todas las exigencias requeridas para la supresión del dolor en las operaciones. Hasta que ese día llegue, siempre habrá motivos de dudas para la elección. Y no es extraño que esto ocurra, porque la experiencia ha demostrado que el poder anestésico de un agente cualquiera, que goce de esta cualidad, suele hallarse, por desgracia, en razón inversa de su inocuidad ó tolerancia, sobre todo en operaciones largas ó de relativa duración; y en cuanto á su aplicación, muchas veces é independientemente de sus propiedades, está impedida por las dificultades de la técnica, como ocurre con el cloroformo y el éter en muchas operaciones de la boca y de las fauces.

Por eso, desde la aparición de la ya larga série de anestésicos que se cuentan y de la inmensa variedad de procedi-

mientos de administración que en el transcurso de los años se han ido sucediendo en la práctica quirúrgica, cada cirujano ha preferido aquel anestésico ó aquel procedimiento que más le ha satisfecho por su inocuidad y por su facilidad de aplicación, y lo ha seguido utilizando hasta el día en que el primer accidente mortal sobrevenido, ó la insuficiente acción anestésica observada le han hecho desistir de su empleo para buscar en otro lo que no consiguió encontrar en los ensayados hasta entonces.

Esto explica el número y diversidad de procedimientos de anestesia empleados en la actualidad y las proposiciones que en las Academias y en la prensa científica se ven todos los días, para divulgar métodos nuevos y más perfectos que, muchas veces, sólo sus propagandistas utilizan.

Pero, á pesar de todo, hasta el presente ningún anestésico ha conseguido entronizarse y desbancar á los demás en el sentido de tener una aceptación universal.

El mismo cloroformo y el éter, el somnoformo y el cloruro de etilo en inhalación empleados y que son los que reúnen el mayor número de sufragios en todos los países para la generalidad de las operaciones, se han llegado á abandonar en muchas clínicas por cirujanos distinguidos, para reemplazarlos, unas veces por la anestesia local, adoptada casi como método exclusivo por Reclus en Francia y por Scleich en Alemania, y otras por las anestésias raquídeas, las cuales, aunque en cierto modo sean una modalidad ó derivación de la cuestión local, constituye un método aparte bastante diferenciado de la última, sobre todo en el procedimiento de Jonnesco, de Bucharest, de *raqui-anestesia general*, tan discutido por Bier y Rhen, y que es el que principalmente me propongo estudiar en este artículo.

Este procedimiento, preconizado por Jonnesco en el II. Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía de Bruselas celebrado en 1908, como todos los que se han propuesto para atenuar ó suprimir los peligros que acompañan á toda anestesia, no tiene otro objeto que el de aminorar los que se observan en la inyección intrarraquídea de otros compuestos anestésicos más peligrosos y aun de la misma estovaina empleada sola, cuyos efectos tóxicos parecen atenuarse en gran modo, combinándole con el sulfato de estri-
c-nina, el cual es un verdadero antídoto por ejercer una acción tónica ostensible sobre el corazón contrarrestando así los efectos hipotensivos de la estovaina.

La asociación de estas dos sustancias disueltas en agua esterilizada en proporciones distintas, según la altura ó región del conducto raquídeo donde se inyectan, constituye hoy un procedimiento que ha despertado de un modo extraordinario la curiosidad de muchos cirujanos, sobre todo desde que el Dr. Alexandre Fzaïcou, jefe de la 2.^a Clínica Quirúrgica del Profesor Juvara de Jassy (Rumania) publicó en el número 2.^o de la *Presse Medicale de Paris*, correspondiente al 11 de febrero último, la historia de una operación de hernia inguinal que se practicó á sí mismo sin dolor, con una inyección previa de estovaina y estri-
c-nina que un compañero suyo le aplicó en el espacio sub-aracnoideo de la región lumbar, conteniendo siete centigramos de estovaina, un milígramo de sulfato de estri-
c-nina y medio centímetro cúbico de agua.

Esta curiosísima historia, á la que acompañan varios fotograbados representando los tiempos principales del acto, escrita por el mismo interesado con el sugestivo epígrafe de *Auto-observación de una auto-operación de hernia bajo la*

raqui-estricno-estovainización, me produjo tal efecto al ver la fe con que este joven cirujano se sometió á la inyección raquídea y la habilidad con que llegó á realizar en sí mismo dicha operación, que, á pesar de la desconfianza con que siempre miré la raqui-anestesia con motivo de los resultados poco satisfactorios que había yo obtenido con la cocaína algunos años antes en una docena de enfermos, me decidí á ensayar este nuevo método en mi Clínica de la Facultad de Medicina, no sin haber dado cuenta á mis alumnos de tan original observación leyéndoles los párrafos más salientes de aquel artículo.

En él, su autor, comienza por exponer la lucha que tuvo con sus compañeros del Hospital para que le dejaran realizar su proyecto, calificado de temerario por todos, y muy especialmente por su maestro Juvara. Después, con una sinceridad y una nobleza de alma que le honran, confiesa que aunque reconoce en la anestesia local mayor número de garantías que en ningún otro método, se decide por la raqui-estricno-estovainización; en primer lugar porque la anestesia local exige una técnica difícil y una gran experiencia por tanto, y en segundo porque la raquídea, aparte de su inocuidad probada en más de 500 casos del profesor Juvara, la anestesia no dejó nada que desear, siendo la técnica sencilla. En contraposición á esto, recuerda con temor para rechazarlas la anestesia clorofórmica con una relación de $\frac{1}{3,000}$ de mortalidad imprevista que produce, según la última estadística, á pesar de todas las precauciones que se tomen, y la inyección raquídea de estovaína pura con 40 casos nefastos, los que promete describir en un trabajo próximo.

Ocúpase luego de la preparación del material de anestesia; de la asepsia de la región lumbar; del sitio de la punción,

que por habérsela hecho baja exigió en el comienzo de la operación en la ingle el complemento de la anestesia local con estovaína; de la punción con la aguja y de las sensaciones experimentadas al penetrar este instrumento; de la cantidad del líquido cefalo-raquídeo que dejaron evacuar (25 gotas); de la inyección del líquido anestésico; de los fenómenos que experimentó al producirse la anestesia; de la técnica que empleó y de las sensaciones percibidas en los diferentes tiempos de la operación; de los fenómenos post-anestésicos; de los resultados favorables de la operación; y en fin, de las conclusiones que le sugirió la auto-observación del procedimiento de anestesia utilizado.

Este es el índice ó resumen de las ideas expuestas por Mr. Fzaïcou en la *Presse Médicale de Paris*.

En cuanto á los detalles no puedo menos de copiarlos en sus rasgos principales, para que sirvan de introducción y puedan ser comparados á los casos que, desde el día 22 de febrero último, he operado en mi Clínica y que expondré después con la mayor suma de detalles posible.

Material de anestesia preparado por Fzaïcou.—Dos jeringuillas de un centímetro cúbico de capacidad y agujas de platino iridiado, destinadas, unas á la inyección intrarraquídea y otras á la anestesia local con la estovaína para el caso de ser insuficiente la primera. Siguiendo todas las reglas de la asepsia, pesó en una balanza de precisión la dosis de 7 centígramos de estovaína y 0,10 centígramos de sulfato neutro de estricnina.

Esterilizó al autoclave dos balones de cristal con agua común; uno conteniendo 100 gramos para disolver los 0,10 centígramos de sulfato de estricnina; el otro con 50 gramos

para preparar la solución de estovaína á 0,50 por 100 para la anestesia local, caso de necesitarla.

Para combatir los accidentes que pudieran sobrevenir durante la anestesia ó la operación, dispuso: un aparato de inyecciones de suero artificial y dos litros de éste al 7 por 100; y éter, cafeína y aceite alcanforado.

Además, y por si las funciones del bulbo llegaran á afectarse bajo la acción de la estovaína, una solución de estri-
c-nina á 0,10 por 100, para inyección hipodérmica ó intrarra-
quídea.

Mientras Fzaïcou ponía en orden los instrumentos, el profesor Juvara tomó del balón que contenía 100 centímetros cúbicos de agua, 50, es decir la mitad, y en ella disolvió los 0,10 centígramos de estri-
c-nina, resultando de este modo una solución á 0,20 por 100, de la que aspiró con la jeringuilla medio centímetro cúbico. Este medio centímetro cúbico se vertió en un tubo de cristal que contenía 7 centígramos de estovaína. Una vez disuelta la estovaína, el líquido fué aspirado con la jeringa y ésta resultó por tanto cargada con 7 centígramos de estovaína, un milígramo de estri-
c-nina y medio centímetro cúbico de agua.

Inyección sub-aracnoidea de este líquido.—Hecha la esterilización con éter y alcohol en el sitio de la punción se completó la asepsia con una embrocación de tintura de iodo y se introdujo la aguja, no entre la 11.^a y 12.^a vértebra dorsales como se había convenido, sino en la región lumbar (1). Sintió el dolor de la punción en la piel, luego una sensación más bien desagradable que dolorosa cuando la aguja atravesaba los tejidos fibrosos profundos, y, por último, un dolor más

(1) No se consigna á que altura de dicha región.

sordo que el experimentado en la piel cuando la aguja perforó la dura madre. En este momento se dejaron correr 25 gotas del líquido cefalo-raquídeo sin que el Sr. Fzaïcou notara ninguna influencia.

La inyección se hizo luego adaptando al pabellón de la aguja el cuerpo de bomba de la jeringa; se invirtió más de un minuto, como Jonnesco aconseja y, al terminarla, se sacó la aguja bruscamente sin experimentar dolor por éste. La posición adoptada por la punción fué la de sentado sobre el borde de la mesa operatoria, con el cuerpo doblado hacia adelante y los codos apoyados sobre las rodillas.

Fenómenos de la anestesia.—Así que se hubo terminado la inyección, el Dr. Fzaïcou hizo rotar su cuerpo 90 grados sobre la misma mesa donde se había sentado y, manteniéndose en esta misma posición con la espalda apoyada en el respaldo y las piernas péndulas, se puso á observar sus sensaciones dispuesto á comenzar la operación en cuanto se produjera la anestesia.

Transcurrido un minuto empezó á sentir un cosquilleo agradable, que desde la pelvis se extendía por las extremidades hasta la planta de los pies, sensación que compara á la que se experimenta después de una gran fatiga en los músculos relajados, descansando en posición horizontal. A los tres minutos, hormigueo en los miembros inferiores y sensación de calor en los pies, especialmente en la planta. Insensible y lentamente el adormecimiento se apodera de los miembros inferiores en sentido descendente; conforme esta sensación se acentuaba, el calor de los pies se convirtió en impresión de frescura. Al probar la potencia contráctil del esfínter anal, así como la de los músculos bulbo cavernosos, pudo observar que la motilidad comenzaba á desaparecer.

Un minuto más tarde, es decir, cuatro después de la inyección, su periné estaba anestesiado; en los músculos inferiores los movimientos eran más pesados y el adormecimiento cada vez mayor, acentuándose de abajo á arriba y completándose en los muslos y la pelvis. Este adormecimiento le comparaba él á la sensación que se experimenta cuando, un dedo ó un pie se duermen con la diferencia de que no era doloroso ni con las presiones. A medida que este entumecimiento aumentaba la insensibilidad se hacía mayor, y cuando notaba que el adormecimiento adquiría su máximo, la anestesia completa le reemplazaba insensiblemente. A los cinco minutos la motilidad había desaparecido completamente en los miembros inferiores; los testículos estaban todavía sensibles á la presión; la piel de la región inguinal todavía conservaba la sensibilidad y los músculos abdominales y el cremaster sus movimientos; en el pubis y parte interna de las regiones inguinales la sensibilidad estaba disminuída. La fosa ilíaca y casi toda la región hipogástrica todavía conservaban intacta su sensibilidad, cosa que le inquietó al ver que la anestesia no subía al sitio de la operación. Mientras que en los miembros inferiores y en el periné, completamente anestesiados, se hubiera podido practicar cualquier operación como sobre un pedazo de madera, en la región inguinal hubiese sido imposible comenzar la incisión.

Convencido de la importancia del cambio de posición, para que el anestésico se extendiese por el canal raquídeo, hizo dar á la mesa una posición declive y se acostó, no sin que uno de los ayudantes le tuviese la cabeza levantada en flexión sobre el pecho hasta tocar con la barba el esternón. Este cambio de posición no le provocó ninguna sensación desagradable. Notó en los lomos, en la región dorsal del tórax y

en la nuca una agradable sensación de cosquilleo. En esta posición estuvo dos minutos. Durante este tiempo ya comenzaba la anestesia á interesar la región de la ingle.

A los nueve minutos notó al mismo tiempo que cierta congestión del rostro una agradable sensación de bienestar, de animación y de confianza en sí mismo. Los movimientos respiratorios eran amplios y profundos; en fin, estaba contento y dispuesto á vencer cualquiera dificultad que pudiera surgir en su operación.

A los diez minutos los miembros inferiores y el periné estaban completamente anestesiados y paralizados, la pelvis pesada como el plomo y casi paralizada en sus movimientos. El escroto se hallaba también paralizado, los testes, elevados por contracción involuntaria de los músculos cremásteres se hallaban á nivel de los orificios superficiales de los conductos inguinales y estaban completamente insensibles. La anestesia comenzaba á interesar cada vez más las regiones inguinales y, sin embargo, la insensibilidad de la fosa ilíaca no era todavía suficiente para permitirle comenzar la operación. Esta idea la corroboró el hecho de experimentar una sensación de quemadura cuando con alcohol y éter le lavaron dicha región. En vista de esto, y sabiendo que la anestesia podía hacerse esperar veinte minutos después de la inyección raquídea, Fzaïcou se decidió á esperar un poco. Durante este lapso de tiempo pudo observar que todo movimiento brusco le provocaba vértigos y se hacían más penosos al inclinar el cuerpo hacia adelante; tenía, pues, que apoyarse en el respaldo.

A los 18 minutos, aunque la anestesia había aumentado, todavía no era posible comenzar la operación, á causa del dolor que sentía al ensayar la incisión.

El profesor Juvara le aconsejó entonces que lo dejase para el día siguiente, pero él insistió en operarse aquel día mismo, para lo cual suplicó á uno de los asistentes le hiciese una segunda inyección raquídea, pero más alta, entre las 11.^a y 12.^a vértebras dorsales, pues la que le habían hecho era demasiado baja; pidió con insistencia que, si no en el raquis, le anestesiaran con estovaína la región inguinal, y tampoco fué complacido. Entonces, obligado á hacérsela á sí mismo, tomó la solución de estovaína preparada al 0,50 por 100, cuatro centímetros cúbicos, y con esta cantidad se hizo la anestesia local en la parte todavía sensible de la ingle, mediante cuatro inyecciones, con lo que ya pudo comenzar la operación.

La operación y la anestesia durante el acto.—Comenzó por la incisión de la piel, hecha en la extensión de 12 centímetros á lo largo del canal inguinal, que fué algo sentida en la extremidad superior; luego la fascia superficial y los vasos subcutáneos abdominales, que seccionó entre dos pinzas; y después, con el índice, desgarró la capa celular que cubre la aponeurosis del oblicuo mayor, poniéndola así bien al descubierto con sus dos pilares.

Hecho esto, cortó con el bisturí la aponeurosis del oblicuo mayor á todo lo largo de la herida, fijó los colgajos aponeuróticos con pinzas, y con el dedo los desprendió hacia arriba y hacia abajo poniendo al descubierto el oblicuo menor y el arco crural.

Con el índice de la mano izquierda, encorbado en forma de gancho, desprendió del pubis el cordón espermático y el saco herniario y, bajo estos órganos, pasó una compresa de gasa. El desprendimiento del cordón en la parte alta de la pared posterior del canal inguinal fué doloroso, lo que le

obligó á ir con lentitud y cuidado. Con algunos cortes de bisturí á lo largo de las fibras musculares del cremaster y del tejido celular del cordón, en combinación con los dedos y propulsando con fuerza el contenido del saco herniario, puso al descubierto éste y le cogió entre dos pinzas.

Hizo la disección del saco con los dedos y, con algunos cortes de bisturí, separó las venas espermáticas. Esta disección la hizo sin abrir el saco, con objeto de no introducir el dedo en la cavidad peritoneal. La transparencia del saco permitió ver que su contenido era el epíploon.

Disecado el saco hasta el orificio inguinal profundo, lo cogió entre dos pinzas, lo ligó con hilo de catgut, cortó la porción periférica del saco, así como los cabos del hilo, y el muñón de aquél lo redujo á la cavidad abdominal.

Para la separación de las paredes del conducto apeló al procedimiento de Bassini. El momento más difícil fué el de la reconstitución de la pared posterior, es decir, la sutura de los músculos pequeño oblicuo y transverso al arco crural por detrás del cordón. La dificultad consistía en que para esta sutura profunda necesitaba esforzarse para inclinar el cuerpo hacia adelante y ver bien, á lo que se agregaba el dolor que sentía al separar el cordón para poder pasar la aguja por debajo. A consecuencia de este esfuerzo de flexión del tronco, el epíploon se hernió en la herida por haber soltado el hilo que ligaba el muñón del saco.

Para reducirlo al interior del abdomen apeló al ingenioso procedimiento de la aspiración, provocada por una inspiración profunda. Enseguida, con el índice de la mano izquierda introducido en el abdomen y ayudado con unas pinzas, manejadas con la mano derecha, cogió todo alrededor de los bordes del orificio peritoneal, tiró hacia á fuera y rehizo un

pedículo que esta vez ligó con hilo de lino, para que no se desprendiese.

Terminado este incidente, reconstituyó la pared posterior del canal con dos gruesos hilos de lino, que reunieron el pequeño oblicuo y transverso al arco crural.

Para terminar colocó en su sitio el cordón, suturó por encima de él la aponeurosis del oblicuo mayor y después la piel.

La anestesia desapareció cuando la operación tocaba á su fin; así que la sutura de la piel fué un poco sentida.

A la hora justa de haber comenzado la operación se aplicó la cura y el enfermo fué transportado á su cama. En aquel momento la sensibilidad se había restablecido por completo.

Esta operación tuvo lugar el 23 de septiembre de 1909 en el Sanatorio de Santa María de Jassy. Estaban presentes el Profesor Mr. Juvara, los Sres. Apotecke, Septilici-Andries y sus colegas de Facultad los Srs. Nubert y Eugenio Raut.

Fenómenos post-anestésicos y operatorios.—Durante una hora se sintió bien y tranquilo. Después comenzó á sentir dolores en la herida, pareciéndole la cura demasiado apretada. Todo su cuerpo fué invadido por una sensación de calor más acentuada en los lomos y abdomen. En aquel momento la temperatura era de 37° 7, el pulso de 97 al minuto y la respiración de 24.

Al día siguiente la temperatura era de 37° 7, el pulso de 97 al minuto y la respiración de 24 en el mismo espacio de tiempo.

Al día siguiente la temperatura era de 37° 7, el pulso de 80 y la respiración de 16. El tercer día 36° 6 de temperatura, 72 pulsaciones y 16 respiraciones.

La hipertermia, después de la anestesia, que, como se vió, llegó á 37° 7, comenzó una hora después de la operación y se sostuvo ocho horas; después comenzó á disminuir gradualmente hasta bajar á 36° 6 el segundo día.

En los días que siguieron á la operación experimentó insomnio y excitación, dolores en el epigastrio, en las paredes costales, en la cabeza y en las regiones glúteas, y además constipación en los cuatro primeros días.

El insomnio y el dolor epigástrico, que le duraron dos ó tres días, fueron los más molestos; el dolor torácico no le hizo sufrir demasiado; el glúteo era mayor, se parecía al que procede á la formación de un flemón y duró unos días.

La cefalalgia, que no fué intensa, comenzó al quinto día se localizó en las regiones frontal y temporal é iba acompañada de dolores en los globos oculares. No duró más que dos días.

La astricción de vientre se sostuvo durante los cuatro primeros días y se combatió con el aceite de ricino.

Resultados operatorios.—No pudieron ser más benignos, tanto que la cicatrización se verificó por primera intención.

Conclusiones que el Dr. Fzaïcou establece con motivo de esta anestesia y de su operación:

1.ª El dolor producido por la punción raquídea es mayor que el de una simple inyección hipodérmica, pero es menos desagradable que las sensaciones que experimentan la mayor parte de los enfermos al comienzo de la cloroformización.

2.ª La anestesia se ha producido con sensaciones agradables y ha desaparecido insensiblemente.

3.ª La ligera excitación del principio y los vértigos que experimenté al ejecutar movimientos bruscos, prueban que el líquido anestésico se había difundido hacia los hemis-

ferios cerebrales. Mis facultades intelectuales quedaron absolutamente intactas y la conciencia perfecta. La prueba evidente es que me fué posible realizar una auto-operación delicada.

4.^a La técnica del método anestésico y la posición del enfermo después de la inyección son los factores esenciales de los cuales depende el grado y la intensidad de la anestesia.

5.^a La anestesia tiende á permanecer segmentaria. En mi caso, toda la región superior del cuerpo comprendida desde las espinas ilíacas superiores-anteriores quedó sin anestesiar y los movimientos, incluso de las manos, en completa integridad funcional.

6.^a He probado la eficacia del método con el hecho de haber podido hacerme yo sólo toda la operación. La anestesia, en efecto, me ha permitido cortar en mis propias carnes como si fueran de otro.

7.^a La inocuidad absoluta de la raqui-estricno-estovainización está probado también porque durante toda la anestesia (salvo los vértigos provocados por todo movimiento brusco) ningún incidente ni fenómeno desagradable se llegaron á producir á pesar de operarme á mí mismo, de permanecer sentado todo el tiempo y ejecutar toda clase de movimientos para tomar los instrumentos colocados sobre la mesa próxima, lavarme las manos ensangrentadas, y ejecutar todos los tiempos de la operación.

8.^a El contraste entre la ausencia de un incidente cualquiera durante la operación y la aparición de los accidentes pasajeros post-operatorios se explica por la manera de ejecutar la operación: la posición elevada y los movimientos ejecutados durante la operación si no han influido para producir

accidentes inmediatos, por lo menos han dado origen á accidentes secundarios.

9.^a El reposo durante la operación, y cuatro días después por lo menos, es necesario y lo exige el siguiente principio de patología general: «El reposo es el mejor antiflogístico». Y esto es muy lógico, porque los accidentes secundarios son debidos á la inflamación aséptica de las meninges, producida por las sustancias inyectadas, y, en consecuencia, á las variaciones de tensión en el líquido cefalo-raquídeo; así pues, para que esta irritación é inflamación se atenuen, en el mayor grado posible, es preciso guardar reposo en un plano horizontal.

10.^a El enfermo debe tomar, cuando las circunstancias lo permitan, un purgante antes de la raqui-anestesia para evitar los efectos de la reabsorción de las entero-toxinas en los casos de una paresia intestinal post-anestésica.

11.^a *Un método anestésico tan eficaz é inocente que permite á cualquiera solo operarse una hernia con éxito y sin consecuencias desagradables, podrá estar sujeto á todas las modificaciones y perfeccionamientos posibles, pero no desaparecerá del dominio de la cirugía, mientras no haya otros métodos de anestesia que los actuales y mientras la imaginación humana no haya concebido otro método más maravilloso todavía.*

NUESTROS CASOS DE RAQUI-ESTRÍCNO-ESTOVAINIZACIÓN

La historia que se acaba de transcribir es sin género alguno de duda la más original é instructiva que puede concebirse, no sólo por lo excepcional del hecho de encontrar un hombre del entusiasmo y de la pericia del Doctor Fzaïcou que ha tenido la serenidad y la destreza de auto-operarse en una región tan poco accesible como el conducto inguinal haciéndose la operación radical de la hernia, sino también por lo que instruye un relato semejante, pues nadie mejor que un médico puede exponer con más fidelidad las sensaciones interiores y los fenómenos subjetivos que se experimentan durante una anestesia y una operación ejecutada bajo su influencia.

Por ésto, al exponer ahora los casos que yo he operado en mi Clínica de la Facultad de Medicina de Valladolid, me parece que hago una obra útil porque la historia precedente puede servir de modelo y de comparación á las observaciones mías, resultando éstas más aprovechables para la enseñanza de todos.

He aquí mis casos y mis ensayos hechos en presencia de los alumnos del curso:

OBSERVACIÓN 1.^a

Osteitis del dedo de un pie. Amputación metatarso-falángica por el procedimiento de Ravaton en T invertida. Raqui-estricno-estovainización baja.

Este primer caso es notabilísimo por tratarse de un sujeto bastante inteligente y además porque habiéndosele practicado un año antes en mi Clínica otra amputación en el dedo gordo del

otro pie, bajo la influencia de la anestesia clorofórmica, se encontraba en condiciones á propósito para traducir sus impresiones al juzgar por sí mismo los fenómenos de uno y otro método de anestesia.

El enfermo es un sujeto de 36 años de edad, natural de Palencia, de oficio guarda-freno de los Ferrocarriles del Norte, de temperamento nervioso linfático, algo pálido, pero no enfermizo. La lesión que motivó su ingreso era una osteitis supurada de la segunda falange del dedo medio del pie izquierdo, con producción de un trayecto en la cara dorsal de dicha falange. Su origen es probable sea trófico por haberse iniciado á consecuencia de la inflamación de un callo, consecutiva á maniobras de excisión hechas por el mismo enfermo cuatro meses antes y con historia muy parecida á la que desarrolló hacía año y medio en el dedo gordo amputado en el otro pie, en cuyo dedo hubo también callosidad y maniobras poco prudentes de excisión.

La amputación del dedo se imponía porque había dolores y tumefacción que impedían al enfermo dedicarse á su profesión de guarda-freno y por otra parte el mismo paciente la deseaba, así que fué decidida para el día 21 de marzo, es decir, diez días después de publicarse en la *Presse Médicale* la historia del Doctor Fzaïcou.

Preparación del material de anestesia.—En un recipiente que contenía 50 centímetros cúbicos de agua común esterilizada, como Fzaïcou indica, se disolvieron 0,10 centigramos de sulfato neutro de estriocina para que resultara su título en la proporción de 2 mgrs. por centímetro cúbico. En un pequeño frasco de cristal sometido al calor de un baño de maría se esterilizaron 7 centigramos de estovaina, y cuando pasado el tiempo necesario se consideró suficientemente esterilizada se tomó con una jeringa medio centímetro cúbico de la solución de estriocina y se vertió en el frasco que contenía los 7 centigramos de estovaina, los cuales se disolvieron fácilmente, resultando así una solución aséptica compuesta de 7 centigramos de estovaina, 1 milígramo de estriocina y medio centímetro cúbico de agua. Esta solución fué preparada momentos antes de la operación y conservada en el frasquito, el cual se tapó con un tapón de cristal esmerilado.

La operación.—Se practicó el día 21 de febrero á las diez y cuarto de la mañana.

Se sentó el enfermo en el borde izquierdo de la mesa operatoria, con las piernas péndulas y el tronco y la cabeza inclinados en

flexión hacia adelante. Yo me coloqué detrás, sentado en un taburete, y la región dorso-lumbar se asepsizó con un lavatorio de alcohol, seguido de una embrocación con tintura de iodo. La impresión de frío de estos cuerpos, sobre todo del alcohol, produjo en el enfermo algunos estremecimientos que le obligaron á erguir el cuerpo y á moverse. Esto me hizo temer que al introducir la aguja la intranquilidad aumentara y no pudiera hacerla sin algún contratiempo.

No ocurrió así por fortuna. Conté las vértebras de abajo á arriba, partiendo de la 4.^a y al llegar á la apófisis espinosa de la 1.^a señalé con la uña, entre ésta y la inmediata superior, á igual distancia de ambas, un punto y en éste clavé la aguja perpendicularmente á la superficie de la piel, y con presiones continuas y proporcionales en intensidad á la resistencia de los tejidos la conduje poco á poco hasta que la salida del líquido cefalo-raquídeo me indicó su llegada al espacio sub-aracnoideo. La aguja era de bisel largo. El enfermo experimentó poco dolor al atravesar la piel y casi ninguno en las partes profundas. Se dejaron salir 28 gotas y, enchufando á la aguja el cuerpo de bomba de la jeringuilla, se inyectó su contenido con lentitud, invirtiendo un minuto. Extraída la aguja se aplicó al sitio herido un trocito de algodón con un poco de colodión.

Al minuto de la inyección el enfermo siente un hormigueo, que, acompañado de ligero temblor, invade la extremidad inferior izquierda. Nota al mismo tiempo sensación de frío en la cadera del mismo lado.

A los dos minutos hay palidez del semblante y el adormecimiento de la extremidad izquierda es sustituido por una completa anestesia comprobada con un alfiler. Los movimientos están abolidos hasta el extremo de ser imposible levantar la pierna. A poco, estos mismos fenómenos se observan en la pierna derecha, aunque menos acentuados, sobre todo la paresia.

A los cuatro minutos, y á pesar de permanecer el enfermo sentado, la anestesia se extiende al tronco, alcanzando la altura de las fosas supra espinosas por detrás y las clavículas por delante, con la particularidad de comenzar primero en el lado izquierdo. El pulso late 80 veces por minuto y se observa un grado bastante notable de hipotensión arterial.

A los cinco minutos la palidez del semblante se acentúa y se presentan vómitos, los cuales cesan á poco de colocar al enfermo en decúbito lateral derecho.

A los seis minutos la anestesia es igual en todo el tronco y las extremidades. El balano y prepucio pueden pellizcarse con pinzas sin que el enfermo se dé cuenta de nada. La anestesia llega hasta la cara. Hay 82 pulsaciones, la hipotensión arterial continúa, persiste la palidez del semblante. El enfermo, sin embargo, no nota ninguna sensación desagradable, preocúpale únicamente la pesadez de su cuerpo y la impotencia muscular de sus miembros inferiores, más acentuada en el izquierdo. Los movimientos de los superiores se conservan íntegros.

A los ocho minutos, vista la anestesia perfecta obtenida, procedí á la desarticulación metatarso falángica del dedo. Comencé por la incisión circular de la piel en la base por delante de los pliegues interdigitales, seguí con la incisión dorsal, levanté los colgajos triangulares resultantes y, puesta la articulación al descubierto y accesible, corté los tendones extensores, los ligamentos laterales, el plantar ó glenoideo y los flexores.

¡Cosa chocante! La operación se hizo casi en seco como si se hubiera aplicado el aparato de la ísquemia. No hubo, por consiguiente, necesidad de hacer ninguna ligadura. Se aplicaron puntos que se apretaron en la herida dorsal, y flojos ó de sutura tardía ó secundaria en la porción trasversal de la herida.

Durante la operación, que el enfermo presencia tranquilamente fumándose un cigarro, conversa alegremente con los alumnos y al mirar hacia su pie y observar los efectos de los cortes de bisturí dirigiéndose á nosotros exclama: «Señores, no siento absolutamente nada, como si cortaran en otro».

Cuando terminé la operación, que duró 13 minutos, los miembros inferiores continuaban inmóviles, en completa relajación, cayendo inertes después de levantarlos, como en el período último de una anestesia clorofórmica. La anestesia cutánea era tan perfecta que el enfermo no se daba cuenta del contacto de una cerilla encendida. Esto ocurría á los veintiún minutos de la inyección.

A los veintidos minutos la anestesia va desapareciendo en las partes elevadas, como las mejillas, el cuello y parte superior del tronco. Esta reintegración funcional se verifica más pronto en el lado derecho, al revés de lo que ocurría al producirse la anestesia.

A los treinta y cinco minutos la anestesia y la relajación muscular todavía persisten en los dos tercios del tronco.

A los cuarenta y dos minutos el contacto de la cerilla encendida no lo percibe en las regiones epigástrica y umbilical. Sigue la hipotensión arterial. Pulsaciones ochenta y ocho.

A los cuarenta y seis minutos sigue la anestesia en la pelvis y los miembros inferiores, así como la relajación muscular. Sin embargo, con la pierna derecha puede ejecutar ya algún movimiento.

A los cuarenta y nueve minutos mueve un poco la pierna izquierda. La anestesia continúa en ambas extremidades inferiores. Continúa la palidez del semblante y la hipotensión.

A los cincuenta y dos minutos se sienta el enfermo sobre la mesa, notando la falta de fuerzas en las piernas.

A los cincuenta y ocho la sensibilidad se restablece en la parte superior del muslo derecho; en el izquierdo todavía persiste la anestesia. La movilidad continúa amortiguada.

A los sesenta y cinco la anestesia va desapareciendo hasta los maléolos.

A los sesenta se establece la sensibilidad y el movimiento en todas las regiones.

Observación.—El mismo día que se le operó, se le presentaron á las cinco de la tarde, dolores agudos en la extremidad operada que no le dejaron descansar en toda la noche, aunque á beneficio del bromuro y la aspirina cedieran á la una de la mañana. Temperatura 39° y 80 pulsaciones.

Al día siguiente, á las nueve, tenía 37° 6' de temperatura y por la tarde 37° 8' y 90 pulsaciones. No sentía dolores en ningún sitio, ni aun en el dedo amputado. También hubo insomnio esta noche.

Los días sucesivos la temperatura y el pulso se normalizaron, lo mismo ocurrió con el sueño.

A las cuarenta y ocho horas se renovó la cura y se apretaron los puntos que se habían dejado flojos en previsión de sepsis ó hemorragia. A pesar de todo la herida supuró y esto hizo que la cicatrización no se obtuviera hasta el día 24 de marzo, en el que se le dió de alta. En este día aún se observaba algo de edema quirúrgico en el pie.

(Se continuará).

CONCEPTO A TENER, CONDUCTA A SEGUIR

Y MEDIOS A EMPLEAR

EN EL TRATAMIENTO DE LOCOS AL COMIENZO DE SU TRASTORNO MENTAL

POR

RAMIRO VALDIVIESO

Médico Director del Manicomio provincial.

(Continuación).

Las reglas prácticas por las que se ha de dirigir el examen psico-patológico, conforme la opinión morselliana, son:

1.^a El examen debe versar sobre todos los aspectos y sobre todas las manifestaciones de la vida psíquica del alienado; esto es, ser completo, pues ninguno de los fenómenos por los cuales se revela ó puede revelarse exteriormente el estado mental ha de pasar inadvertido, en cuanto que cualquier síntoma de insignificante apariencia puede por sí solo dar una idea exacta lo mismo de la personalidad del enfermo, como de la índole é intensidad de la enfermedad, habida consideración del principio que la individualidad psíquica se fundamente en tenues particularidades de la inteligencia, del sentimiento y de la conducta.

2.^a El examen debe tender á provocar por parte del alienado todas aquellas manifestaciones por las cuales puede revelarse el estado morbozo y que espontáneamente no se

ofrecerían á la atención del médico: esto es, ser en una primera fase pasivo, para hacerse en una segunda fase activo, pues el limitarse al simple papel de observador y el contentarse con la recogida de las palabras, gestos y actos quedaría la sagacidad investigadora al mismo nivel que la del médico que no utilizara los métodos activos de examen físico.

3.^a El examen debe tender á caracterizar la individualidad morbosa del alienado, cual en verdad es ella, sin la preocupación de hallar reproducido un determinado tipo nosográfico; esto es, ser sincero, para lo que, sin dejar de apreciar los síntomas genéricos, se tendrán en mejor cuenta los específicos, pues sólo con los primeros se haría la idea del maniaco, del melancólico, etc., con la abstracción ó generalización del nosógrafo.

4.^a El examen debe dirigirse á descubrir la naturaleza é intensidad de los fenómenos morbosos, de las condiciones causales de dichos fenómenos y de sus próximas relaciones: esto es, ser inductivo, pues el abuso, de generalizarlo todo conduce al error de confusión de los hechos particulares.

Y con estas reglas como norma de investigación, expon-dremos brevemente los más expresivos datos de semeiótica sintética y referentes *al aspecto exterior, al lenguaje y á la conducta del alienado.*

El continente del loco, que es la manera de presentarse el individuo según la posición automática del cuerpo y según la acción espontánea de conjunto del sistema muscular puede reducirse á los tipos siguientes:

1.^o TIPO NORMAL.—En el momento del examen el individuo en su expresión se comporta como persona sana; el porte, la mímica, la fisonomía y el lenguaje no ofrecen alteraciones sensibles; es aseado en el vestir y sus actos todos aparecen

regulados por motivos iguales á los que guían la conducta de los demás hombres; y es así como pueden presentarse los afectos de paranoia persecutoria é inventoria, los perseguidos querellantes, los epilépticos é histéricos en los períodos interaccesionales; los periódicos y cíclicos en estado lucido; muchos dementes incompletos; los paranóicos rudimentarios fuera de los momentos de ansiedad; los imbéciles superiores y los melancólicos sin delirio con hipobulia consciente.

Este tipo normal puede ser de comprobación periódica ó aparente y en tales casos el examen psíquico para ser completo y no equivocado el juicio que de él resulta se hará en momentos distintos, recurriendo á otros procedimientos investigatorios, y si la normalidad del tipo es disimulada, el médico acudirá á la astucia para descubrir los desórdenes mentales que á menudo son ocultados con indecible firmeza y constancia.

2.º TIPO HIPERACTIVO.—Los gestos del loco revelan rapidez insólita de las funciones de inervación; las reacciones á los estímulos sensoriales, como á las ideas y á los sentimientos ofrecen energía superior á la normal, manifestándose con movimientos desordenados y á veces violentos, mantienen por tiempo breve y con grande inestabilidad la posición de reposo, por disminución ó abolición del sentimiento de fatiga. La ropa que cubre el cuerpo y los objetos que rodean al loco llevan la huella de la incuria, del desorden y de la violencia; la fisonomía es móvil, la voz fuerte, las actitudes vivas, el lenguaje abundoso y deshilvanado, encontrándose disminuído el poder inhibitorio, no sólo sobre los movimientos expresivos si que sobre los pensamientos. Bajo este aspecto se presentan multitud de formas psicopáticas: la manía grave con furor; la demencia agitada; la impulsiva manía epiléptica; la melancolía

ansiosa cuando dominan emociones é ideas terroríficas; la paranoia persecutoria y soberbia en los episodios de agitación; la frenosis sensorial (amencia alucinatoria); la parálisis general en estado congestivo de la periencefalitis; las locuras periódicas y cíclicas en período de exaltación; el histerismo en fase pasional; la locura de la duda con ideas incoercibles de tormento; el alcoholismo y morfínismo en sus distintas agudizaciones; y en los idiotas é imbéciles denominados por Schüle eretísmicos.

El tipo hiperactivo le subdivide Morselli en: *exaltado* cuando la vivacidad y rapidez de las reacciones motoras es efecto de entonación sentimental elevada, de una disposición alegre del ánimo, con agudeza mayor de las percepciones, aceleración de todos los procesos psíquicos, conciencia exagerada de la propia energía, y no sólo son percibidas las impresiones externas de modo placentero, si que las imágenes é ideas espontáneas son de naturaleza agradable y de contenido afectivo simpático, cual ocurre en forma más genuina en la manía simple, en la locura paralítica expansiva y en la paranoia exaltada inventoria: *provocador é impulsivo*, cuando el tono sentimental llega á la hiperalgesia; en la esfera de las emociones predominan la cólera y la impaciencia que conducen al enfermo á actos instantáneos destructores; la reacción motora es siempre violenta y aun teniendo los caracteres del reflejo psíquico, pierde toda proporción con la naturaleza é intensidad de los estímulos; cual ocurre en los maniacos con furor, en los paralíticos agitados, en el delirio epiléptico alucinatorio é impulsivo, en el melancólico que de improviso reacciona desesperado á su acerbo dolor ó á su terrorífica fantasmagoría, en el paranóico angustiado por las voces amenazadoras de imaginarios perseguidores ó irritado por las oposiciones que

encuentra en la satisfacción de su pretensivo orgullo, en el alcohólico aterrado por visiones espantosas, en el morfínmano y cocainómano en la abstinencia rápida, y en el demente, idiota é imbécil en los períodos de impulsiva agitación: el *atáxico ó caótico* en el que la multiplicidad y violencia de los estímulos internos es tal que no sólo carecen de toda relación asociativa, si que la personalidad se desintegra por completo en sus más insignificantes elementos, que son los reflejos, y éstos se efectúan sin participación de la conciencia, ó al menos sin que el enfermo sea capaz de dirigir con intención sus movimientos, por lo que los actos son incoherentes, convulsivos, los músculos de la expresión en contracción clónica incesante y la palabra es confusa, reducida muchas veces á sonidos inarticulados ó á una monótona vociferación; cual sucede en las formas degenerativas de exaltación maniaca, en los delirios histéricos y epilépticos de tinte demoníaco, en el *delirium tremens* del alcohólico, en la hebefrenia, á veces también en ciertos casos de locura catatónica, puerperal, de demencia senil y sobre todo en el delirio agudo de forma maniaca; y el *angustioso*, reflejo de los estados psicopáticos con ansiedad precordial y penosísimo sentimiento de incertidumbre ó de terror, de expresión más típica que la de los procedentes estados, por lo que el loco, dominado como por un dolor psíquico hiperagudo ó por un miedo indefinible revela tremenda desesperación; su inquietud motora es incoercible, va y viene sin descanso, emitiendo gritos y lamentos semisalvajes, furioso contra lo que le circunda, contra sí mismo, contra los que á él se acercan para confortarle y consolarle; á su conciencia no llega ninguna percepción real sino transformada en excitación dolorosa, siendo las acciones motoras como solo medio de descarga de la excesiva tensión del alma;

cual ocurre en los parosismos designados con el nombre de *raptus*, que se presentan en la epilepsia, en el alcoholismo, en algunas demencias seniles de carácter hipocondriaco melancólico, en la melancolía con delirio de perdición y de remordimientos, en algunas formas de psicastenia é histerismo y particularmente en la llamada locura transitoria, que según Venturi es de origen alcohólico-epiléptico (*epilepsia potatorum*).

3.º TIPO PASIVO.—La expresión de los estados internos se efectúa con reacciones motoras poco vivas; la conciencia se concentra en aguda y continuada introspección, que la hace más ó menos indiferente á las impresiones externas, que son ó percibidas con sentimiento desagradable ó con tensión dolorosa no rehuída mediante movimientos excéntricos de reacción. La fisonomía, la mímica, el lenguaje, la conducta, son los expresivos de la resignación, del abandono, y en las actitudes del cuerpo se revela una especie de cansancio que puede llegar á la más grande postración. Pertenecen á este grupo los delirios hipocondriacos graves, la locura involutiva, y todas las formas psicopáticas por extenuación.

4.º TIPO INEXPRESIVO.—El aspecto del alienado se caracteriza por la escasez y deficiencia de movimientos anímicos; hay falta de reacción no sólo á los estímulos externos, sí que principalmente á los internos, pues los primeros no llegan á pasar los umbrales de la conciencia y los segundos se hallan disminuídos por debilitación del tono emocional y privación de número y energías ideo-motoras. La fisonomía y la mímica están reducidas á las más simples manifestaciones reflejas, ó se encuentran en condición monótona y se llega á la falta completa de todos los actos voluntarios de expresión; hay tendencia á la resolución muscular ó á ciertas actitudes

estereotípicas que sorprenden por los extrañas, por lo constantes y por su ninguna relación con determinados pensamientos y sentimientos, ó á movimientos automáticos de forma rítmica de repetición constantemente igual; el lenguaje oral puede llegar á la más completa aprasia (mutismo) y el mímico á la inmovilidad (amimia). Los locos á este tipo pertenecientes son los afectados de amencia estúpida (demencia aguda), de melancolía atónica, de estados estuporosos transitorios en la parálisis general, demencias orgánicas y tóxicas de la hebefrenia, de la amencia confusional alucinatoria, y los subsiguientes á los accesos histéricos y epilépticos, y los estados terminales de debilidad general de las fuerzas psíquicas que se presentan lenta y progresivamente, por lo común en los viejos (demencia senil profunda) y en los dementes vesánicos (demencia secundaria apática).

El estado de la conciencia y la posibilidad, ó no, de reintegración de la personalidad permiten una subdivisión puramente sintomatológica de este tipo en dos variedades: la una *atónita ó estúpida*, en la que la conciencia está más ó menos oscurecida, mas no del todo abolida y puede haber reintegración de la personalidad, siendo el estado psicopático agudo y curable, y es esta la condición característica del estupor primitivo anergético (amencia estúpida, demencia aguda); otras veces hay estrechamiento de la conciencia, con monótonas y escasas representaciones y donde no penetran más que estímulos determinados, por lo común de origen interno (alucinaciones é ideas fijas ofensivas ó terro-ríficas) siendo efecto inmediato de la disminución del campo aperceptivo la parálisis del poder volitivo, y es esta la condición de muchos melancólicos, que se diferencian de los anteriores en que el exterior, silencioso de toda actividad

reaccional, no es acompañado de discontinuidad del trabajo interior mental, por lo que los melancólicos conservan recuerdos sumarios, que pueden evocar al ser curados; la otra, *atónica ó apática*, en la que hay pérdida de los más elevados elementos psíquicos y, reducida la vida del organismo al cumplimiento de las funciones vegetativas, la personalidad camina á la disolución, por lo que la expresión falta de todo rasgo representativo y sentimental; cual ocurre en los grados avanzadísimos de demencia terminal ú orgánica y en el idiotismo grave en los que la apatía es completa, el alma, como dice Schüle, yace en calma sepulcral y el individuo vive como tronco inerte al que hay que suministrar todo, hasta el alimento.

5.º TIPO ESTÁTICO.—Resulta de la combinación en algunas psicopatías con estados morbosos del sistema muscular, los que por su índole espástica dan al alienado una actitud constante, rígida hiperkinética. La expresión emotiva es ora agradable, ora dolorosa, ora indiferente; en la mímica, en el lenguaje, en la fisonomía y en la conducta se mantienen por largo tiempo posturas ó manifestaciones variadas; varios grupos musculares son afectados de contracción tónica, sin que el enfermo muestre preferencia por determinadas posiciones; los estímulos externos son insuficientes á movilizar al enfermo y su conciencia no acepta otras excitaciones que las derivadas de las ideas y de las emociones que surgen espontáneamente. En este tipo hay las siguientes variedades: la *catatónica*, caracterizada por una exageración de la actividad motora que se manifiesta con espasmo tónico de algunos grupos musculares que da al cuerpo del que la padece una postura estereotípica especial (catatonismo), que acompañándose de convulsiones, tetania, movimientos automáticos,

expresiones verbigerantes, entonación sentimental deficiente, excitación y depresión alternas y fenómenos demenciales constituye la llamada locura catatónica de Kraepelin, si bien la catatonía se presenta en la hebefrenia, en la locura masturbatoria, en los períodos estuporosos de la locura cíclica y, episódicamente, en las frenopatías orgánicas y tóxicas (forma estúpida de parálisis general y pródromos del *delirium tremens* especialmente): la *cataléptica*, que es caracterizada por la pérdida de la contractilidad voluntaria muscular con capacidad de recibir y conservar los más variados grados de contracción, con flexibilidad cérea de todo el sistema muscular, por lo que en todo, ó en parte, el cuerpo del enfermo permanece inmóvil en las posiciones que espontáneamente adopta ó de modo pasivo se le obliga á tener; y en este subtipo hay que distinguir el estado cataléptico verdadero en el que el loco, semejante á un sujeto hipnotizado no es capaz por algún tiempo de reordenar voluntariamente á los miembros la anterior posición que tuvieron ó cambiar la pasivamente adoptada, conforme á la voluntad ó capricho del experimentador, no tornando á su puesto sino por efecto de la gravedad, y que acompañada de abulia, de anestesia y oscurecimiento de conciencia se observa en la locura histérica, en las formas graves y profundas de amencia estúpida y raras veces en la melancolía estúpida; y el estado cataleptoide (pseudo-catalepsia) en el que al fenómeno de la flexibilidad muscular no es extraña la conciencia del enfermo ni hay completa insensibilidad, y aunque aquél mantiene los miembros en determinada posición es capaz de moverlos y ordenándosele cumplimenta con mayor ó menor lentitud la acción pedida, cual se presenta frecuentísimamente en aquellos casos en los que la energía volitiva sólo está debilitada,

como en la melancolía atónita, en los accesos sobreagudos de los paranóicos alucinados religiosos y en los casos leves de estupor; y la *extásica* en la que el tono sentimental está exaltado y existen ilusiones, alucinaciones é ideas delirantes de índole religiosa ó sexual agradables, por las que la expresión es la de alegría con fisonomía, mímica y palabras que indican superabundancia del placer, con incierto poder perceptivo é insensibilidad de los estímulos externos, cual ocurre en las histéricas en las fases pasionales, en el catatónico donde asume un tinte trágico-patético, en el paranóico en los episodios alucinatorios megálicos, en los delirantes místicos en sus trasportes eróticos hacia la Divinidad ó en sus imaginarias luchas con las tentaciones, pudiendo también comprobarse actitudes extásicas en los equivalentes psíquicos epilépticos de carácter religioso expansivo, en la fase maniaca de la locura circular y en los episodios alucinatorios del alcoholismo y morfinismo.

En los vestidos y compostura ornamental de los locos encuéntranse indicios de gran valor semiológico. El desorden del vestir es típico, patognomónico casi en la manía con furor; las ropas del maniaco, dice Morselli, están arrugadas, llenas de desgarrones, deshilachadas en los bordes, con los forros descosidos, con grandes manchas de grasa, sin botones, á veces sin mangas ni solapas; el chaleco y la camisa abiertos dejando el pecho al aire; los pantalones ó faldas caídos arrastrando por el suelo sucios de barro y toda clase de porquerías; los pelos desgrefñados, llenos de polvo y con frecuencia humedecidos con todo género de líquidos indican que por largo tiempo no fueron objeto de ningún cuidado. En la melancolía, más que verdadero desorden, sobresale á menudo, el olvido de los detalles de elegancia y limpieza;

por motivo de su estado de pesadumbre y de hipobulia, el enfermo se hace indiferente á cuanto antes constituía uno de sus diarios cuidados; muchos melancólicos, invitados á vestirse bien y á estar limpios dicen «que ya no son dignos de ello». El lipemaniaco atónito y el estúpido, cuyas partes del cuerpo están inmóviles y rígidas y que no son capaces de movimientos intencionados y coordinados, tienen que ser vestidos por las personas que les rodean; se presentan con las ropas mal adaptadas al cuerpo, las mangas apenas metidas y con los pantalones sin ataduras, de modo que algunos con movimiento automático de las manos tratan de sostenerlos á las caderas. El idiota y el demente apático llevan sus ropas de modo torpe, sin emplear ningún medio de sujeción, con las medias caídas, sin calzado ó andando rastreando con las suelas rotas y mostrándose como fatigados bajo las ropas que por otra parte se encuentran cubiertas de todo género de inmundicias. Cuando hay sialorrea, como no raramente sucede en el idiotismo, en el estupor y en la demencia, la saliva que constantemente fluye de la boca del loco, le baña con grandes manchas el pecho, vientre y rodillas sin que de ello se dé por entendido. Otros se complacen en escupirse sobre el traje y ensuciarle con orinas, con el moco nasal, con el menstrual flujo, y éste es signo empírico no despreciable de la naturaleza degenerativa de la psicosis (formas cíclicas, histéricas, hebefrénicas, etc., etc.)

«El consumo que ciertos alienados hacen de su indumentaria es increíble y produce grandes gastos á las familias; en ello se asemejan á los niños caprichosos y tercos que destruyen y tiran sus vestidos en un momento. Pero la incuria no basta: á veces el loco tiene verdadero odio á todo género de vestimenta y rasga todo cuanto sobre él se ponga. El maniaco

el melancólico ansioso, el demente agitado, el paralítico en acceso, el imbecil, muy frecuentemente se les vé cubiertos apenas de andrajos ó completamente en cueros, si no se combatiere esta su tendencia destructora con oportunos medios coercitivos..... esta tendencia de los locos á la desnudez, además de indicar profunda anestesia térmica por lo que se hacen insensibles á los rigores de la intemperie, tiene también un significado atávico, porque depende de la pérdida del sentimiento del pudor, que á causa de larga educación moral se ha hecho instintivo en las razas elevadas».

Muy al contrario de estos locos desordenados y sucios en el vestir ocurre en otros, cuya pulcritud es extremada, coqueta por decirlo así, y los que cubren sus ropas con varios ornamentos, indicadores de una excesiva vanidad, cuando no les dan carácter emblemático, que en forma simbólica representan elevadas ideas y sentimientos de metabolismo megalómano.

Los erotómanos son el tipo de los primeros, los paranóicos en fase de delirio de grandeza son el tipo de los segundos.

De importancia es también tener en consideración, aunque sólo constituyan signos empíricos de diagnóstico, aquellos objetos usuales que con predilección emplean los locos y que siempre que pueden llevan consigo. Un pedazo de cristal, un clavo, un pedazo de madera puntiagudo, cuidadosamente guardado entre las ropas deben hacer pensar en disimulados impulsos suicida y homicida (melancolía, locura histérica y epiléptica y degeneración moral); como una estampa de santos, un rosario, etc., hará pensar en ideas religiosas (melancolía con delirio místico, paranoía religiosa); y unas iniciales groseramente bordadas en la gorra, solapas ó bocamangas, ó un informe montón de papeles envuelto en trapos y

cuidadosamente sujeto por cordones índice serán que quienes les ostentan ó les guardan son maniacos, ó paranóicos grafómanos ó dementes crónicos con delirios residuales de persecución ó de grandezas. Especial atención merece el coleccionismo, acto de recoger objetos del todo inútiles con los que llenan los bolsillos, el cual acto muestra es desde luego de la naturaleza degenerativa de la locura y por lo común prueba es de incurabilidad, pues ello significa ó una lesión permanente del proceso perceptivo (ilusiones) ó una debilidad de la inteligencia (error de raciocinio); como el instinto incoercible de apropiación de cuanto al alcance de las manos se encuentra (cleptomanía) síntoma es frecuente en las histéricas, en la locura de las embarazadas, en los paralíticos y en algunos epilépticos.

Bucknill hace notar muy justamente que en la estancia en que reside el loco encuéntranse pequeños datos capaces de despertar la atención del médico, y de poder diagnosticar la forma genérica de perturbación mental. Allí donde los objetos estén fuera de lugar, desordenados y rotos se presumirá la presencia de un enfermo en estado de agitación y de impulsos destructores (maniacos); donde se encuentren numerosas imágenes sagradas con velas encendidas, se adivinará un melancólico con ideas religiosas y muchas veces un epiléptico; la decoración vistosa de las paredes, hablarán en favor de un delirio de grandezas; la puerta apuntalada, las ventanas cerradas y la resistencia del enfermo á dejar entrar en su habitación constituyen datos para diagnosticar un delirio de persecución en episodio alucinatorio ó una melancolía en obstinado negativismo; y si el enfermo se encuentra encamado se verán en las almohadas, sábanas y mantas rasgos característicos del desorden del maniaco, del inconsciente

descuido del estúpido ó del demente, ó de la suciedad del paralítico.

En la posición general del cuerpo hállanse también signos preciosos de diagnóstico.

En la de pie asimétrica (distasia) el enfermo poco enérgico ó rehuendo acciones musculares se apoya de preferencia sobre una pierna, en semiflexión hacia adelante la cabeza y tronco y con las rodillas dobladas como los que padecen estados de estupor y apatía; ó permanece en actitud estatuaria con el cuello extendido, derecho el tronco, los brazos en aducción y flexión estática y las piernas rígidas, como en los catatónicos y en ciertos episodios de éxtasis de los paranóicos religiosos y de los histéricos; ó yergue el tronco, altos los hombros, dilatado el pecho, con los brazos en jarras y las piernas firmemente apoyadas sobre los pies separados expresando orgullo y soberbia, como en los megalomaniacos; ó la dificultad de mantener la estación vertical é irresolución de cambiar de sitio, como en los aterrados; ó la imposibilidad de adoptar la verticalidad (astasia) bien por resolución muscular como en los negativistas é hipocondriacos, bien por parálisis psíquica por olvido (astasia amnésica de Blocq) como en los histéricos, estuporosos postepilépticos é intoxicados morfinicos.

La posición de estar sentado es la preferida por todos aquellos locos que se encuentran en estado de depresión y de aniquilamiento mental, habiendo algunos que permanecen sentados todo un día, no importa en qué lugar, insensibles al frío y al calor, sin moverse ni aun para el cumplimiento de las más perentorias necesidades; habiendo otros que atormentados por alucinaciones de vario origen, rehuyen todo contacto y toda relación humana, buscando los sitios más arrin-

conados y oscuros, ó se cubren la cabeza con las ropas y con la cabeza gacha y tapándose los oídos con las manos apoyan el mentón sobre las rodillas fuertemente dobladas, ó por pérdida del sentido de posición están por muchas horas en cucullas, ó con las extremidades en las más raras posturas, que continuadas por mucho tiempo llegan á producir contracturas perennes y anquilosis irremediables. La preferencia de posición tal por los locos es índice de paso de período agudo al crónico y la estabilidad de ella signo es de incurabilidad.

La posición horizontal, digamos espontánea, obsérvase en las formas mentales que por lesión orgánica ó accidentes neuróticos graves llegan á suspender las funciones cerebrales ó á transformar el individuo por inconsciencia en ser peligroso para sí y para los demás, como en los accesionales apopléticos y convulsionarios por demencias orgánicas, por epilepsia é histerismo y en los hiperdelirantes tóxicos y estuporosos hiperagudos. En el encamamiento forzado (clintoterapia) obsérvase en los deprimidos la predilección por ahorrar todo movimiento activo, permaneciendo como yacentes; en los alucinados á ocultar la cabeza bajo las almohadas ó á cubrísela con las sábanas; en los dementes é idiotas y estúpidos graves las actitudes en flexión con el cuerpo embardurnado por todo género de deyecciones; en los afectos de exaltación y de ansiedad haciendo esfuerzos para arrojar del lecho, destrozando con las manos y dientes cuantas prendas cubren su cuerpo y siempre descompuestos ya lanzan gritos y clamores y quejas, ó del todo impúdicos cumplen sus necesidades á la vista de todos, ó hacen gala y ostentación de los genitales.

El modo de andar de los locos ofrece variedades muy interesantes y características. La marcha del maniaco es

franca, ligera, ostentosa, de paso fuerte, con movimientos rápidos y vivos de expresión; anda á saltos y en variadas direcciones cuando la excitación aumenta, y en las exaltaciones maniacas, hebefrénicas, demenciales y ciclótóricas degenerativas el andar se trasforma en carrera desordenada, á cada momento rectificada por el impulso y la finalidad y cumplimentada sin consideración al obstáculo y al riesgo. El melancólico, por el contrario, camina con esfuerzo y titubeando, con breves y lentos pasos, rastreando los pies, el tronco inclinado hacia adelante y con los brazos cruzados al pecho ó péndulos en abandono completo. La deambulación del estúpido y del catatónico en fase depresiva es espástica, como de fantasma, en extensión tan graduada, cabeza, tronco, brazos y piernas que parecen sin doblez articular, y el paso se hace continuo, ininterrumpido, en recta dirección y acompasado. El epiléptico en semiestupidez preconvulsiva y los días que siguen al estupor postconvulsivo ó postdelirante anda con ligero titubeo, con paso más breve del normal, con los pies más separados en busca de más amplia base y no pudiendo seguir la línea recta hay tendencia á la lateralidad izquierda. La abasia parética, coréica y trepidante, síndrome vesánico efectivo, según Séglas, no sólo se observa en el histérico y psicasténico, si que es frecuente en las amencias, lo mismo en la estúpida que en la confusional alucinatoria y en las melancolías graves. El andar del perseguido es pausado, circunspecto, desconfiado; el del megalómano majestuoso, de grave y acompasado paso; y el del demente é idiota, desgarrado, con el cuerpo inclinado y apoyándose sobre toda la planta ó el borde externo del pie.

(Se continuará).

ACADEMIAS Y CONGRESOS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALLADOLID

Sesión de 2 de abril de 1911.

El nuevo Académico Dr. D. Isidoro de la Villa, se ocupa en el discurso que leyó en el acto de su ingreso en dicha Academia, de un tema de tanta importancia como actualidad. Notable por todos los conceptos, el trabajo de nuestro querido amigo y compañero, demuestra los profundos conocimientos que el joven catedrático de Ginecología posee, y el acierto de la Academia al acoger en su seno á uno de los catedráticos de más brillante historia y sólida cultura; el cual, como elocuentemente decía el Dr. Sierra en su discurso de contestación, *«ha demostrado desde los primeros pasos en la Ciencia, la afición y la constancia con la que muy pronto conquistó posición y nombre»*. En la imposibilidad de publicar íntegro el importante discurso del Dr. Villa, haré de él un extracto lo más detallado y fiel que me sea posible. Perdone mi querido amigo que la reducción no sea fiel reflejo del original.

Algunas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer uterino.

Comienza el Dr. Villa su notable trabajo haciendo resaltar como uno de los problemas de la Ginecología moderna el carcinoma del útero.

«Atrae este al ginecólogo, dice, por el enigma etiológico que encierra, por las dificultades del diagnóstico en algún período, por

la multiplicidad de métodos empleados en su tratamiento y por un motivo de humanidad y de compasión para aquellas pobres enfermas que terminan sus días dolientes y esqueléticas, vegetando en las camas de las clínicas como protesta muda del fracaso y de la inutilidad de nuestros recurso terapéuticos.

.....

Y no es la falta de trabajo por parte de clínicos é investigadores lo que dificulta la terapéutica. Es que el enemigo es formidable. La célula cancerosa, es por sus propiedades biológicas, el más temido de los agentes morbosos. En las infecciones bacterianas, el enemigo no es de la propia carne, de los propios tejidos. La defensa orgánica es más eficaz. Los desagües amplios, los antisépticos, el estímulo de la inmunidad natural, limitan la infección y la curan la mayoría de las veces. En el carcinoma, el enemigo, es una célula. Hasta ahora no ha podido demostrarse nada más seguro. La célula se multiplica, rompe las leyes á que obedecen los elementos orgánicos y comienza á engendrar individuos celulares con un poder de renovación sin freno y capaces de destrozar y disolver cuanto se les opone, y barreras epiteliales, hendiduras, vasos y ganglios linfáticos, vasos sanguíneos, todas las vías orgánicas y todos los tejidos, son camino para la invasión y elementos para destrozar. Tiene la invasión por las bacterias más de ocupación extranjera. Hay en cambio en el carcinoma, mucho de revolución celular con credo anarquizante que destroza y disuelve los mismos elementos orgánicos hasta acabar con la sociedad celular y perecer con el organismo.

.....

En el cáncer del útero, aún se multiplican las dificultades. Un carcinoma de piel, se diagnostica; aun los de órganos como el estómago, el hígado, la laringe, muestran pronto una alteración funcional que despierta la atención del enfermo y del médico. No así en el útero, donde la delincuente célula cancerosa encuentra complicidad en las múltiples causas de metrorragias y encubrimiento en el pudor de nuestras enfermas.

Estas dificultades de diagnóstico y la obligación que corresponde á los médicos de vencer la resistencia de las enfermedades á la exploración, hacen del carcinoma del útero un tema de actualidad constante. Necesita el problema, si ha de resolverse, del esfuerzo de todos. De la enferma, víctima inconsciente de su propia incuria; del médico encargado de vencer resistencias y pudores que han de pagarse con la vida; del especialista experto en el

diagnóstico precoz y hábil en la terapéutica quirúrgica; de todos en fin, para la facilidad de la estadística, la investigación de las causas y el cuidado de las enfermas. Sólo así, por esta asociación de colaboradores conscientes se podrá circunscribir el campo de acción de la célula cancerosa y acabar con el proceso apenas comenzado, impidiendo la sucesiva reproducción del elemento microscópico que contesta á nuestros esfuerzos con su constante kariokinesis».

Hace después un breve pero completo estudio histórico de los medios de tratamiento empleados en la lucha contra el cáncer uterino, desde las amputaciones parciales de cuello, hechas por Marschall (1783) y Osiander (1801), hasta el vaciamiento pelviano de Jonnesco y de Wertheim, en nuestros días.

No puedo resistir la tentación de copiar íntegros algunos párrafos del capítulo que dedica al examen comparativo de la histerec-tomía vaginal y abdominal.

«Al mismo tiempo que Riess, Rumpf y Wertheim perfeccionaban el método abdominal, Schuchardt extendía las aplicaciones del vaginal. En dos principios se basaban los trabajos de este autor. En la menor mortalidad de la histerec-tomía vaginal y en la tardía invasión de los ganglios, que una vez enfermos, no es posible extirpar por completo.

Las intervenciones vaginales extensas realizadas ya por Schuchardt en 1893, encontraron favorable acogida en Schauta que se dedicó al perfeccionamiento y á la defensa de la vía vaginal con tal habilidad y tan buena fortuna, que ha conseguido sostenerla con brillo hasta el momento actual.

Impulsaban á Schauta por este camino, la facilidad con que se infectan las carcinomatosas laparatomizadas y la poca importancia de las recidivas ganglionares, unida á la escasa eficacia de la extirpación ganglionar.

La vía abdominal resulta aséptica en un fibroma, en un quiste ovárico, á veces en una anexitis, pero es sumamente peligrosa en los carcinomas porque la vagina, los parametrios y las vías ganglionares y linfáticas contienen casi constantemente gérmenes que aumentan la mortalidad. La vía vaginal que respeta la gran cavidad y no llega tan alto en sus manipulaciones, resulta más limpia y más segura.

Respecto á la amplitud de la intervención, el Profesor de Viena concede importancia decisiva á la extirpación de los parametrios que realiza por la vía vaginal, pero no admite el relieve que los

abdominalistas achacan á los ganglios como factores de una reproducción.

Sobre tales fundamentos ha construído su procedimiento de histerectomía vaginal amplia».

Describe admirablemente el procedimiento de Schauta para la histerectomía vaginal y dice á continuación.

«No se puede negar que la operación es uno de los triunfos más sorprendentes de la vía vaginal. Los preparados de úteros extirpados que mostró Schauta en el Congreso de Budapest, admiraban por lo completo de la ablación de los parametrios. El profesor no volvía á Viena, pero tuve ocasión de ver realizar la histerectomía á uno de sus ayudantes y me convencí de la posibilidad de la intervención; pero también de la habilidad y de la precisión necesarias para el cumplimiento de tiempos como la separación de los uréteres, la ligadura de las uterinas, la sección de los parametrios y como la misma disección del colgajo vaginal cuando el útero está inmóvil y la infiltración es un poco extensa.

Por mi parte recuerdo haber intentado en mi primero ó segundo curso de Clínica ginecológica una histerectomía vaginal en un cáncer de cuello, al parecer no muy extenso y las dificultades del desprendimiento vaginal y la hemorragia me obligaron á interrumpir la operación suturando y taponando la herida. No perdí la enferma, pero desde entonces recelo siempre de la vía vaginal que no he vuelto á ensayar.

La operabilidad está fijada para Schauta por el grado de participación de las vías urinarias, no por la imposibilidad técnica, sino porque el pronóstico de la cicatriz *per primam* se agrava y con ello el pronóstico de la intervención.

La infiltración parametral no da idea clara de la extensión del carcinoma. Con frecuencia es inflamatoria y los que al principio parecen parametrios engrosados é inabordables, pueden separarse después hasta la pared lateral de la pelvis. En cambio, la necesidad de reseca vejiga y uréteres aumenta mucho la gravedad.

Mucho se fió en un principio del examen cistoscópico para fijar las indicaciones; pero ni el edema, ni la asimetría del triángulo, ni los demás datos valorables, son signos positivos de intervención ó de abstención. Fromme y Hannes, el mismo Scheid, han demostrado la frecuencia con que son atacables casos con lesiones cistoscópicas evidentes y no se pueden terminar otros en que no se advierten notables trastornos».

Basándose en el cuadro presentado por Schauta en el Congreso de Budapest, habla de la eficacia relativa de ambos procedimientos. «Resulta, dice, sumamente curiosa la observación del cuadro. Se advierte primero, que la cifra de las heridas de vías urinarias no es más elevada por vía vaginal, pues Mackenrodt y Scheib-Franqué, los dos abdominalistas, presentan en la estadística más heridas que Schauta y Staude, que operan por vía vaginal.

La operabilidad resulta superior, sobre todo por parte de Staude, que alcanza 72,3, la mayor operabilidad. La mortalidad es un poco superior en los procedimientos abdominales, sobre todo, comparados con la de Schauta, que no pasa de 10,7 %.

Se advierte, en cambio, que la supervivencia á los cinco años, es de 58,6 para Wertheim, mientras no pasa de 41,5 en los métodos vaginales, pero en cambio la operabilidad un poco más alta y la menor mortalidad postoperatoria, dan como resultado, que la curación absoluta sea un poco más baja, 11 % para Wertheim, mientras alcanza el 13,4 para Schauta y hasta 23 en los casos de Staude.

Las estadísticas españolas dan para la histerectomía vaginal, de 51 casos, 5 muertos (Dr. Fargas). De 74, 8 muertos (Dr. Gutiérrez) y un 8,5 % de mortalidad en las últimas estadísticas del Dr. Recasens.

De los 74 casos del Conde de San Diego, viven sin reproducción 10; de ellos, 5 más de 10 años, 2 más de 5 años y 3 de seis meses á 3 años y medio.

De los 54 primeros casos del Dr. Recasens, perduran 4 curados 10 años y de los últimos 47, hay 5 curaciones entre 4 y un año.

De histerectomía abdominal, tiene el Conde de San Diego 17 casos (procedimiento de Wertheim), con 6 supervivencias; de ellas 3 de más de 5 años.

El Dr. Recasens en la última serie de 18 operadas (Wertheim), tiene 4 curadas hace un año y 7 casos más recientes, sin reproducción.

Bien se ve, sin embargo, que los procedimientos se equivalen y no se excluyen; hay en ellos el esfuerzo sostenido de los cirujanos, para salvar á las cancerosas, y Wertheim y los suyos, por vía abdominal, y Schauta y Staude, por la vagina, procuran exceder los límites del carcinoma y extirpar cuantos tejidos enfermos existen, para conseguir la curación radical.

Con gran imparcialidad y sano criterio estudia las diversas opiniones emitidas acerca de la participación de los ganglios en el

carcinoma. Cita las de Baisch, Schauta, Staude, Wertheim, Krönig, Schindler, Franz, Schuchardt, Hofmeier, Lomer, Czerny, Schotländer, Williams y Fromme, y deduce de su análisis *que no es enteramente inadmisibile la opinión de Schauta cuando afirma que el carcinoma es siempre un cuerpo extraño para los ganglios y no encuentra en ellos las condiciones favorables que en otros tejidos orgánicos. Este dato, dice, justificaría el empleo de los procedimientos vaginales.*

Del examen comparativo de las vías vaginal y abdominal para la extirpación del útero canceroso, pasa el Dr. Villa á dar su opinión personal que con gran sinceridad describe en esta forma.

«Se decir por mi parte que encuentro la vía abdominal más amplia, más segura, más cómoda; se examinan más cuidadosamente las lesiones, se calcula mejor su extensión, se dominan mejor las ligaduras altas y con una buena iluminación y unos separadores útiles, no resultan excesivamente difíciles los tiempos de ligadura de las uterinas y la disección vaginal.

Yc veo claro el porvenir de la vía vaginal para los cánceres del cuerpo sin infiltración parametral, con útero movable muy excepcionalmente con ganglios; para los cánceres limitados que no acusan, examinados con anestesia, una infiltración muy extensa y *la veo quizás como operación del porvenir, cuando un grado extraordinario de cultura médica y social permita operar el carcinoma del cuello como el del labio en el momento de las primeras hemorragias, de las lesiones más primitivas.*

Encuentro que Schauta y sus discípulos, que dominan y ejecutan con maestría indudable los tiempos de una intervención tan precisa, pueden comparar sus éxitos con los métodos abdominales, pero pienso que en los comienzos, en el aprendizaje de cada ginecólogo es más fácil herir las vías urinarias y dejar incompleta la operación por la vagina que por el abdomen.

En los cinco cursos y medio que llevo encargado de la clínica de ginecología, conservo datos de veinticuatro carcinomas uterinos vistos; de ellos no he operado más que siete enfermas, todas por vía abdominal, además de aquel ensayo por vía vaginal que referí más arriba. En estos siete casos hice cinco veces histerectomía abdominal lo más extensa que me fué posible, sin vaciamiento ganglionar, y dos veces laparotomía exploradora que interrumpí por la extensión de las lesiones. En un caso de estos dos últimos ligué antes de cerrar las útero-ováricas y las uterinas lejos del cuello y no estoy descontento, pues la enferma, que aún continúa en la clínica seis

meses después de operada, no ha vuelto á perder sangre y empeora muy lentamente. De los cinco casos histerectomizados he perdido dos muertas de infección, he visto reproducirse otros dos, el uno á los tres meses y el otro á los cinco después de la intervención, siendo locales ambas recidivas y conservo un solo caso que operé en el curso de 1905 á 1906 y que sigue en la actualidad sin reproducción.

Lo que se vé después de la comparación de los dos métodos fundamentales de tratamiento quirúrgico, es hasta qué punto estamos aún distantes de un éxito decisivo en la extirpación del carcinoma del útero. Los ginecólogos que más operan, los que han llegado á la perfección de la técnica, intervienen en un 60 por 100 de los casos; sólo Staude en un 72. Es decir, que casi la mitad de las cancerosas son desde luego rechazadas como incurables. De los casos operados, de un 10 á 20 por 100 perecen de la intervención en las estadísticas más ventajosas y por último, después de cinco años, de cien cancerosas, sólo quedan vivas quince ó veinte. Estos hechos demuestran la posibilidad de curar radicalmente el cáncer del útero, pero indican que esta ventaja sólo alcanzó cuando más á un quinto de las desdichadas enfermas. En unas pasó el momento de intervenir, en otras el ensayo para salvar la vida revela el trabajo tenaz del cirujano, pero el deseo de completar la operación aumenta la gravedad de la empresa quirúrgica y unas recidivan y otras perecen».

No podía faltar en un trabajo tan completo el capítulo dedicado á los tratamientos no quirúrgicos. El Dr. Villa hace una relación sucinta de los más empleados y de los resultados con ellos obtenidos, deduciendo de su estudio que «no queda para la salvación de las enfermas con cáncer uterino, más que un camino útil; la intervención y la intervención pronta para que pueda ser radical y no excesivamente extensa, de manera que garantice la curación sin riesgo grave para la vida de la enferma». «Hay que confesar, dice más adelante, *que el porvenir del tratamiento quirúrgico del carcinoma, está en las intervenciones limitadas*. Si en la actualidad las cancerosas llegan tan tarde á la intervención que apenas si hay tres cirujanos en el mundo que operen el 60 por 100 de ellas y que consignan una supervivencia de 15 á 20 por 100, bien se advierte que el esfuerzo es titánico, la abnegación heroica; pero es preciso, además de perfeccionar los procedimientos, diagnosticar muy pronto las enfermas é intervenir con urgencia, *de modo que con intervenciones menos graves se aseguren más vidas*.

Y es este aspecto, el de la investigación de las causas del cáncer y el del diagnóstico precoz, uno de los episodios más notables de la medicina moderna».

Dedica el Dr. Villa, la última parte de su discurso á la lucha contra el cáncer uterino, citando tristes estadísticas como las de Winter y Hegar, para demostrar que en la Prusia Oriental de 350 enfermas de cáncer uterino sólo 60 se hicieron operar, y en Baden sólo un 3 por 100.

Pretender yo decir en pocas palabras lo mucho bueno que mi querido amigo dice en este capítulo, el más sobresaliente de su discurso, sería en mí osadía imperdonable. Vayan al pie de la letra los párrafos más importantes, tal y como salieron de la bien inspirada pluma de su autor.

«Hay en este abandono varias causas, de ellas algunas irremediables. Es muchas veces tan silenciosa la evolución del carcinoma en los primeros períodos, que la misma enferma no advierte apenas un aumento del flujo menstrual y una leucorrea más fiúida y acuosa que de ordinario y deja pasar tiempo sin recelo. En otras circunstancias se trata de irregularidades que coinciden con la menopausia y es fácil atribuir á la edad crítica las menorragias y ni hablar al médico de lo que abandonado costará la vida. Esto es frecuente, muy frecuente en nuestras enfermas. No hace mucho ingresaba en mi clínica una mujer de 28 años que no se había hecho reconocer hasta quince días antes. Padecía un carcinoma de cuello, una infiltración parametral muy extensa y destrucción muy avanzada de útero. La vejiga estaba invadida por el proceso. Preguntaba yo por la causa de tal descuido, y sólo conseguí averiguar que la enferma se creyó anémica hacía unos meses; tenía las reglas un poco irregulares y pérdidas blancas algo más abundantes; pero seguía dedicada á su trabajo sin buscar auxilio, con el estoicismo de quien se siente demasiado joven para padecer algo grave y demasiado pobre para hacerse cuidar debidamente.

De estos casos aparecen todos los días en las clínicas y en las consultas de ginecología. En otras circunstancias la enferma consulta rápidamente con el médico sin tolerarle un examen, le pide una receta para sus menorragias, un remedio para su flujo y hasta que las menorragias no inquietan seriamente por su abundancia, ó las pérdidas y el olor no dan noticias de la gravedad del mal, no toleran un reconocimiento.

Con no menos frecuencia, la paciente, por casualidad oportunamente reconocida y diagnosticada, rehusa una intervención vital

para ella. Escucha hablar de una operación quirúrgica que consiste en la privación del órgano de sus gestaciones, presume que no se trata de un acto quirúrgico, enteramente inofensivo y como las molestias son escasas, la salud satisfactoria y el peligro remoto para ella, despide al ginecólogo, y cuando más, se deja tratar con cauterizaciones ó aplicaciones tópicas sobre el cuello que tienen mucho más de perturbador que de eficaz. Recuerdo de una enferma que vista en la consulta tenía una ulceración de cuello que por la dureza de su contorno y por la facilidad y la insistencia con que sangraba, me hizo pensar en un carcinoma. Propuse el ingreso en la clínica, la necesidad de un análisis inmediato y quizás de una operación próxima. No encubrí la posible gravedad del padecimiento; pero no volví á ver á la desdichada, hasta que meses después, al pasar visita, la hallé en una cama de la clínica con un carcinoma vaginocervical extensísimo, llegando casi á la vulva y con una profunda anemia por hemorragia que acabó con su vida pocos días después.

.....

En el único de mis casos que conservo, se trataba de una enferma que acudía hacía tiempo á curarse á la Clínica de Ginecología, mujer de 54 años, natural de Harquedas. Un día el Interno me advirtió que la enferma había perdido sangre y pronto noté un cuello duro, irregular, que sangraba con facilidad en una mujer menopáusica. El examen microscópico de un trocito comprobó el diagnóstico y días después operaba á la enferma. Era mi cuarta histerectomía y no hice extirpación extensa sino sencillamente histerectomía abdominal y con ello bastó.

Tal es el ideal: sorprender los casos de carcinoma cuando una intervención no excesivamente grave puede salvar la vida de la mujer. Ideal que no se consigue, sino interesando á todos, médicos y legos, en la lucha contra el cáncer.

En España el Dr. Leiden solicitó de la Dirección de Sanidad una iniciativa para conseguir una estadística del cáncer; el Doctor Pulido, entonces Director de Sanidad, nombró una Comisión compuesta de los Doctores Jiménez, Ustariz, Bravo y Cervera. La Comisión cumplió su cometido con la información que se publicó en Alemania en el año 1903. Ulteriores esfuerzos de dichos señores y el tenaz propósito del Dr. Cervera de ampliar el Laboratorio del cáncer, dieron lugar á que se formase otra Comisión que decidió constituir la Asociación Nacional contra el cáncer y nombrar representantes en la Internacional permanente á los Doctores Cervera, Durán y Leiden.

Recuerdo que en octubre de 1908, visitaba yo al Dr. Leiden en Berlín, y este médico alemán, atentísimo hasta el punto de hablarme en español, me encomiaba el entusiasmo que ponían en la empresa los primates que componían el Comité; pero al mismo tiempo se lamentaba de que la cuestión de la lucha contra el cáncer no tenía ambiente en España: «Hace falta la colaboración de todos,— me decía. Trabajen ustedes». Y si la lucha contra el cáncer es siempre labor de humanidad, ¿cómo no emprenderla con fe ciega, con ánimo resuelto, cuando se trata del carcinoma uterino, afección que convierte en despojo orgánico á mujeres, muchas jóvenes todavía y todas dignas de una vida más larga y de una muerte menos horrible?

Y en esta lucha sólo hay un camino: el del diagnóstico precoz. Diagnóstico que resulta de dos elementos: el convencimiento de la enferma de que es preciso consultar pronto sus afecciones genitales, y el interés del médico en llegar rápidamente á un diagnóstico y á una intervención si está indicada.

Distintas Sociedades ginecológicas han dirigido circulares á los médicos con semejante fin. Döderlein transcribe la del Dr. Simón, de Noremberg. Hay en ella una exposición muy clara del tema sobre el que suplico vuestra atención. Comienza afirmando que la amplitud de las intervenciones ensayadas y el éxito de un tanto por ciento mayor cada día, permite esperar que será un hecho la curación quirúrgica del cáncer uterino contando con una intervención precoz. Continúa enumerando la frecuencia con que las enfermas se quejan de ligeros trastornos en la época de la menopausia ó más tarde de alguna metrorragia irregular de flujo seroso y piden sencillamente una receta sin reclamar ni aún autorizar un reconocimiento. En esto está el peligro; una fórmula de hidrastis, de estipticina, etc., basta de momento; la hemorragia cesa, pero el enemigo avanza más seguramente encubierto y pronto resulta inoperable el carcinoma. El médico debe imponerse y conseguir un reconocimiento primero, un diagnóstico después y un tratamiento por último.

Toda alteración cérvico-vaginal reconocida, ha de examinarse con cuidado. La dureza, la hemorragia, inducirán á sospechar de malignidad y un análisis anatomopatológico urgente, nos dará la certeza de un diagnóstico y la guía para el tratamiento.

El asunto del diagnóstico precoz, es, señores Académicos, de seguro el más interesante.

Se da en el carcinoma del útero un hecho paradójico, al parecer. El sitio en que las lesiones se desarrollan y la manera de

progresar traen la consecuencia de que falte el dolor durante un período muy largo de evolución del proceso, de tal manera que mientras se ve una enferma con un cambio de posición, una anexitis ó limitadas lesiones perimetríficas, aquejada por constantes dolores, observaréis las cancerosas con un bienestar, con una euforia que impide la sospecha de toda afección grave y la multiplicación epitelial progresa en un fondo de saco glandular ó en los epitelios cervicales, cuando ni la enferma ni los que la rodean, piensan que la vida peligra, que la salvación urge.

El síntoma primero que despierta la atención de la mujer, es la hemorragia. Una hemorragia que sorprende más que por su intensidad, por lo irregular de su aparición y por la insistencia de su fluir.

Hay en las restantes hemorragias genitales más de síndrome menorrágico, la enferma sangra en momentos menstruales; en cambio en el carcinoma no hay regla fija, es la propia destrucción del tejido enfermo la que origina el episodio hemorrágico, y el coito, un tacto, un traumatismo, una irrigación, bastan para que el útero sangre á gotas, de tarde en tarde, pero repetidamente y con cualquier motivo. Si la enferma es joven, como una de las anteriormente referidas, se repiten las pérdidas entre los períodos. Si se trata de mujer en período crítico, en fecha de menopausia, resulta más difícil la distinción; pero siempre conserva sus caracteres el flujo hemático, mientras los trastornos de la menopausia demuestran más encadenamiento menstrual periódico y se acompañan de los demás síntomas menopáusicos. Es de todos modos en esta fecha cuando el examen necesita ser más concienzudo.

El diagnóstico es un hecho más fácil cuando se trata de enfermas ya menopáusicas. No he visto ninguna enferma menopáusica después de unos meses en la que vuelvan las hemorragias, que no sea una cancerosa. Es esta regla quizás la más general de cuantas pueden darse para descubrir una hemorragia de origen maligno. Reymond refería en Budapest siete casos de histerectomía por cáncer del cuerpo, todas realizadas en enfermas ya menopáusicas sin más indicio que la vuelta de las hemorragias. Reconocidas, no se halló en ellas lesión de cuello ni afección que justificase sus pérdidas sanguíneas y se fundamentó el diagnóstico probable de cáncer del cuerpo y se procedió á la histerectomía. De ocho enfermas en que el autor siguió tal conducta, siete úteros resultaron positivamente cancerosos. El octavo presentaba una lesión muy rara en la Patología, un aneurisma de la arteria uterina, del que resultó

librada la enferma por la intervención. Esto demuestra hasta qué punto deben alarmar á un médico las hemorragias de las enfermas menopáusicas.

En otros casos, las pérdidas hemáticas alternan con flujos sero-sanguinolentos. Pronto el olor de este flujo y su persistencia serán también motivo de alarma aunque su presentación es más tardía en general que el síntoma hemorrágico.

Estos datos que despiertan la atención, bastarán constantemente para proponer un reconocimiento sin que el médico se conforme con la habitual resistencia de la enferma, muy inclinada, generalmente, á quitar toda importancia á su pequeña indisposición.

El tacto, el espéculum, una exploración intrauterina si es precisa, completan el diagnóstico.

A veces el dedo encuentra un cuello ligeramente irregular, duro en algún sitio, excrescente, engrosado. Basta el tacto suave para que sangre la lesión, al parecer insignificante. Las erosiones de cuello, más lisas, más regulares, superficialmente blandas y no sangrantes sin un traumatismo enérgico, no suelen ser difíciles de distinguir. Hay sobre esto, un dato muy constante y no difícil de percibir. La erosión ó hipertrofia benigna cervical no cede á la uña, no tolera un arrancamiento, permanece íntegra, en cambio la lesión cancerosa cede fácilmente; un pequeño ensayo de raspado basta para conseguir una dislaceración y pronto se deja extirpar algún trocito neoplásico de apariencia irregular y de color grisáceo ó rojizo. Esta dislacerabilidad es la que explica la persistencia de las hemorragias.

Otras veces la lesión cancerosa no se tasta. Un cuello normal, cerrado, nos aísla de una neoplasia endocervical ó endocorporal. Afortunadamente es este carcinoma, como ya hemos visto, el que más tarde se propaga, pero siempre será tanto más útil el diagnóstico cuanto más precoz.

La edad de la enferma, la característica referida de las hemorragias y el aumento de volumen del útero, son datos que nos ilustran de ordinario para plantear un buen diagnóstico.

Ocurre, sin embargo, que á veces pólipos mucosos, endometritis hemorrágicas, fibromas uterinos, cambios de posición y hasta lesiones anexiales, producen hemorragias. Bastan de ordinario los medios referidos para plantear un diagnóstico. Cuando se trata de cáncer del cuello no hay en ninguna de estas afecciones la induración de la base, la irregularidad de superficie, la hemorragia por cualquier ligero traumatismo, la friabilidad, el flujo

sero-sanguinolento, datos todos que caracterizan bastante bien la neoplasia ó que sólo se prestan á confusión con alguna forma de sarcoma del cuello ó de tumores mixtos epiteliomáticos cervicales que son todos de carácter maligno como el epitelioma.

Cuando se trata del cáncer del cuerpo, la distinción puede ser más difícil, prescindiendo del referido valor de la hemorragia en una mujer menopáusica, pues no poseeremos más datos que el aumento de volumen del útero. Queda siempre, en caso de duda, el recurso de una dilatación y un tacto intrauterino y mejor aún el examen de los productos obtenidos por un raspado explorador. Bien entendido que la obligación del médico es no dejar nunca de explorar una mujer metrorrágica, ni abandonar la enferma hasta no tener un diagnóstico serio de la causa ó por lo menos eliminar el cáncer como motivo de las pérdidas sanguíneas.

El examen micrográfico viene, finalmente, como último recurso. Un trocito procedente de una extirpación del sitio sospechoso, todo un cuello amputado, los productos de un raspado, serán examinados al microscopio y nos darán noticia de la índole del padecimiento.

Cierto que el examen micrográfico tiene también sus causas de error y que la distinción entre una metritis glandular, un adenoma y una formación francamente maligna del cuello ó del cuerpo puede ser difícil, pero ni esto ocurre siempre, ni la repetición de los exámenes, sin perder la enferma de vista, deja de suministrar datos que acaban por ser útiles.

La señora Salesko-Stroganova (1) afirma que existen proliferaciones epiteliales de apariencia atípica que no son cancerosas, sino de origen tuberculoso, gonorréico, erosivo y avariósico. En mi Memoria de oposiciones á la cátedra, ya hacía yo constar, en virtud de preparaciones hechas en la clínica del Dr. Recasens, que era muy difícil definir á veces dónde terminaba una multiplicación de origen inflamatorio crónico ó tumoral benigno, y dónde comenzaba una proliferación cancerosa. La forma atípica del epitelio, las relaciones con la basal y con el epitelio sano inmediato permiten inclinarse, la inmensa mayoría de las veces, en un sentido ó en otro y esto unido á los datos clínicos, hace relativamente fácil un diagnóstico. En todo caso una lesión no cancerosa obedece pronto á un tratamiento adecuado, mientras la cancerosa

(1) Congreso de San Petersburgo.

se agrava visiblemente, y da tiempo bien observada desde el principio para hacer una histerectomía curativa.

Y ahora, señores, termino mi tarea. Hay, como veis en el problema del cáncer uterino, cuestiones desconocidas y puntos definitivamente averiguados. Queda enigmática la causa determinante de la multiplicación neoplásica. Son insuficientes los medios de tratamiento distintos del quirúrgico. Consuelan á las enfermas inoperables, las alivian, alientan las esperanzas, disminuyen las molestias, pero no las curan.

Sólo la intervención, la extirpación, es capaz de salvar la vida cuando se opera pronto y se incide lejos de la masa neoplásica.

De los dos caminos de intervención, es el vaginal menos grave y tan seguro en los casos no muy extensos; es el abdominal más amplio, más cómodo, más perfecto en los casos más extensos, pero puede afirmarse que uno y otro se equivalen en manos expertas y están distintamente indicados según la extensión de las lesiones.

El éxito guarda relación con la intervención precoz. Reducir la ablación al útero sería el ideal, ideal únicamente accesible diagnosticando pronto».

.....

De esperar es que la Real Academia de Valladolid escuchando los nobles requerimientos del Dr. Villa haga algo *práctico* en la noble misión que el nuevo Académico propone.

DR. ZULOAGA

REVISTA DE REVISTAS

CIRUJIA Y MEDICINA

Catástrofes abdominales, por el Dr. Moynihan de Leeds, (*The British M. J.*, 1.º de abril 1911).

Dá el autor ese nombre á ciertas contingencias agudas y gravísimas que surgen de pronto é inopinadamente en el curso de algunos procesos del contenido abdominal y que terminan casi siempre por peritonitis séptica mortal, si una oportuna intervención no lo evita.

Las causas de tales accidentes son por orden de frecuencia, la apendicitis, la perforación de úlceras agudas ó crónicas del tubo digestivo, la pancreatitis aguda, las explosiones tubarias y la rotura de las vías biliares.

Al ocuparse de la apendicitis, llama la atención sobre ciertas nociones de capital importancia, insistiendo con verdadero empeño en alguna de ellas.

La ingestión de alimentos y bebidas, despierta vivo peristaltismo: los primeros en lo que él llama *intestino hambriento*, por sus funciones, el delgado, y los segundos en los dos primeros tercios del grueso; *intestino sediento*. Por otra parte conviene tener presente que el *mínimum* de sepsis intestinal está en el ayuno absoluto según han demostrado Harvey Cushing, Gilbert y Domeneci, y el *máximum*, en el momento preciso en que convergen el aumento de motilidad y de exudación, provocadas por un purgante. Con estos precedentes se comprenden bien las ventajas que en la apendicitis reporta la dieta absolutísima y por el contrario el pernicioso efecto del purgante que en tales circunstancias llevará fatalmente el desenlace, hacia la explosión ó gangrena del apéndice. Desde hace siete años, que dice viene fijándose en estas cosas, no ha intervenido en un solo caso de catástrofe de origen apendicular en que

no haya encontrado el antecedente de la purga. Después de explicar el mecanismo, en virtud del cual la medicación evacuante conduce al conflicto, afirma de una manera terminante que fuera de los casos de una violencia local directa, la catástrofe no puede venir si la falta de ayuno, ó el empleo de la purga, no desvían el proceso de su marcha natural. Esto es para él tan absolutamente seguro, que hace siempre responsable al error de tratamiento, de un gravísimo accidente que en todos los casos nos es dado evitar con la seguridad más completa.

Abundando en estas ideas condena de un modo decidido y sin excepción, el uso de purgas en los casos de dolor abdominal en que no se tenga la certidumbre de que son del todo ajenos á un proceso apendicular, tanto más si se trata de un niño cuyas referencias no son de lo mejor para formar un juicio definitivo en este sentido. A este propósito, conviene advertir á las madres, que purgar á los niños que tienen dolores de vientre, sobre todo si se encogen y vomitan, es hacer la cosa más desastrosa que se les puede ocurrir. Estas son sus palabras y añade que en todos los sitios en que se cuidan niños debiera estar escrito con grandes letras «*Avoid aperients*» «evitad los purgantes» al menos sin previa disposición facultativa.

Describe el cuadro clásico de la crisis apendicular violenta y como considera que un diagnóstico temprano es la mejor guía para que la intervención quirúrgica sea oportuna, se esfuerza en señalar, en éstas y en las demás causas de catástrofe abdominal, los detalles que las caracterizan y diferencian. Habla de la frecuencia con que la diarrea acompaña á estas crisis y de que en los primeros momentos el dolor puede fijarse en el epigastrio ú otros sitios que lleguen á desorientar. El signo que no falta jamás es la tensión defensiva de las paredes del vientre que tiene lugar desde el primer instante; rigidez leñosa, tensa, dura y al mismo tiempo dolorida que no tolera las presiones exploradoras. Lo mismo en los casos de apendicitis que en los otros de catástrofe, dentro de esa rigidez y dolorimiento general del abdomen, hay siempre un área ó zona limitada, que en la tensión y la intolerancia son mucho mayores que en el resto y *que corresponde con exactitud matemática á la topografía de la lesión* (1). El pulso en las primeras horas apenas sufre modificaciones de frecuencia y volumen. Un pulso muy

(1) En la apendicitis es la fosa ilíaca derecha.

frecuente y pequeño es signo ya de peritonitis séptica, lo mismo que el shock ó colapso, y aunque ésta sea una consecuencia obligada de la perforación, entre la causa y el efecto transcurre un lapso de tiempo en que el pulso conserva su ritmo y amplitud; lapso que limita las oportunidades quirúrgicas. Esperar á que el pulso decaiga para tener la certidumbre de la explosión ó gangrena, es tanto como esperar á que el caso se haga intratable.

La perforación de una úlcera gástrica ó duodenal es después de la apendicitis el motivo más frecuente de catástrofe. Aunque las úlceras agudas (toxemia, quemaduras, pémfigo agudo generalizado, infecciones) son más frecuentes de lo que se cree, suelen ser las crónicas las que motivan estos conflictos (98 por 100 según el autor).

Todas ellas tienen una historia más ó menos clara, antes de sorprender con la perforación, y en la mayor parte de los casos han sido diagnosticadas previamente precediendo al contratiempo una agravación de las molestias de algunas semanas fecha. El dolor es más intenso que en la apendicitis; es instantáneo, violento; el enfermo se crispa, se inmoviliza y endurece por una contracción sostenida de toda su musculatura. La tensión abdominal en la zona epigástrica es tal, que da la sensación de un disco metálico: en esa zona, el más leve conato de exploración, el leve contacto de un dedo es intolerable. El espasmo del diafragma y la dilatación gaseosa del estómago (comprobada siempre en la operación) hace que la respiración, disnéica, sea breve, rápida y superficial y el enfermo se queje muchas veces de que se ahoga. Aunque su aspecto es muy malo; los ojos se hundén y la cara palidece cubierta de sudor frío, el pulso sin embargo no se descompone en las primeras horas, detalle muy atendible para desvanecer dudas sobre la existencia real de una perforación y para aprovechar oportunidades operatorias.

Aunque menos frecuentes son mucho más dramáticas las catástrofes de origen pancreático. Considerada antes la pancreatitis hemorrágica como una rareza clínica, desde el notable trabajo de Fitz en 1889, se ha visto que menudea más de lo que se creía. El autor por su parte, y además de otros muchos de marcha menos aguda, ha operado 11 casos de forma fulminante con 7 éxitos, de los cuales los 6 últimos fueron seguidos de éxito. Esto prueba que el mal dista bastante de ser raro y el alcance curativo y creciente de los perfeccionamientos operatorios.

Casi siempre en gente robusta, más en la mujer que en el hombre, y con cierta predilección en la preñez, sin más prodromos que

ligeras é indeterminadas molestias de dispepsia flatulenta, explota la enfermedad de un modo repentino, fulminante, por un dolor en la parte alta del vientre tan violento, tan intenso, que rebasa la humana tolerancia. Este dolor, que suele correrse á la espalda, es tan horrible que el enfermo desfallece desde los primeros instantes, cae en estado sincopal con frecuentes lipotimias, pérdida del conocimiento, descomposición de la cara, palidez plomiza, cianosis de los labios, enfriamiento rápido de los miembros, frecuencia y pequenez del pulso que llega á hacerse imperceptible y un aspecto general, en fin, que parece que la muerte es cuestión de unos cuantos segundos. El enfermo sin embargo vive: la respiración superficial, frecuente y difícil es tan insuficiente que los tegumentos se ponen cianóticos: los vómitos menudean: son primero alimenticios, acuosos y con bilis después, verde oscuro más tarde y con posos de café al cabo de cierto tiempo. Este cuadro tan dramático despierta muchas veces la sospecha de un envenenamiento ó de una oclusión *yeyunal* muy alta, pero vienen los signos inequívocos del vientre que desde el primer momento caracterizan el mal. La rigidez parietal es mayor si se quiere que en la perforación de una úlcera, la intolerancia á la exploración local es mucho más grande, pero tiene un carácter exclusivo del caso, y es el de no abarcar la totalidad del vientre: por el contrario, la mitad inferior contrastando con la otra mitad alta, está hundida y blanda; no hay en ella nada de rigidez, ni protesta dolorosa, mientras que desde el ombligo para arriba no sólo llega la dureza á lo inconcebible, sino que está toda esa parte considerablemente abombada, distendida y el más insignificante contacto exploratorio puede producir un síncope por el dolor que despierta.

La mayor parte los casos operados, sobre todo al principio, lo han sido, dice el autor, sin ser previamente diagnosticados; pero afirma que hoy hay datos bastantes para saber á qué atenerse antes de intervenir y se debe obrar con previo conocimiento de causa. La extrema violencia y carácter sincopal del dolor, la cianosis, la forma que afecta la rigidez é intolerancia de las paredes del vientre y los caracteres de los vómitos son los principales elementos de juicio diferencial, sobre todo si ocurren en individuos con antecedentes de litiasis biliar, cuyo proceso parece tener gran influencia en la patología del páncreas.

Hay otra catástrofe abdominal en que el dolor se acompaña de síncope, pero la confusión es imposible. Tal ocurre en la explosión del embarazo tubario, rotura que se acompaña de caracteres

particularísimos que la distinguen por completo. En una mujer de 20 á 40 años que cuenta una falta reciente en sus reglas, dos ó tres semanas, rara vez más, después de la fecha en que la menstruación debió tener lugar, siente salir por su vagina un ligero flujo hemorrágico. Casi al mismo tiempo se despierta un vivo dolor en la parte baja del abdomen con sensación consciente de estallido, de que se ha reventado alguna cosa. Aunque intenso, dista mucho este dolor, de alcanzar el grado de agonía é intolerancia que en la pancreatitis y va seguido muy de cerca por palidez, desvanecimientos, colapso, sed de aire, suspiros, inquietud y todos los síntomas generales de las grandes pérdidas de sangre. El vientre se abulta en su mitad inferior y se puede apreciar una tumefacción pastosa más marcada en uno de los lados: falta por completo la tensión defensiva, esa rigidez leñosa de las paredes abdominales tan característica de las otras catástrofes. Finalmente en ciertos casos este gravísimo ataque va precedido algunas horas y aun días por otro igual, aunque en miniatura, como expresión de rasgaduras de la bolsa cuyo tamaño y especial disposición no permite, por el pronto, la salida del contenido.

Hay un caso de violento dolor abdominal cuya intensidad y acompañamiento sintomático hacen pensar en una catástrofe y sin embargo el peligro para la vida es casi insignificante en comparación con lo aparatoso de la escena en que se desenvuelve. Este es el caso del cólico hepático, nefrítico ó intestinal, sobre todo en el primero cuando tiene lugar en el conducto cístico. Puede el dolor ser tan repentino, alcanzar tal grado de intensidad, que asociándose al síncope, vómitos y descomposición del semblante despierte la sospecha de una perforación. Pero el enfermo en este caso en vez de aquella inmovilidad rígida y tetánica que adopta para atenuar sus horribles sufrimientos en las verdaderas catástrofes, está agitado por una inquietud y desasosiego extraordinario; además falta por completo la rigidez dolorosa de las paredes del vientre, sustituida por una mediana tensión sobre la región de la vexícula y no es raro que un escalofrío seguido de pequeña elevación térmica marque el principio del ataque. Por fin los casos rarísimos de perforación ó gangrena de las vías biliares desarrollan el cuadro correspondiente á todas las perforaciones sobre el síndrome largo tiempo preexistente del cólico hepático haciendo casi imposible toda confusión.

Como se ve, el autor se esfuerza en dibujar los caracteres peculiares de cada accidente al objeto de madurar todo lo posible en la

exactitud del diagnóstico por ser quizá una de las mayores garantías de éxito, y termina su tesis con las siguientes conclusiones:

1.^a Las catástrofes que ocurren en el abdomen no son, estrictamente hablando, agudas, sino por el contrario el resultado de bruscas transiciones á una fase aguda y violenta de desórdenes de antiguo preexistentes.

2.^a Una contingencia aguda de esta índole puede ser prevista y evitada por el oportuno reconocimiento del valor y alcance de los síntomas, á menudo ignorados ó desatendidos, del principio de esos procesos crónicos de que es el accidente final casi obligado.

3.^a La explosión de un ataque repentino de dolor intolerable en el vientre, asociado á una rigidez tensa de todos los músculos de la pared abdominal, indica una lesión aguda que precisa una inmediata intervención quirúrgica. Estos dos síntomas por sí solos y sin más, expresan la apremiante necesidad de operar sin vacilación alguna.

4.^a El diagnóstico diferencial es generalmente posible si se atiende á los detalles de la anamnesia, al conjunto sintomático, y se busca con cuidado en la dureza de la pared abdominal el área ó zona de suprema resistencia.

5.^a El shock no es síntoma de perforación; por eso, en las primeras horas después que el desastre ha ocurrido, el pulso apenas se modifica en volumen y frecuencia.

6.^a En todos los casos de dolor abdominal especialmente en los niños, el uso de purgantes debiera de evitarse.

MORENO

Observaciones sobre la elección de un diurético, por E. Smith,
(*British med. Journal.*, 11 febrero 1911).

En el tratamiento del edema generalizado puede estimularse la secreción urinaria de varios modos. Generalmente se estimulan los tubos contorneados del riñón y se favorece la ósmosis aumentando los constituyentes salinos de la sangre con el empleo de los acetatos, citratos y tartratos alcalinos. Puede elevarse la presión sanguínea y activar la circulación á través de los glomérulos renales con el uso de cardiodiuréticos vasotónicos. Se pueden usar fármacos que estimulen el epitelio renal, como la diuretina y el citrato de cafeína. Pueden emplearse sustancias que irriten dicho epitelio como la cantárida, la raíz de copáiba, etc.

Para vencer un edema generalizado es necesario ante todo tener en cuenta la causa de la infiltración serosa y decidir si la acción deficiente de los riñones es debida á temporal deficiencia funcional ó á deficiente poder del corazón ó á enfermedad orgánica de los riñones.

Es de notar que el poder secretor de los riñones está comprometido en la nefritis parenquimatosa aguda, por lo que sino se quiere producir mal, es necesario no recurrir á los diuréticos estimulantes, ni dar grandes cantidades de líquido, que, no pudiendo ser eliminado, hace aumentar la trasudación en los tejidos.

La digital promueve eficazmente la diuresis haciendo contraer los vasos periféricos (excepto los del riñón) y aumentando la fuerza de las contracciones cardíacas; pero en las enfermedades renales por lo común la presión sanguínea es bastante alta y aumentarla más no deja de ser peligroso. Como la digital obran el estrofanfo, la convalaria, la estriquinina y la escila.

La cafeína y la diuretina tienen acción directa sobre las células de los tubuli y una indirecta dilatadora sobre los vasos renales; mas no puede esperarse gran bien de esta acción estimulante en la hidropesía renal aguda cuando las células renales se encuentran más ó menos lesionadas.

De otro modo ocurre con los diuréticos salinos. Estos aumentan la presión osmótica de la sangre y por ella retiran de los tejidos agua. No irritan el riñón y pueden, por lo tanto, emplearse sin peligro cuando el riñón está inflamado. Es bueno darlos bien diluidos y asociados al espíritu de éter nitroso que hace dilatar los vasos aferentes del riñón. Para mejor éxito de su acción y que no haya obstáculo á la circulación periférica á través del hígado es conveniente hacer preceder los diuréticos salinos por un purgante.

Tenemos medios que indirectamente exaltan la actividad del riñón y la acción de los diuréticos como cuando se estimulan las funciones de la piel con los conocidos recursos físicos y químicos ó se reducen los alimentos protéicos para disminuir el consumo de ázoe. Por esto Smith proscribía la carne y los extractos de carne, y aconseja la leche, los huevos y los farináceos.

En la hidropesía renal aguda se aconseja la dieta láctea exclusiva porque el exceso de líquido fluye fácilmente por el riñón, y la nutrición producida, siendo pobre en proteínas es bastante á sostener el organismo sin fatigar demasiado la célula renal. Mas es inútil pensar en un abundante aflujo por el riñón en la nefritis

aguda, cuando esté sobrecargado y no pueda responder á los estímulos. En esta enfermedad ocurre más bien que los alimentos son fácilmente digeribles y no sufren alteraciones nocivas en el intestino. Ahora bien, ninguno de estos dos requisitos cumplimenta la leche. Una porción relativamente pequeña del coágulo puede ser digerida, pero la mayor parte de la masa de caseína solidificada opone gran resistencia á los jugos digestivos y el residuo indigerido experimenta alteraciones pútridas en determinadas condiciones del intestino; á más que la monotonía y el disgusto excitado por la repetición del mismo alimento disminuyen todavía más su digestión y su valor nutritivo. Los beneficios que se obtienen de la dieta láctea son más bien referibles á la moderación de la cantidad prescrita y al escaso contenido salino de la leche.

Cuando la agudeza del ataque comienza á ceder y entra en la fase crónica es entonces cuando debe recurrirse á drogas que excitan directamente el aparato secretor; pero si la presión sanguínea es baja se preferirá la digital á la diuretina y á la cafeína. La dosis de digital en un principio será pequeña usando la infusión mejor que la tintura y para prevenir los efectos de acumulación se suspende de cuando en cuando por 48 horas. Buenos diuréticos, porque hacen contraer los vasos eferente del riñón, son la escila y la retama.

A medida que se produce la mejoría se usarán cautamente los remedios que obran sobre las células renales, como la cafeína, diuretina, tintura de cantáridas y de enebro suministradas á pequeñas dosis. Smith suele asociar un diurético salino para aumentar la ósmosis, un estimulante de la célula renal, un preparado del grupo de la digital ó del estrofantó y el espíritu nitroso para promover la dilatación de los vasos renales.

En un estadio ulterior, cuando la anemia es el síntoma prevalente se da el hierro, siendo el percloruro y el acetato las dos sales que tienen acción diurética, y sólo el percloruro se asocia bien á la digital, sobre todo si se añaden algunas gotas de ácido fosfórico diluido.

Cuando el edema es debido á insuficiencia cardíaca y los riñones están sanos se tiene más amplitud en la elección de remedios. Consecuencia entonces el edema del desorden circulatorio se necesita estimular la actividad para vencerlo. Precísase que el enfermo permanezca en el más absoluto reposo para no agravar más el esfuerzo del corazón y que esté sometido á dieta bien reglada. Es preferible que el enfermo haga comidas escasas, tomando de

preferencia carne de pollo ó de cordero, pescado, huevos, pan tostado y regulada la cantidad de líquidos.

El remedio de elección en estos casos debe sobre todo obrar sobre el corazón; digital, estrofanfo, convallaria, etc., que proporcionan, efectos rápidos, especialmente en la insuficiencia mitral con dilatación del corazón izquierdo. Cuando á la vez hay dilatación del corazón derecho la digital debe darse con precaución, como en la insuficiencia aórtica y cuando el corazón está degenerado.

Para conseguir la acción cardiotónica de la digital sin la acción vaso constrictora, asocia Smith á la digital 20 ó 30 gotas de espíritu de eter nitroso y la sustituye con el estrofanfo que tiene escaso poder vasoconstrictor.

Frecuentemente conviene asociar á la digital un diurético que obre sobre el epitelio renal como el citrato de cafeína, con ó sin el espíritu de éter nitroso. Smith alaba mucho la asociación de la infusión de *spartium scoparium* con la infusión de digital, el espíritu de éter nitroso y el acetato amónico. El espíritu de éter nitroso es incompatible con la diuretina, los salicilatos, la antipirina y los tánicos; pero se asocia bastante bien con el acetato potásico, con la digital y la escila. La diuretina tiene poco acción sobre el corazón, por lo que es útil cuando la presión vasal es muy elevada.

Cuando todo ha fracasado, quedan la tintura de cantáridas y el mercurio para los casos de apuro. La tintura de cantáridas obra sobre las células de los tubuli y se asocia bien á la cafeína, á la tintura de estrofanfo y al espíritu nitroso. El mercurio se emplea como calomelano ó como píldora azul á menudo asociado á la digital y á la escila. El mercurio, sin embargo, está contraindicado cuando hay una lesión renal y cuando no ha producido los efectos deseados. Parece que aumenta la formación de urea, la cual obra después como diurético.

VALDIVIESO

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Artiritis blenorragica en un niño de 3 semanas por J. Lydston
(*Journal of the American medical Association*, 6 agosto 1910).

Un niño es afectado á las 48 horas de su nacimiento de una conjuntivitis blenorragica que mejoró con bastante rapidez. Al 14 día se presenta tumefacción roja y dolorosa en la muñeca

izquierda; tres días después sobreviene tumefacción análoga de la rodilla derecha y fiebre.

Fué tratado con el suero antogonocócico en inyecciones hipodérmicas, tres gotas en días alternos, sobreviniendo la curación al cabo de un mes.

Nuevas investigaciones sobre la significación de los exantemas medicamentosos, por C. Bruck[¶] (*Annales de Dermatologie et de Syphiliographie*, enero 1911).

Han sido ya publicados por este autor una serie de trabajos é investigaciones tratando de demostrar que los exantemas tuberculínicos y iodofórmicos son expresión de fenómenos anafiláxicos.

Ha tenido ocasión de examinar el suero de un médico que presentaba intolerancia para la antipirina, siendo así que no había hecho uso de ella desde hacía 16 años: inyectó una pequeña cantidad de suero á un cobayo, y al día siguiente inyectó antipirina á este mismo animal y á otros tres cobayos testigos. Sucumbió el primero á las 5 horas con fenómenos de disnea, convulsiones, parésia del cuarto posterior: los otros tres soportaron perfectamente el medicamento.

La intoxicación antipirínica aparece, pues, como un accidente de anafilaxia.

PÉREZ MINGUEZ

Una derivación curiosa y útil del tratamiento por el 606. (*The British M. J.* febrero, 18, 1911).

En el hospital de San Angustín en Trinidad, se ha practicado un experimento, llamado á tener resonancia, por el Dr. Henry Alston.

Habiendo llegado á dicho punto el crucero alemán Freya su médico Dr. Rost que llevaba algunos tubos del 606 adquiridos en Kiel puso 5 inyecciones intramusculares en las nalgas á tres adultos y dos niños. Los enfermos mejoraron rápida y progresivamente de la sífilis que motivó el tratamiento. Mas recordando Alston el caso del niño sífilítico curado sólo por la lactancia materna después que la madre recibió el salvarsán y teniendo en cuenta la

idea de Ehrlich que piensa en el desarrollo de anticuerpos por acción de su remedio, puso á dos enfermos inyectados, vejigatorios cantaridados cuya serosidad (16 c. c.), inyectó á otros dos sífilíticos no inyectados con 606. Su asombro fué muy grande al ver que el suero actuaba tan rápida y beneficiosamente como el 606. En un caso el alivio se hizo muy visible á las 16 horas de la inyección. Esto era en los primeros días de enero próximo pasado. El día 11 del mismo se inyectaban nuevos enfermos con 606 y se repetía el experimento en mayor escala. El resultado fué en todos los casos asombroso. Las inyecciones en los más de ellos fueron varias, puestas cada 7 ó 10 días. En un niño se obtuvo una hiper-inmuni-
dad con sólo una inyección de 8 c. c. poco más

El suero de vejigatorio de gente sana, resultó inactivo.

El de sífilítico no inyectado previamente con salvarsán, inactivo también.

El suero de enfermo curado por previa inyección de suero, fué tan eficaz como el suero de enfermo tratado por el salvarsán. El alivio se vió á las 24 horas.

El suero de los inyectados con 606 aun después de hervido permanece activo.

Después de hacer con agua y tintura de cantáridas, con caco-dilato de sosa, etc., etc., varias contra-pruebas, deja sentado lo precedente y propone Alston la idea de inyectar con salvarsán cabras cuya leche podrá utilizarse en el tratamiento de la sífilis.

El vejigatorio para obtener serosidad se pone al cuarto día después de inyectado el 606.

Como confirmación del hecho notable que acabamos de indicar el *British* del 8 de abril 1911 publica la siguiente nota de Gibbs y Calthrop, Cirujanos de Lock Hospital de Londres, que exponen muy resumida:

«Historia del caso:

«X. Y. muchacha de 19 años infestada de sífilis desde julio último, ingresa en el hospital el 8 de febrero.

Genitales y región anal cubiertas de placas mucosas y condilomas que exudan un líquido acuoso.

Piel cubierta de pápulas abultadas y algunas sífilides costrosas. Alopecia.

Garganta y lengua normales: estomatitis generalizada.

Ganglios del cuello é ingles discretos, blandos y moderadamente hinchados.

Tiene además sarna.

Pesa seis arrobas y dos libras y media.

Wassermann muy positiva.

Febrero 14. La enferma se debilita visiblemente: se la han dado tres baños sulfurosos y una fricción mercurial.

Febrero 19. La enferma ha perdido ocho libras de peso. La sarna mejor; la sífilis empeora. Se inyectan á la paciente 10 c. c. del suero obtenido de la ampolla de una cantárida puesta en el vientre de otro enfermo sífilítico que cuatro días antes había recibido por vía intravenosa 40 centigramos de salvarsán.

Febrero 24. Genitales mejor, condilomas y placas secas; erupción cutánea, desapareciendo: boca prácticamente bien.

Febrero 25. Nueva inyección de 15 c. c. de un suero como el anterior. Se presenta alguna placa mucosa en la lengua: ha ganado tres libras y media.

Marzo 3. 18 c. c. de suero como los otros. Genitales casi bien; los condilomas flácidos y secos. La enferma experimenta la sensación general de estar buena.

Marzo 8. Otra inyección de 25 c. c. de suero de un enfermo inyectado de 606, siete días antes: Aumentó libra y media más de peso.

Marzo 12. Última inyección de 10 c. c.

Marzo 13. Genitales bien: condilomas secos y flácidos, erupciones desaparecidas; ni quedan elevaciones ni manchas hiperémicas; boca, garganta y lengua completamente bien: ganglios como antes. Peso ganado en total, siete libras y media.

En marzo 7 Wassermann dudosamente positivo.

Llaman en el caso la atención: 1.º El mejoramiento del estado general con aumento de un peso que inmediatamente antes del tratamiento descendió con tanta rapidez que en 11 días se perdieron ocho libras; 2.º El cambio de la reacción de Wassermann tan marcado en 16 días y 3.º que siendo el resultado tan bueno cuando se usa el suero como cuando se usa la droga y no produciendo aquél trastorno alguno ni signo de enfermedad, puede ser utilizado en los casos en que se temen los efectos directos del 606.

¡Vale la pena de seguir experimentando!

LUIS MORENO

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Contribución al estudio de la tetania de las mujeres embarazadas, por E. Franck (*Monatsch f. Geb. u. Gin.* octubre 1910 y *Annales de Gynécologie et d' Obstétrique*, febrero 1911).

El autor, con motivo de cinco observaciones personales, se ocupa de la etiología de esta afección y apoyándose en los resultados obtenidos en cierto número de experiencias, explica la aparición de la tetania en el curso del embarazo de dos maneras: 1.^a Las mujeres embarazadas atacadas de tetania, tienen pocas glándulas paratiroides, ó glándulas paratiroides enfermas, capaces en el estado normal y fuera del de gestación de neutralizar las toxinas orgánicas, pero que se hacen insuficientes en presencia de las toxinas que la placenta produce. 2.^a O bien: en ciertas mujeres la producción de toxinas sería tan activa que aun las glándulas paratiroides normales serían impotentes para neutralizarlas.

En resumen: piensa el autor que la materia verdaderamente nociva comienza, acaso, afectando á las mismas glándulas paratiroides, que por este hecho quedan en estado de insuficiencia funcional.

Las multiparas están más expuestas á esta afección, que suele recidivar á cada nuevo embarazo, quedando indemnes de crisis en los intervalos. Los síntomas aparecen en la segunda mitad de la gestación, acentuándose en los embarazos sucesivos.

Un primer ataque de tetania crea una predisposición á otro más grave en un ulterior embarazo.

El tratamiento médico por los bromuros suele ser suficiente. Sin embargo, en los casos particularmente graves que suceden á las tiroidectomías la interrupción del embarazo está justificada según el autor.

Contribución al estudio de la mielitis y de las polineuritis en el curso de vómitos tóxicos de origen gravídico, por el Dr. Louis Job (*Annales de Gynécologie et d' Obstétrique*, marzo 1911).

Con motivo de una observación recogida en la maternidad de Nancy, en el servicio del Profesor Herrgott, de una mujer enferma de vómitos tóxicos que presentó durante el embarazo accidentes neuríticos y que sucumbió, apesar del aborto provocado, en el

desarrollo de una mielitis tóxica comprobada por la autopsia, el autor resume las observaciones de polineuritis gravídica que ha podido encontrar, y apoyándose en los hechos observados hace algunas importantes consideraciones acerca de la marcha, pronóstico é indicaciones de estos accidentes nerviosos.

Los síntomas dolorosos y paralíticos son susceptibles de evolucionar por su propia cuenta: pueden aparecer, desenvolverse y retroceder sin que existan vómitos ni cambios gastro-intestinales. Sin embargo estos accidentes nerviosos periféricos ó medulares son estudiados generalmente como complicación de los vómitos incoercibles: en realidad no son sino manifestaciones distintas de la intoxicación del organismo de la mujer.

En todas las observaciones recogidas por el autor, los dolores neuríticos han sucedido á los vómitos en un espacio de dos meses, y cuando el estado general era grave y existía aceleración del pulso. La intoxicación parece seguir en todas las observaciones una marcha idéntica, atacando sucesivamente el centro del vómito, el centro cardíaco y últimamente los nervios periféricos. Las manifestaciones nerviosas pueden evolucionar después de haber desaparecido todo síntoma gástrico, y tienen poca tendencia á desaparecer durante el embarazo. Cuando la intoxicación es muy profunda la evolución de los accidentes puede continuar apesar del aborto y determinar la muerte. Es de notar que en ninguna observación se cita el caso de haberse presentado el aborto espontáneo: el mal estado general no influye sobre el útero y la muerte puede sobrevenir en medio de un cortejo de síntomas variados sin que la contracción uterina entre en juego.

De las 16 observaciones que ha podido reunir, sólo en 6 el embarazo llegó á término y aunque las enfermas sobrevivieron, el examen respecto á la terminación funcional demuestra que los resultados fueron poco satisfactorios: la curación completa, al menos en los meses que siguen al parto, era la excepción.

Siendo tan grave el pronóstico materno, no lo es mejor el fetal. De los 6 casos llegados á término, desconoce la muerte del feto en dos: en los cuatro restantes uno solo sobrevivió pero con dificultad, nació pequeño y permaneció atréptico hasta los cinco meses: dos sucumbieron en el primer mes, y el otro nació macerado. Ante estos resultados francamente desdichados y teniendo en cuenta los perjuicios lejanos que la madre tiene que sufrir, el pronóstico global del embarazo evolucionado en estas condiciones hasta término, deberá guiar la terapéutica.

El aborto terapéutico ha sido provocado siete veces: dos mujeres murieron, pero esta mortalidad de casi un 15 % no hay que achacarla á este medio de tratamiento sino á su aplicación tardía, ya que en las observaciones donde el aborto se ha provocado los fenómenos se atenuaron: la curación absoluta no se ha logrado sino después de mucho tiempo, pero los accidentes consecutivos parecen menos graves.

De las 16 observaciones, cinco han muerto (tres sin abortar y dos con aborto provocado tardío); seis llegaron al final del embarazo con un beneficio total poco afortunado y accidentes personales persistentes: y cinco en que la gravedad de los accidentes impuso en *tiempo oportuno* el aborto terapéutico es en donde el pronóstico fué más favorable.

La fecha de aparición, marcha y terminación de los accidentes nerviosos impondrán la línea de conducta. Wallich dice que la intervención debe hacerse en la primera ó segunda elevación del pulso, es decir, enseguida.

El tratamiento de la neuritis y mielitis gravídicas puede ser profiláctico aplicándose con todo rigor la fórmula de Pinard.

«En toda mujer con vómitos incoercibles, ó mejor tóxicos, en que la aceleración sea tal que el número de pulsaciones por minuto se eleve á más de 100 es necesario interrumpir el embarazo (1).

El autor siguiendo los consejos del profesor Herrgott, dice que es preciso conservar «el guía precioso de la taquicardia progresiva» y tener en cuenta antes de provocar el aborto, las condiciones individuales de la mujer: la aparición de accidentes nerviosos de origen periférico ó central impone la interrupción del embarazo, y lo mismo si después de desaparecer los síntomas gástricos persiste la frecuencia de pulso.

Los trastornos gástricos y los accidentes nerviosos son de origen tóxico: la naturaleza del veneno es aun desconocida. La insuficiencia hepática puede explicar ciertos accidentes; pero la tendencia actual es invocar una perturbación en el funcionamiento de ciertas glándulas de secreción interna.

Lebreton (2) ha emitido la hipótesis de que la secreción interna del cuerpo amarillo gestático protege á las mujeres contra la auto-intoxicación, y que los fenómenos tóxicos, vómitos, cefalea, debilidad visual, aparecen cuando el cuerpo amarillo se atrofia demasiado

(1) *Ann. de Gyn. et d' Obs.* agosto 1909.

(2) Citado por Niskoubina. Tesis de Nancy 1909, 71.

pronto. Sin embargo en la enferma que murió en la Maternidad de Nancy el autor no encontró en la autopsia ninguna reliquia del cuerpo amarillo gestativo. ¿Su desarrollo fué estorbado por la presencia del quiste dermoideo del ovario derecho? ¿Su regresión fué demasiado rápida? El autor lo ignora: el hecho le parece favorable á la concepción de Lebreton, sin que pase de ser una hipótesis. La historia de la evolución del cuerpo amarillo gestático es aún muy incompleta.

Si la naturaleza auto tóxica de los accidentes nerviosos paralíticos está bien establecida, hasta aquí las nociones anatomo-patológicas eran poco precisas, y en la única observación de Solo Wyeft, la neuritis de los nervios periféricos ha sido comprobada, nunca se han descrito lesiones medulares. Clínicamente la taquicardia permanente ha podido hacer pensar en una neuritis del pneumogástrico, pero la aceleración persistente del pulso es la regla en todos los casos en que los vómitos tóxicos tomen una marcha amenazadora, y por tanto esta neuritis sería pues frecuente y debería encontrarse casi constantemente en la autopsia de las mujeres muertas de auto-intoxicación.

Las lesiones medulares que el autor observó son raras é implican una intoxicación profunda del organismo. Estas alteraciones del sistema nervioso central y periférico son comparables á las lesiones de otras intoxicaciones exógenas, como las producidas por el mercurio, el fósforo ó el arsénico. Las lesiones histológicas son análogas.

Las lesiones medulares, en particular, no son sino un estado último en la gama de las manifestaciones auto-tóxicas que amenazan á la mujer embarazada, cuyo equilibrio fisiológico está roto gravemente.

ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

De la amaurosis quínica, por Schmeintz, (*Archives d'Ophthalmologie*, marzo 1911).

El autor clasifica, á grandes rasgos, los síntomas de una observación personal; ceguera súbita, restablecimiento gradual de la visión central, restauración lenta de la percepción de los colores, estrechamiento concéntrico, permanente del campo visual, palidez

definitiva de la papila y estrechamiento de los vasos centrales. Como lo ha observado Schwalbe la cafeína agrava la ambliopia y aumenta el estrechamiento de los vasos retinianos.

Las afecciones del nervio óptico consecutivas á la ingestión de combinaciones arsenicales, orgánicas y minerales, por Schirmer, (*Annales d'Oculistique*, enero 1911).

Hay una diferencia esencial entre las combinaciones orgánicas y las inorgánicas del arsénico en lo que concierne á su acción sobre el nervio óptico. Las combinaciones inorgánicas no dañan al nervio óptico, más que muy excepcionalmente, produciendo una neuritis retro-bulbar análoga á la neuritis alcohólico-nicotínica de pronóstico favorable. Las combinaciones orgánicas, por el contrario, mas particularmente el atoxil y la arsacetina, producen atrofas ópticas progresivas que llegan á la ceguera incurable. Se conocen hoy 50 casos de ceguera producida por el atoxil. Por el contrario, no se conoce ningún caso de ceguera atribuible á los cacodilatos. Es presumible que las cegueras no sean producidas por el arsénico, sino por combinaciones orgánicas de este metal. Entre los numerosos comedores de arsénico no se ha dado ningún caso de ceguera que se le pueda atribuir.

Entre mil enfermos con síntomas graves de envenenamiento arsenical, causados en 1900, en Inglaterra por el uso de cerveza arsenical, no se comprobó ninguna alteración del nervio óptico.

La acción destructiva del atoxil sobre el nervio óptico es probablemente producida por los productos de su desdoblamiento en el organismo.

Cuarto congreso internacional para mejorar la suerte de los ciegos, celebrado en el Cairo en el mes de febrero próximo pasado, (*The Ophtalmoscope*, abril 1911).

Después de leer una porción de comunicaciones de los más notables oculistas del mundo, destinadas todas á mejorar la suerte de los ciegos, de implantación práctica imposible por dificultades económicas, el congreso acordó llamar la atención de los gobiernos sobre las obras de interés general, y notablemente de aquellos que tienen por objeto prevenir la ceguera y proseguir la educación de los ciegos.

Ayudar á los filántropos por cuya iniciativa se crean establecimientos é instituciones en favor de los ciegos.

Que todos los que ejercen alguna influencia sobre el pueblo se esfuercen en hacer entender á las madres lo interesante que es cuidar durante los primeros días de la vida los ojos de sus hijos.

PABLO ALVARADO

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Parálisis velo-palatina secundaria á una difteria latente insidiosa y benigna estrictamente localizada en las fosas nasales, por E. Escat, (*Le larynx*, núm. 5, 1910).

Según Gubler, la angina diftérica no es sólo la que da lugar á la parálisis sensitivo-motriz y muchos partidarios de esta idea citaron casos de parálisis faríngea consecutiva á una angina roja, otros en fin admitieron con Peter y Trouseau la infección diftérica de la faringe sin exudado fibrinoso.

Según Marfan todas las parálisis de tipo diftérico son de origen Löffleriano, y la terapéutica debe fijarse en la clínica según los resultados bacteriológicos.

En vista de ideas y de teorías tan opuestas, el autor, se ha propuesto aportar su opinión á la etiología de la parálisis velo-palatina no precedida de angina blanca ó secundaria á una angina roja ó al menos sin antecedentes anginosos.

Una difteria puramente nasal puede en efecto, sin angina, complicarse de parálisis del velo-palatino. Hace ya mucho tiempo que los rinólogos han demostrado que la rinitis fibrinosa primitiva, era la mayoría de las veces de naturaleza diftérica.

Después se llegó á demostrar que el crup diptérico *d'emblée*, es consecutivo, la mayoría de las veces, á una localización primitiva de la amígdala lingual ó al tejido adenoideo del naso-faríngeo. Se encuentra pues en estas localizaciones, más frecuente de lo que se cree, en la nariz, el cavum ó la base de la lengua las secuelas diftéricas falsamente atribuidas á otras infecciones.

En apoyo de esta tesis, el autor cita dos observaciones de difteria endo-nasal, que fueron seguidos de parálisis velo-palatina, de estrabismo, dilatación pupilar, debilidad muscular y abolición de los reflejos rotulianos, los dos casos sin angina concomitante y

sin otro síntoma que un enfriamiento semejante á un vulgar romadizo. Estos corizas diftéricos han llevado al autor á formular las conclusiones siguientes:

1.^a La difteria puramente nasal, puede complicarse de parálisis velo-palatina.

2.^a Toda parálisis velo-palatina precedida de una rinitis fibrinosa, puede ser considerada como de origen diftérico.

3.^a Se puede afirmar la naturaleza diftérica de una parálisis velo-palatina, aunque nos encontremos en presencia de un examen negativo de la faringe, siempre que el individuo haya sido atacado de coriza algunas semanas antes de la parálisis.

Sobre la relación de las afecciones tonsilares inflamatorias con las enfermedades infecciosas, por Curschmann, (*Münch. med. Wochensh.*, núm. 6, 1910).

El origen de la invasión séptica del cuerpo humano, es debido muchas veces á las afecciones purulentas de las amígdalas, que de ordinario se localizan en las criptas (angina críptica). El mismo origen suelen tener ciertas formas de nefritis. En cuanto á la etiología del reumatismo agudo, es probable que no sea debido á los microbios mismos que penetran en el interior del cuerpo, sino á las toxinas que se forman en el depósito de la supuración tonsilar.

Acción del suero antidiftérico en las anginas pseudo-membranosas, no diftéricas, por Mourignand, (*Gazette des Hospitaux*, 7 juin 1910).

El autor ha observado anginas con falsas membranas de extensión progresiva, poco modificables por los lavados, que se reproducían rápidamente, complicadas de hipertrofia ganglionar submaxilar é infección general. Se diagnostican de diftéricas y las inyecciones de suero antidiftérico fueron hechas con resultado. Una sola inyección basta generalmente para hacer desaparecer las falsas membranas. En los cultivos no se encuentran más que estafilococos y estreptococos en dos casos, el cocci en otro, algunos bacilos en otros. Lo que demuestra que el suero antidiftérico es específico para muchas especies microbianas, y que puede ser muy útil en ciertas anginas banales pseudo-membranosas tenaces.

La influencia del tratamiento tonsilar en las enfermedades reumáticas, por Schichold de Leipzig, (*Münch med. Wochenschrift*, núm. 6, 1910).

El autor ha tratado con resultado en 70 casos de afecciones reumáticas de las articulaciones, la supuración crónica de las amígdalas, acantonada en las fosas tonsilares. En estos casos, no debe hacerse solamente las incisiones lagunares sino que deben extirparse las amígdalas, si no totalmente, lo más radicalmente posible.

Faringodinia gripal, en forma dolorosa de la angina gripal; su relación con la angina herpética clásica, por Escat de Toulouse, (*Rev. hebdomadaria de Laryng.*, 17 dic. 1910, núm. 51).

El autor ha observado una serie de enfermos que presentan el síndrome siguiente: empiezan con síntomas generales de malestar, de fiebre, de cefalalgia aguda y disfagia muy acentuada. Objetivamente no se observa más que un poco de hiperemia en la faringe. El dolor faríngeo y una acentuada astenia persisten por mucho tiempo.

El síndrome corresponde, sin la ausencia de vaxículas, á la descripción que hace Laségue de la angina herpética.

¿Será esta una angina herpética frustrada?

Para Laségue una sola vaxícula es suficiente para caracterizar el herpes. El autor ha observado numerosos casos que presentan en el curso de su enfermedad vaxículas en el orificio bucal y base de los pilares. Todos tienen la misma reacción. La duda está entre la angina herpética y la faringodinia gripal. Pero el examen bacteriológico de las vaxículas hecho por numerosos autores, ha demostrado en todos ellos el agente de la gripe.

El autor emite la hipótesis que esta angina herpética, sin herpes, representa la forma más frustrada que puede revestir la reacción del plexo nervioso sensitivo-trófico de la mucosa faríngea.

RODRÍGUEZ VARGAS

PEDIATRIA

El tratamiento del crup en el Hospital Herold, por el Dr. H. Garban, (*Tesis de París*, 7 abril 1910).

En 1901 el Dr. Barbier realizaba un *sanatorio de hospital* instalando en el Hospital Herold una cura de aire para los niños tuberculosos. El autor estudia en su tesis los resultados obtenidos de 1902 á 1909. Describe primero la instalación y el funcionamiento del sanatorio antes de dar los resultados é insiste sobre las obras que permiten continuar fuera del hospital la lucha contra la tuberculosis infantil.

Después de haber referido el Dr. Garban 57 observaciones deduce las siguientes conclusiones:

1.^a Es posible cuidar, mejorar y curar, al menos clínicamente, en un sanatorio de hospital la gran mayoría de los niños tuberculosos.

2.^a La instalación de este sanatorio de hospital es poco costosa y da resultados preciosos, á condición de que se repartan los niños por pequeños grupos para evitar el hacinamiento y asegurar la disciplina.

3.^a Los resultados del sanatorio son satisfactorios en todas las formas de tuberculosis. Las tuberculosis pulmonares abiertas, las tuberculosis peritoneales, son más felizmente modificadas que las tuberculosis cerradas pleurales ó ganglionares.

4.^a Las condiciones indispensables para el éxito de la cura son: el buen estado de las vías digestivas, la docilidad del niño y la duración suficiente de la permanencia en el sanatorio.

5.^a Los enfermos que mejoran ó curan clínicamente son sujetos de menor resistencia. Es indispensable para mantenerlos en estado de defensa, hacerlos vivir lejos de las ciudades, en escuelas al aire libre, granjas y colonias agrícolas, donde ellos pueden llegar á la curación completa y definitiva.

Recidiva de crup con ocasión de una varicela, por Halipré y Fregonel, (*Rev. Med. de Normandie*, núm. 3, 10 febrero 1911).

La localización de la varicela sobre la laringe es una rareza. En esta observación se trata de una recidiva de crup con ocasión

de una varicela. El niño, de edad de cinco años, había presentado un crup diftérico que tuvo necesidad del entubamiento. Desentubado al tercer día, caminaba hacia la curación cuando fué atacado de una varicela, seis días después del desentubamiento. Dos días más tarde, ó sea á las ocho de haber quitado el tubo, después que un examen bacteriológico había sido negativo respecto á la difteria, el tiro se manifestó con una intensidad extrema. La garganta estaba muy roja y presentaba varias vexciculo-pústulas. Hubo necesidad de entubar al niño por segunda vez.

Ninguna duda parecía posible sobre la existencia de una localización laríngea de la varicela en este caso. La gravedad de esta laringitis varicelosa ha podido encontrarse acrecentada por el hecho de la difteria anterior, pero sólo ha existido aquí una causa predisponente y nada más.

El análisis riguroso de los hechos, la sucesión de los mismos, prueban y confirman el diagnóstico de laringitis varicelosa en este caso.

SUÑER

UROLOGIA

Contribución clínica y experimental al estudio de la acción del «Bacterium coli» sobre el Riñón, por el Dr. Filippo Cuturi (Catania).

Desde 1886, época en que Escherich descubrió y cultivó el bacterium coli, hasta la fecha, numerosos casos clínicos de infección renal por el citado agente han sido publicados y no menos numerosos estudios experimentales llevados á cabo, para demostrar la vía de infección del B. coli sobre el riñón, habiendo sido discordantes los resultados obtenidos.

Para unos el B. coli es nocivo para el riñón, otros por el contrario lo creen inofensivo, atribuyendo la inflamación del riñón al estreptococo, al proteas vulgar ó al diplococo que acompaña al B. coli.

Los autores (Clado, Hallé, Krogius, Rebland, Morelle) que han estudiado esta cuestión, no han podido ponerse de acuerdo sobre la conveniencia de admitir un tipo único de B. coli, que tenga siempre las mismas propiedades biológicas y la misma acción patógena. Gilbert considera los diversos tipos encontrados, como un conjunto de gérmenes con propiedades fundamentales comunes.

El *B. coli* se encuentra normalmente en el intestino del hombre, adquiriendo una virulencia especial en el curso de las enfermedades intestinales; por una solución de continuidad, invade el organismo por vía sanguínea, como ha sido demostrado por Recklinghausen, Virchow y Beckmann, que han encontrado grupos de bacterias en los glomérulos del riñón. Marchiafava y Bignami han encontrado pequeñas embolias renales producidas por el *B. coli*, en las enteritis ulcerosas. Rovsing ha encontrado el citado agente en las orinas de individuos atacados de enfermedades intestinales y principalmente en un enfermo atacado de tifoidea, en otro con diarrea sanguinolenta, en dos con cáncer intestinal, en otro con estreñimiento habitual, y por último, ha comprobado la existencia del *B. coli* en orinas de individuos con el tubo digestivo sano en apariencia. Heubner ha observado que el simple estreñimiento crónico, puede determinar la penetración del *B. coli* en la sangre y su eliminación por la orina.

Posner y Lewin han producido con la oclusión del recto, una coprostasis en el animal, comprobando la invasión en la sangre de los microorganismos del recto y subsiguiente aparición en la orina. Baginski, Gilbert, Rossi Doria, han demostrado en los nodrizas y recién nacidos, que el estreñimiento y la diarrea, son causas frecuentes de infección pielo-renal. Carle en enfermos atacados de oclusión intestinal y en los animales en los que experimentalmente se reprodujo la lesión, ha encontrado el *B. coli* en la sangre, durante la vida.

Arndt ha sentado la conclusión, de experiencias sobre conejos que su intestino bajo la influencia de ligeros trastornos circulatorios, permite el paso de los microorganismos que él contiene. Oker-Blom, de experiencias hechas sobre el mismo animal, afirma: que mientras que una éxtasis circulatoria no es suficiente para producir la penetración del *B. coli* en la pared intestinal, una constricción prolongada durante diez horas, permite al *B. coli* invadir la mucosa y el mesenterio por intermedio de los vasos linfáticos.

El paso del *B. coli* del intestino á los riñones, se verifica sin que los riñones sientan sus efectos; el medio de defensa de estos órganos contra el agente que nos ocupa, está constituido por la presencia de urea en la orina, como ha sido demostrado por las experiencias de Renault. Este autor, cultivando el *B. coli* en un medio en el que la urea alcance la proporción de 5 ‰, ha observado que no se desenvuelve, permaneciendo el cultivo estéril al cabo de 15 días y

sin presentar trazas de indol. Las mismas experiencias repetidas por Jacontini, del Instituto de Higiene de Roma, dieron idénticos resultados.

La acción patógena del *B. coli* no es posible por tanto, en orinas en las que la cantidad de urea no se halle disminuída; en efecto, Hallé, Albarrán y Rebland, no pudieron producir cistitis, con inyecciones en la vejiga, de un cultivo puro de *B. coli*, aislado de otro caso de cistitis. Bastianelli no ha podido experimentalmente producir cistitis en las vejigas del conejo por infección del citado agente; si al mismo tiempo se producía una retención de orina, la infección se desenvolvía con una intensidad variable con la virulencia de los microorganismos; inyectando en las venas el *B. coli*, con retención de orina, no se producía siempre inflamación vexical, pudiéndose comprobar siempre, sin embargo, el agente en la orina.

Mientras que el *B. coli* es casi inofensivo en los riñones sanos, adquiere por el contrario una virulencia extremada siendo muy patógeno, para los riñones alterados por la presencia de cuerpos extraños ó por lesiones del mismo tejido renal; es el microbio que se encuentra con más frecuencia en las pielonefritis, en las pielitis secundarias de los calculosos y en los abscesos miliares renales; se encuentra con frecuencia asociado al proteus, estreptococo y estafilococo, únicos productores de las lesiones según Rovsing, ya que no le concede papel patógeno al *B. coli*; este mismo autor en numerosos casos de nefrolitiasis infectados por dicho microbio y en los cuales los cálculos habían determinado hemorragias, no ha observado jamás inflamaciones graves, quedando reducida su acción á producir ligeras y benignas pielitis.

Albarrán ha demostrado la importancia del *B. coli*, en las nefritis descendentes y ascendentes consecutivas á las lesiones vexicales; en 25 casos, encontró este agente 23 veces, 15 al estado de pureza y 8 veces asociado, siendo en 5 casos causa de perinefritis de origen renal. Rodet ha encontrado el *B. coli* en un caso de pielitis sin cistitis, admitiendo que el agente había caminado directamente á través del peritoneo, desde el intestino al riñón. Rebland ha observado dos casos de pionefritis debidos al *B. coli*, en los cuales la etiología era: hidronefrosis transformada en pionefrosis por invasión de los micro-organismos proviniendo del intestino y transportados de la sangre á las orinas. Renault comunica el hallazgo de autopsia hecha en una mujer en el quinto mes de embarazo: nefritis y pielitis doble, con cultivo de *B. coli*. Schnitzler ha observado un caso de pionefrosis debido al mismo agente sin que

existiera cistitis, admitiendo como Rebland una infección del intestino por vía sanguínea. Chantemesse y Vidal han comunicado un caso de nefritis supurada en una mujer convaleciente de fiebre tifoidea y en la cual se encontró el *B. coli*; Pansini y d'Urso le han comprobado en las orinas de pielonefritis, lo mismo que Schmiltz y Archoff.

Los diversos experimentadores habiendo comprobado clínicamente, que el *B. coli* ejerce su acción patógena sobre el riñón alterado, han producido su receptibilidad experimental por la ligadura del ureter y consecutiva hidronefrosis, siendo contradictorios los resultados aun operando en idénticas condiciones, lo que podría ser atribuído á la virulencia más ó menos considerable de los cultivos de *B. coli* empleados.

El autor después de la descripción de dos casos clínicos referentes: á una pionefrosis derecha con infección vexical secundaria y á una pielonefritis calculosa, seguidas de experiencias sobre cuatro conejos, escrupulosamente practicadas y anotadas, llega á las siguientes conclusiones:

1.^a El *B. coli*, llegado al riñón sano por vía sanguínea no determina ninguna lesión, pudiendo dar lugar simplemente á una bacteriuria.

2.^a El *B. coli* sobre un riñón alterado por cálculos provoca la pielonefritis y la pionefrosis.

3.^a Experimentalmente se obtiene la pielonefritis por *B. coli*, determinando una hidronefrosis por la ligadura del ureter y el paso del *B. coli* por vía sanguínea al riñón previas lesiones de las paredes rectales y oclusión del resto durante 24 horas.

La cistitis dolorosa por el Dr. Postner (*Praktitsheskii Uratch* 7 marzo 1910).

La cistitis dolorosa, es una denominación sintomatológica indicadora de las variedades patológicas del proceso; así el aspecto de la cistitis dolorosa puede depender de causas nerviosas; los trastornos nerviosos centrales y en particular la ataxia, provoca crisis vexicales extremadamente tenaces, que pueden ser conocidas, aparte de otros signos, por los datos negativos del examen de la orina; en otros casos, como se demuestra por el examen cistoscópico, los trastornos son producidos por leucoplasia ó malacoplasia vexicales; en algunos casos, por último, la cistitis calculosa se hace

notar por la violencia de sus dolores. Pero la verdadera causa de la cistitis dolorosa, es producida por lesiones del cuello vexical ó por pérdidas de sustancia debidas ó á la tuberculosis ó á neoplasias.

Ordinariamente la cistitis dolorosa, es una cistitis ulcerosa y el problema á resolver consiste, en descubrir lo más exactamente posible el carácter de estas manifestaciones. La cuestión de las ulceraciones vexicales ha comenzado á ser estudiada en una fecha relativamente reciente; ha sido Le Fur el primero que en 1901, ha demostrado clínica y experimentalmente, que en estos casos había que tener en cuenta no solamente las ulceraciones causadas por el catarro, sino que en algunas ocasiones existe una *úlcer simple* de la vejiga (1), que puede ser comparada á la úlcera redonda del estómago; esta úlcera puede estar bajo la dependencia de una afección localizada, no solamente á la mucosa vexical, sino extendida á las paredes vexicales y cuya causa pueden ser: trastornos tróficos, parálisis general, ó bien por infección general ó local. Para reconocer las ulceraciones vexicales de naturaleza tuberculosa, es necesario comprobar la existencia del bacilo en las orinas, por cuanto los demás síntomas, son semejantes en ambas afecciones. La cistoscopia, sin la cual el diagnóstico es imposible en el vivo, permite igualmente hacer la diferencia que existe entre la tuberculosis y los neoplasmas. En cuanto al tratamiento, varía en relación con la causa de las tres formas de ulceración, tuberculosis, úlcera simple y neoplasma, aunque en el fondo, la medicación sintomática de todas estas formas consista en el mismo método y en los mismos medios.

En las ulceraciones tuberculosas, sucede casi siempre que son consecutivas á una tuberculosis primitiva del riñón, desprendiéndose de este hecho, que si el estado del otro riñón lo permite, es absolutamente necesario, eliminar el foco primitivo practicando una nefrectomía; después de la extirpación del riñón y suprimido el aporte de nuevos elementos infectantes, las ulceraciones vexicales curan espontáneamente. Es evidente que, aunque sea excepcionalmente, no siempre pasan los hechos como acaban de enumerarse y que se deben por tanto buscar otros remedios contra la misma inflamación de la vejiga; entre estos últimos se obtiene

(1) Un caso típico de úlcera simple de la vejiga asentando en la pared anterior cerca del vértice he tenido ocasión de observar en el año 1906, comprobado por repetidas cistoscopias.

frecuentemente un gran beneficio, empleando con circunspección una solución de tuberculina de Koch; si al mismo tiempo é independientemente de esta terapéutica se desea emplear un tratamiento local, se recurrirá á los antisépticos únicamente, ya que los caústicos solamente hacen daño; entre los medicamentos anti-pútridos los que han dado resultados más satisfactorios, son las instilaciones de sublimado al 4 ó 5 por 1.000, el ácido fénico y el iodoformo y guayacol unidos y reputados como específicos; los resultados más favorables se obtienen en los casos de ulceraciones no tuberculosas con las instilaciones argénticas; se pueden igualmente recomendar, el raspado y cauterización con el gálvano, con la ayuda del cistoscopio de Vitze ó de Smys; siendo lo más frecuente que las ulceraciones vexicales, asienten en el cuello, se obtendrán buenos resultados, haciendo irrigaciones con ayuda del cistoscopio de Goldsmith. Desgraciadamente los resultados de la intervención quirúrgica en los casos de cistitis dolorosa neoplásica, son poco consoladores, por cuyo motivo en la mayoría de los casos hay que limitarse á tratar de disminuir los dolores y molestias del enfermo, las necesidades frecuentes de orinar y los dolores que disminuyen las fuerzas agotándolas.

Entre los medios que podemos emplear como medicación sintomática, se recomiendan las aplicaciones calientes bajo la forma de compresas ó de cataplasmas, aplicadas sobre la parte inferior del vientre ó sobre el periné; obran igualmente bien, los baños de asiento prolongados, las duchas calientes sobre el periné y las irrigaciones vaginales en la mujer. La vigilancia más exquisita debe guardarse para evitar el estreñimiento, así como prohibir toda bebida excitante, disponiendo un régimen alimenticio á base del lácteo.

Sobre la pielitis primitiva, por el Dr. Saatroff (*Annales des maladies des organes genito-urinaires*, núm. 4, 1911).

Hace algunos años Lenhartz había llamado la atención sobre el hecho, de que salvo las pielitis que son consecutivas á infecciones secundarias, se observa con frecuencia una pielitis que presenta las particularidades subjetivas siguientes: se desenvuelve frecuentemente en las mujeres y muy á menudo ligada á la menstruación, comienza ordinariamente de improviso por una fiebre muy fuerte ó un escalofrío violento; al mismo tiempo se nota en la región

enferma dolores espontáneos y provocados á la presión, con fenómenos de reacción peritoneal y tensión de esta serosa; la orina presenta un aspecto turbio y contiene microbios.

La fiebre ordinariamente reviste la forma de fiebre continua con caída brusca de la temperatura, habitualmente de corta duración, prolongándose sin embargo en algunos casos durante más ó menos tiempo, observándose con frecuencia recaídas coincidiendo con la menstruación. La causa de la infección en la mayor parte de los casos es el *B. coli*, solamente en algunos casos raros se encuentran algunas bacterias. Las formas particularmente graves son debidas al *proteus vulgaris*, las cuales pueden prolongarse durante meses y años; el autor ha observado un caso en el cual existían ambos gérmenes, y en la clínica de Munich observó dos casos de pielitis, en los cuales se nota la presencia de un bacilo desconocido hasta la fecha, de una talla extremadamente pequeña, no decolorándose por el Gram, desenvolviéndose solamente y con dificultad sobre el agar; estos dos casos hacían relación á dos mujeres de 20 y 30 años respectivamente, en las cuales se encuentran los bacilos mencionados, asemejándose mucho al microbio de la influenza.

El cuadro clínico en los dos casos presentaba algunas particularidades, primero se notaba un período de fiebre de larga duración y en segundo lugar la infección en el sistema vascular había provocado, en una enferma, el edema de toda la parte izquierda del abdomen, y en la otra, una flebitis de las extremidades inferiores. El estado general á causa de estos trastornos se mantenía bueno, lo que indicaba la poca virulencia de dichos bacilos.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFIA

El cloroformo y la nutrición.—Tesis de Doctorado en la Facultad de Medicina por *D. Julio Toledo y Manzano*.—Madrid 1911.

Este trabajo que ha merecido la nota más favorable por parte del tribunal censor, tiene por objeto establecer si la acción del cloroformo obedece ó no á suspensión de las oxidaciones intraorgánicas pronunciándose el autor por la negativa y afirmando que dicho agente anestésico actúa principalmente no sólo sobre los centros nervios é hígado á causa de la cantidad de lipóides que contienen y por los que aquél manifestó acción electiva, sinó también como destructor de los glóbulos sanguíneos.

Fundamentando los resultados de su tesis en el estudio de 15 casos de anestesia clorofórmica precedida y seguida del análisis de la orina establece á partir de los datos por ésta suministradas las conclusiones siguientes:

1.^a En la orina de los anestesiados con cloroformo es constante el aumento de la cantidad de nitrógeno total eliminado en los tres primeros días que siguen á la narcosis. La de creatinina aumenta de un modo notable, así como la de ácido úrico. La de urea disminuye, por el contrario.

2.^a La eliminación del azufre total sigue una marcha análoga á la del nitrógeno. El azufre no oxidado aumenta en bastante cantidad de un modo constante. El azufre de los sulfoconjugados sufre grandes variaciones.

3.^a El máximum de eliminación del fósforo no oxidado se observa al segundo dia. El fósforo oxidado se elimina en mayor cantidad en las primeras veinticuatro horas después de la anestesia.

4.^a La orina post-clorofórmica contiene una substancia orgánica clorada, cuya cantidad está en relación con el poder reductor del líquido urinario.

5.^a Es constante un aumento en el poder reductor de la orina de los anestesiados con cloroformo, sin que, por lo general, la reducción pase del color verde.

6.^a El poder reductor es debido muchas veces á un derivado del ácido glucurónico, como lo prueba el hecho de que después de hervir la orina con un ácido mineral diluido, dicho líquido desvía á la derecha la luz polarizada, mientras que antes la desviaba á la izquierda. En la orina preparada así, dan resultados positivos las pruebas de la floroglucina y de la orcina.

7.^a El ácido glucurónico se produce normalmente en el organismo por oxidación de la glucosa, no eliminándose en esta forma, porque es á su vez oxidado. Su presencia en la orina post-clorofórmica no es debida á una deficiencia de las oxidaciones, sino á que se elimina en combinación con una substancia difícil de oxidar, probablemente el alcohol triclorometílico.

8.^a El aumento de la cantidad de ácido úrico eliminado no indica disminución de las oxidaciones, sino destrucción grande de nucleoproteidos.

9.^a El cloroformo es retenido en los órganos proporcionalmente á la cantidad de lípidos que contienen éstos y á la abundancia del riego sanguíneo; y como estas condiciones se encuentran reunidas, más que en ningún otro órgano en los centros nerviosos, se explica perfectamente la acción electiva de esta substancia por dichos centros.

10. El hígado es influido de una manera notable por el cloroformo, observándose, desde trastornos funcionales, unas veces ligeros, que se revelan por la urobilinuria, otras acentuados, según demuestra la disminución del tanto por ciento de sulfocombinados que se eliminan por la orina, y el aumento paralelo de toxicidad de este líquido, hasta la muerte por hepatitis aguda. Estas perturbaciones se explican por la cantidad de lípidos que el hígado contiene. Es, por lo tanto, muy peligroso anestesiar con cloroformo á los que padecen degeneración adiposa de esta víscera.

11. El cloroformo es un veneno de la sangre, como lo prueba la gran destrucción de glóbulos rojos y la disminución de actividad de los leucocitos.

12. Es también un veneno del músculo, á juzgar por el aumento de creatinina eliminada después de la anestesia.

13. La mitad del cloroformo que se introduce en el organismo es eliminada por los pulmones y la orina, sin sufrir transformación

alguna. La otra mitad próximamente es transformada, quizá por oxidación, en alcohol triclorometílico.

14. El poder tóxico del cloroformo no es debido á una intoxicación por el ácido beta-oxibutírico, como afirman Beesley y Guthrie, ni á que contenga un átomo de cloro con dos valencias libres como creen Heijmans y de Buck.

De estas conclusiones la 1.^a, 2.^a y 3.^a; son deducidas del trabajo de que el capítulo primero es comprensivo y que se intitula *análisis de la orina antes y después de la cloroformización*; capítulo del que su parte más saliente es la destinada á la investigación del agente que en las orinas de los cloroformizados produce la acción reductora sobre el líquido de Fehling y que el autor después de señalar las opiniones de Htgar, Kaltenbach, Sabarth, Pavy y Drapier, afirma con Kast y Vidal ser debida, por una parte á la presencia de una sustancia orgánica clorada y por otra, y de acuerdo con Zeller, la atribuye á una combinación del ácido glucurónico con el alcohol triclorometílico. Sostiene este criterio por exclusiones de la acción del cloroformo mediante ejecución de la técnica experimental de Kast y Vidal; de la del ácido úrico y persistencia, previa defecación por el reactivo Courtonne, del poder reductor de la orina sobre el líquido de Fehling y de la de la glucosa por obtención de resultados negativos con sus reactivos especiales y manifestación de acción levogira al examen polarimétrico; lo que juntamente con las reacciones positivas de la floroglucina y de la orcina lo llevan á la afirmación de la presencia del ácido glucurónico y á considerarla como causa del poder reductor que manifiestan las orinas de los cloroformizados. Adolece esta parte del trabajo de ciertas omisiones de técnica analítica que no suplidas permiten siempre la duda de que el poder reductor sea debido al citado ácido y que subsanadas y acaso dando resultados distintos de los que el autor consigna, le hubiesen llevado á deducciones que lejos de invalidar su tesis le permitirían sostenerla más firmemente. Así, al investigar el poder reductor en la orina post cloroformica, previa eliminación del ácido úrico y defecación por el reactivo de Courtonne puede muy bien ocurrir que la acción reductora no sea debida á la presencia del ácido glucurónico y si á la de la levulosa que muchas veces no sólo con dicho ácido coexiste en la orina sino también con la glucosa, y que como aquel (el ácido glucurónico) posee acción reductora sobre el líquido cupropotásico, está dotada de poder rotatorio levogiro y

dá resultados positivos con las reacciones de Tollens y de Reichel ó Bertrand. Una de las pruebas más seguras permitiendo afirmar ó negar la presencia del citado ácido es la de la observación espectroscópica que realizada, bien según la técnica de Neumann, bien mediante la más recientemente dada á conocer por Besnier, que elimina la causa de error inherente al *modus operandi* de Tollens que el autor de la tesis si bien no aplica señala como de más garantía, hubiese sido el dato concluyente que le permitiría con toda certeza afirmar la presencia ó ausencia, bien del ácido glucurónico, bien de la levulosa, presencia la de esta última que tendría una grandísima importancia desde el punto de vista de la tesis que sostiene, que el cloroformo influye sobre el hígado, pues no sólo se ha comprobado por Rosin, Ofner, Adler, Neubauer y otros su existencia frecuente en la orina, sinó que ésta es considerada por Chiatante, Chajus y Umber como signo cierto de insuficiencia hepática.

Las restantes conclusiones hállanse muy bien inspiradas en la doctrina bioquímica que informan los tres capítulos que bajo las denominaciones *Acción del cloroformo sobre los principios inmediatos*.—*Acción del cloroformo sobre los órganos y transformaciones intraorgánicas y mecanismo de acción del cloroformo*, completan este trabajo, en el que se revela caudal de conocimientos de Química biológica; ciencia que en período de constitución, ofreciendo amplio campo á la investigación, debe seguir cultivando el nuevo Doctor á la consecución de triunfos que seguramente alcanzará dada las disposiciones de experimentador que tan brillantemente en su memoria manifiesta.

Por ella lo enviamos cordial enhorabuena.

F. DOMENECH

CASOS Y CONSULTAS

Accidentes artríticos de las vías urinarias.

Sr. Dr. A. P.—Mi distinguido compañero: Me permitiré antes de contestar gustosa y cumplidamente á su consulta, que reproduzca su carta primera y la ampliatoria en sus más importantes detalles.

No me extrañó su segunda carta al manifestarme se trataba de una señora obesa con 100 kilos de peso, con dolores y sequedad, apreciable por los chasquidos de las articulaciones, que no respondían á los compuestos salicílicos, puesto que me había figurado un tipo clínico semejante por las circunstancias y síntomas que enumeraba V. en la primera consulta y cuyas manifestaciones más importantes eran: orina muy revuelta, sin dolores ni trastornos subjetivos de ninguna clase, imputables, al decir de la enferma, á la ingestión de agua caliente para producir adelgazamiento, lo que fué conseguido, y con el resultado siguiente del análisis de la orina:

Color.....	Amarillo de ambar.
Aspecto.....	Algo turbia.
Sedimento.....	Muy apreciable.
Consistencia.....	Fluída.
Olor.....	Sui géneris.
Reacción.....	Ácida muy marcada.
Densidad á + 15°.....	1,029.
Acidez total (en oxálico)....	3,80 por 1000.
Urea.....	16,55 por 1000.
Ácido úrico total.....	0,62 por 1000.
Albúmina.....	No contiene.
Glucosa.....	No contiene.
Pigmentos biliares.....	Reacción negativa.

Examen químico-microscópico del sedimento: Dejada en reposo la orina, fórmase un sedimento de color blanco-sucio, ligeramente rosado, formado por uratos y ácido úrico no muy abundantes y numerosas células epiteliales vexicales sueltas y agrupadas, algunas escasas del epitelio renal, no conteniendo ni hematies, ni cilindros.

En suma una orina, con aumento de densidad, acidez y ácido úrico, ligera disminución de la urea y una descamación superficial del tapiz epitelial del aparato urinario.

Ahora bien; al tratar de responderle á su pregunta diagnóstica, formulando mis reservas y juzgando por los síntomas transcritos, con toda sinceridad le confesaré, que no encuentro ninguna enfermedad parecida, que no hay lugar apropiado en la Nosotaxia para incluirla ¡como que no es enfermedad! según demostraré.

Por una parte, la existencia de la obesidad y reumatismo crónico, por otra, orinas ácidas como las llama Gautrelet, con herencia probable de manifestaciones artríticas, con elementos más que suficientes para opinar que se trata de una diatesis, de una artrítica en la más amplia y general acepción de la palabra; de una diatesis en la cual, las metamórfofis retrógadas que dice Bouchard se encuentran alteradas, alteraciones de la desasimilación en sus actos: químico-trasmutación retrógada y físico-traslación de expulsión, dando lugar á una desasimilación incompleta traducida en la orina por aumento del ácido úrico y acidez y disminución de la urea, que como sabe V. es el último límite de desintegración de las sustancias azoadas.

Mas si acaso le cupiera alguna duda, ó encontrase deficiente esta apreciación personal para explicar la descamación epitélica del aparato urinario, le haré notar que existe un cuadro sindrómico de etiología y patogenia desconocida, imputable al artritismo, caracterizado por ligera polakiuria, con orinas ácidas y productos de descamación, que los alemanes denominan vejiga irritable y que sin género ninguno de duda, cede y desaparece con una terapéutica conveniente, con la medicación de la diatesis úrica, modalidad como todas ellas según mi sentir, de la diatesis úrica, artritismo.

En cuanto á terapéutica no le extrañará mi concisión, ya que seguramente ha de comprender que cada modalidad diatélica imprime cambios en la terapéutica, á más de que conformes con la aserción de Dyca Duck-worth «en medicina los doctrinarios son enemigos peligrosos», sólo el médico que mantenga contacto con

sus clientes puede graduar el tratamiento higiénico-dietético principalmente, por ser el más importante en estos casos; mas dentro de dicha concisión formularé las siguientes reglas aplicables á todos los casos:

- 1.º Evitar los alimentos tóxicos.
- 2.º Abstenerse de los alimentos generadores de ácido úrico.
- 3.º No hacer consumo excesivo de alimentos azoados (una comida diaria es suficiente).
- 4.º Suprimir todo alimento que aumente la acidez del organismo.
- 5.º Favorecer la desintegración orgánica (ejercicio, amasamiento, etc.), con una vida física.
- 6.º No usar de alimentos excitantes (alcohol y espirituosos).
- 7.º Usar alcalinizantes y disolventes del ácido úrico.

RODRIGO E. CEBRIÁN

CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA

DENOMINADO

RAQUI-ESTRICNO-ESTOVAINIZACIÓN DE JONNESCO

POR EL

DR. VICENTE SAGARRA

Ex-rector de la Universidad y Catedrático de Operaciones de la Facultad
de Medicina de Valladolid.

(Continuación).

OBSERVACION 2.^a

Tumores hemorroidales tratados con la ignipuntura simple. Raqui-estricno-estovainización.

Victoriano Gómez de 46 años, ingresó el 22 de febrero ocupando la cama núm. 21 de la sala del Carmen. Operado por el Doctor Romón.

Eran venosos del tamaño de pequeñas avellanas y, como suele ocurrir, formaban un rodete azulado con abolladuras, rodeado de otro de superficie regular, de color más pálido y con cubierta más cutizada que la del rodete hemorroidario. El enfermo tenía frecuentes hemorragias. Su estado general, sin embargo, no revelaba grandes pérdidas.

Operación.—El día 3 de marzo. La raqui-estricno-estovainización se hizo con la solución que podemos llamar normal, compuesta de un gramo de agua esterilizada, siete centigramos de estovaina y un miligramo de estricnina.

La inyección se hizo entre la 12.^a dorsal y la 1.^a lumbar con arreglo á la técnica ya expuesta en la observación primera.

A los dos minutos nota el enfermo hormigueo en las extremidades inferiores, pero mucho más acentuado y precoz en la izquierda. Comenzó en los dedos de los pies y subía hasta los muslos.

A los cinco minutos se completa la anestesia en la extremidad inferior izquierda llegando hasta el lado correspondiente del escroto, de la nalga y de la ingle; en el lado derecho tarda unos tres minutos más en producirse.

El pulso que antes de la anestesia era de 70 por minuto, durante la misma, osciló entre 100 y 106, notándose hipotensión manifiesta.

A los diez minutos de la inyección se colocó al enfermo en decúbito lateral izquierdo y viendo que la sensibilidad había desaparecido en el ano, se procedió á la dilatación forzada del esfínter que no fué sentida y después, á la introducción del termo-cauterio de punta cónica en el centro de cada una de las hemorroides, que tampoco produjo dolor alguno, se le curó con un pelotón de gasa introducido por su parte estrecha en el ano.

Observación.—A las tres de la tarde tuvo fuertes dolores en la región operada y comprendiendo que los producía el tapón se le separó, quedando el enfermo tranquilo.

La temperatura no pasó de 37° 2. El pulso alcanzó 80 por minuto. A las 24 horas todo se regularizó.

OBSERVACIÓN 3.^a

Hidrocele de la vaginal izquierda. Inversión de la misma.

Cándido García, de 67 años, natural de Aguilar de Campos, de esta provincia y de oficio peón caminero; ingresó en la Clínica, sala del Carmen el 26 de febrero, ocupando la cama núm. 5.

Es un sujeto alto, de buen color, enjuto de carnes y vigoroso; en una palabra de condiciones fisiológicas excelentes. Su hidrocele no tiene nada de particular, excepción hecha de su volumen, mayor que un puño.

Operación.—El 7 de marzo. La anestesia se hizo con arreglo á la misma técnica que en la segunda observación.

Del líquido céfalo-raquídeo se dejaron salir 20 gotas. La punción fué poco sentida.

A los tres minutos, y como en las dos anteriores observaciones, se presenta hormigueo en los dedos de los pies, más intenso y precoz en el izquierdo que en el derecho.

A los siete minutos empieza á desaparecer la sensibilidad en los miembros, pero con irregularidad notable. Obsérvase tan sólo una zona completamente anestesiada. Esta es la cara externa de la pierna izquierda y todo el pie, llegando hasta la rodilla. En el muslo izquierdo, en todo el derecho y en el escroto sólo se aprecia hipoestesia. No hay relajación muscular ninguna. El enfermo mueve con toda libertad las piernas.

A los diez minutos se comienza el acto operatorio con la incisión anterior en el escroto. El operado se queja un poco, indicándonos que se puede aguantar aunque le duela. Los restantes tiempos apenas los siente. Así, pues, se incide la fibro-vaginal, se invierte por detrás del testículo, se sujeta con dos puntos de catgut, y el testículo desalojado de su vaginal y al descubierto se hunde en el escroto para cubrirle con él.

Se termina con dos planos de sutura, uno á punto pasado con crin para adosar las caras profundas ó conjuntivas de la herida escrotal y otra continua con catgut para unir los bordes cutáneos. Cura con tintura de iodo y algodón. Duré la operación unos 18 minutos.

Al terminarla (unos 28 á 30 minutos de la inyección) el enfermo confiesa que le ha dolido bastante, pero es de suponer exagera, teniendo en cuenta que no hizo ningún movimiento de protesta para eludir la acción de los cortes y de las presiones de las pinzas usadas en la hemostasia. Al ponerle el apósito nota pesadez en los miembros al quererlos mover y el hormigueo del principio.

A los 30 minutos de la operación desaparecen todos estos fenómenos y se restablece la sensibilidad por completo. Temperatura 36°, pulsaciones 68.

Observación.—A las cinco de la tarde se queja de cefalalgia intensa. Acompaña una elevación térmica en la axila de 39° 4, con 80 pulsaciones.

Al día siguiente, 8, por la mañana el pulso y la temperatura eran normales, pero persistía el dolor de cabeza. A las cinco de la tarde continúa la cefalalgia con menos intensidad, pero el pulso sube á 80 y la temperatura á 38° 9.

El día 9, tercero de observación, desaparece la cefalalgia y se normalizan el pulso y la temperatura.

A los 15 días el enfermo recibió el alta, por haberse cicatrizado completamente la herida.

OBSERVACION 4.^a

Epitelioma ulceroso y exuberante en la región sub-orbitaria izquierda, de unos 4 centímetros de diámetro, acompañado de adenopatías cervicales submaxilares. Extirpación de esta triple lesión.

R. M., de 67 años, natural de Castronuño (Valladolid) albañil, ingresó en la Clínica el día 28 de febrero, ocupando la cama número 4 de la sala del Carmen.

No hay antecedentes hereditarios. Es un sujeto de buena constitución y salud habitual excelente, sin otros antecedentes morbosos que una caída de andamio, sin grandes consecuencias, y algún que otro catarro bronquial. Hay en su aspecto, sin embargo, algo que revela una vejez mayor que la que corresponde á los 67 años que dice tener.

Motivó su ingreso una lesión localizada en la región sub-orbitaria izquierda en forma de una úlcera exuberante circular y cuyos contornos correspondían: hacia dentro al borde del ala de la nariz y base del pabellón; arriba al borde adherente del párpado inferior; afuera una línea correspondiente á la vertical que pasase por el borde externo del pómulo; y abajo la base del labio superior. En las regiones submaxilares existían dos infartos ganglionares, en cada una, del tamaño de alubias.

El mal había comenzado un año antes.

Operación.—El 9 de marzo á las diez de la mañana. Como tenía que ser ejecutada en la cara, el enfermo éste resultaba interesantísimo para nosotros, por ser el primero en el que se iba á ensayar la anestesia general inyectando el líquido anestésico en la parte superior de la región dorsal. Sin embargo, como el bulbo estaba ya más cerca, y temiendo algún accidente, procuramos disminuir la dosis de la estovaina, reduciéndola á 5 ó 6 centigramos lo más. En este día no habían llegado á mi conocimiento otros datos relativos á la dosis de estovaina que los expuestos por Fzaïcou en su auto-observación, y como en ella nada dice de la cantidad inyectable de estovaina en la punción llamada alta por Jonnesco, la inyección la mandé preparar con seis centigramos de estovaina, un miligramo de estriocina y 50 centigramos de agua, en la creencia de que no había de resultar peligrosa. En esta condiciones se preparó el líquido anestésico.

Para la punción se eligió el espacio entre la 1.^a y la 2.^a vértebra dorsales. Lo difícil era encontrarle en este sujeto, no porque fuera muy obeso, sino porque, aunque tenía poca grasa, ésta era suficiente á ocultar á la vista y aun al tacto las apófisis espinosas de las vértebras dorsales. Así, pues, tuve que apelar al tacto y para determinar el espacio intervertebral dorsal primero tomé como guía, no la prominente, que no se encontraba, sino la tercera vértebra dorsal que corresponde según Testut á la altura del extremo vertebral de la espina del omoplato, y una vez encontrada dicha apófisis tercera busqué, caminando hacia arriba, la primera eminencia (2.^a vértebra dorsal) y por encima de ésta el primer espacio, que señalé con la uña.

En este punto clavé la aguja en la línea media, propulsándola con cierta oblicuidad hacia arriba. Llegada á la profundidad de unos cuatro centímetros, notando que tropezaba con hueso, la retiré un poco y aumentando ligeramente la oblicuidad hacia arriba, de manera que formara un ángulo de unos cuarenta y tantos grados con el plano subyacente, volví á propulsarla en esta dirección. Esta vez continuó penetrando sin tropiezo, aunque con dificultad, por la resistencia de los ligamentos interespinosos, á través de cuyas densas fibras caminaba el instrumento.

Al llegar al espacio sub-dural comenzó á salir á gotas el líquido céfalo-raquídeo y cuando se vertieron 17 se enchufó la jeringa y se inyectó lentamente el anestésico, con los seis centigramos de estovaina, un milígramo de estriquina y medio centímetro cúbico de agua.

Pasados unos dos minutos, se acostó al enfermo, sin que antes acusara ninguna sensación. Así que se hubo acostado, acusó sensación de hormigueo á las piernas, que se generalizó pronto. Al mismo tiempo sobrevino una marcada palidez del semblante, náuseas repetidas con eructos ruidosos, pero sin vómitos.

El hormigueo, pasados tres ó cuatro minutos, fué sustituido por la anestesia, muy acentuada por cierto, sobre todo én el tronco y la cabeza.

En las extremidades inferiores la anestesia no era absoluta, pero sí lo bastante para resistir sin protesta las punturas con un alfiler.

En el pulso se notaba gran blandura ó hipotensión y una bradicardia de 46 por minuto. Así pasaron cinco ó seis minutos, durante los cuales el enfermo estuvo algo inquieto, con náuseas continuas que desaparecieron al fin.

A los siete ú ocho minutos, á la anestesia se agregó una notable

relajación muscular, más acentuada en las extremidades inferiores, pero apreciable también en las superiores, dificultad en la emisión de la palabra por extinción casi absoluta de la voz y algo también por dislalia, anhelo en la respiración y retardo en las contestaciones á las preguntas que se le dirigían. Lo más chocante y llamativo era la extinción casi completa de la voz, la absoluta anestesia del cuello y de la cabeza y la bradicardia. Esto, unido á la hipotensión arterial y á la palidez del rostro, nos tuvo en una tensión de ánimo extraordinaria, hasta que el aspecto del semblante mejoró y la tensión del pulso se hizo más ostensible.

En vista de esto comencé la operación. Primeramente hice la extirpación de los ganglios del cuello y después la de la neoplasia de la mejilla.

En el cuello la extirpación la realicé con arreglo á la técnica de siempre, la que consiste en descubrir los ganglios mediante una incisión subyacente y paralela al borde del maxilar inferior, interesando sucesivamente la piel, el músculo cutáneo y la aponeurosis; en hacer presa en cada uno de los ganglios con una erina aguda que los sujeta y los atrae hacia afuera, para enuclearlos con una disección obtusa, realizada con pinzas y bisturí manejado de plano, ó con los dedos y el bisturí; y después de cohibir la hemorragia con suturas hemostáticas, y reunir la herida con crin de Florencia.

La neoplasia de la cara se circunscribió con una incisión circular, seguida de la disección de la cara profunda del tumor, para separarle de la fosa canina y región sub-orbitaria. La pérdida de sustancia resultante se reparó con un colgajo cuadrado de la región maseterina, movilizado por tracción directa hacia la nariz y sujeta á ésta, al labio y al párpado con puntos de sutura. La anestesia fué absoluta durante todo el acto quirúrgico.

En esta operación se vió, como en la primera de la amputación del dedo, que apenas había hemorragia y la poca sangre que salía era negruzca.

Cura con colodión en la cara y con algodón en el cuello.

En cuanto á la anestesia, fué tan absoluta que el enfermo no hizo movimiento alguno ni dió señales de sufrir. Transcuridos algunos minutos de la operación, que duraría unos treinta ó cuarenta, el pulso se fué rehaciendo y el enfermo fué trasladado á su cama. Pulsaciones 86.

Observación.—Por la tarde estaba tranquilo y sin dolor ninguno. Durante la noche no pudo descansar por el insomnio. La temperatura subió á 38° 5. El pulso á 88.

Los días restantes siguió en completa normalidad, tanto que se levantó desde el cuarto día. La herida de la mejilla cicatrizó por primera intención.

Las del cuello por segunda, á consecuencia del hematoma post-operatorio sobrevenido y que exigió separar la sutura y rellenar con gasa las heridas.

Se dió de alta en los últimos días de marzo.

OBSERVACIÓN 5.^a

Epitelioma del labio inferior acompañado de infartos submaxilares.—Operación de Celso. Curación.

Santiago García, de 62 años, casado, natural de Rubí de Bracamonte (Valladolid), residente en Medina del Campo, de oficio arriero, ingresó en la Clínica el día 6 de marzo ocupando la cama número 3.

Era un hombre alto, de muy buen color, de temperamento sanguíneo, fuerte y musculoso, de historia morbosa limpia de todo antecedente, en fin, el prototipo de la salud.

Su epitelioma tenía el tamaño de una pieza de un céntimo; se hallaba un poco á la derecha de la línea media y en sentido vertical, afectaba á la piel en la extensión de un centímetro y á la mucosa un poco más. En las regiones submaxilares había un ganglio infartado en cada una.

La úlcera databa de cinco meses, y estaba cubierta de una costra negruzca que se desprendía con periodicidad, dando sangre la superficie subyacente. Al tacto los tejidos ofrecían la dureza característica.

Convenida la operación se pensó en practicarla con anestesia raquídea, pero al recordar el rato de inquietud que el enfermo de la 4.^a observación nos produjo con aquellos fenómenos tan alarmantes de la circulación y de la voz, casi estuve por desistir de hacerla con la raqui-anestesia; pero considerando al mismo tiempo que este enfermo era más joven, más robusto y de mejor temperamento que el otro preferí el procedimiento de Jonnesco.

Operación.—El día 11 de marzo, con punción alta entre la 1.^a y la 2.^a vértebra dorsales, que se encontraron fácilmente por estar muy visible la prominente, la aguja recorrió con relativa facilidad

unos 8 centímetros antes de alcanzar el espacio sub-aracnóideo. Cuando llegó á éste, el líquido céfalo-raquídeo empezó á gotear, pero muy lentamente. Se dejaron escapar 12 ó 13 gotas. La inyección se hizo con medio gramo de agua, 6 centigramos de esto-vaína y un milígramo de estricnina. Los fenómenos anestésicos no se hicieron esperar, como ocurrió en el enfermo último: á los dos minutos justos ya comenzó el hormigueo á presentarse, pero no en las piernas sino en las manos y los brazos.

A poco el hormigueo se extiende por la espalda y vientre á las caderas y extremidades inferiores.

A los cinco minutos se le manda acostar en decúbito supino, y en previsión de posibles accidentes, como ocurrió en el enfermo precedente á éste, se le dejó la cabeza elevada, apoyándola sobre una gruesa almohada.

A pesar de esto, el rostro palidece, se presentan náuseas, y el pulso se deprime y descende en número hasta quedar en 52 por minuto.

Como en el enfermo anterior la voz se apaga, haciéndose casi imperceptible y difícil (dislalia).

A los diez minutos, á esto se agrega la dificultad de respirar. El enfermo dice que se ahoga. Le damos algunas friegas en la región precordial y esperamos un minuto para cerciorarnos de sus resistencias.

A los doce minutos de la inyección, á pesar de la palidez, como la respiración se hace y la circulación no se deprime en grado alarmante, doy comienzo á la extirpación del ganglio submaxilar izquierdo.

La anestesia es absoluta y la isquemia tan intensa, que apenas da sangre la herida. Queda extirpado el ganglio y suturada la herida en un momento y, para concluir cuanto antes me traslado al lado derecho del enfermo y practico la incisión submaxilar en dicho lado del cuello.

Como en el derecho, tampoco sale sangre apenas, y la poca que se ve manar de algunos vasos es oscura.

En este momento (habrían transcurrido unos catorce minutos de la inyección) y cuando me disponía á extraer el ganglio submaxilar ya descubierto veo con sorpresa que el semblante del enfermo palidece más y más, que la respiración se suspende por verdadera paresia de los músculos encargados de función tan importante y que la circulación, según me manifiesta el encargado de observarla, no se advierte en la radial.

Alarmados entonces ante el espectáculo que se ofrecía á nuestros ojos, dejamos los instrumentos á un lado y con la rapidez que exigían las circunstancias comenzamos la tarea de la respiración artificial, y con ésta, prolongada por más de un cuarto de hora, las tracciones rítmicas de la lengua, y las inyecciones de cafeína y de éter y de aceite alcanforado, vimos con gran contento que el rostro se reanimaba y se coloreaba y que la circulación y respiración naturales se restablecían consiguiendo así conjurar el peligro. Este resultado se debió en gran parte también á las inhalaciones de nitrato de amilo.

La parálisis respiratoria era indudablemente el resultado de la acción de la estovaína ya porque la dosis fuese algo elevada para el sitio del conducto medular donde se inyectó, ya por idiosincrasia del enfermo, ó por las dos causas reunidas. Lo cierto es que el día que practiqué estas dos anestésias sin otro conocimiento de la técnica que el que me proporcionó la lectura de un artículo del Doctor Fzaïcou en el que nada se dice acerca de las dosis que deben emplearse para las inyecciones altas, tenía la creencia de que aun aproximándose con ellas un poco más al bulbo, bastaría con disminuir 1 ó 2 centigramos para que nada ocurriera como sucedió en el operado de la cara, el que resistió más bien la misma dosis á pesar de ser más viejo y de aspecto menos fuerte.

Hoy, que después de haberme enterado de los escritos del mismo Jonnesco en la *Presse* de 1909 y en la *Medecine Scientifique* del mes de noviembre de 1910, he visto que en las inyecciones altas la cantidad de estovaína tenía que bajar en los adultos á 2 centigramos, y esto me explica que en los dos sujetos que han servido de prueba para la inyección alta, la dosis de 6 centigramos fué excesiva, cosa que no he olvidado en mi novena operación practicada el día 4 del actual en el enfermo operado de epiteloma del labio de la observación 10.

En el que me ocupa, así que conseguimos el restablecimiento de las funciones interesadas por el tóxico, la operación la continué en el lado derecho del cuello y la terminé en el labio con la incisión en V seguida de sutura, sin que el enfermo sintiera ningún dolor, y lo que es más agradable para el operado, sin que éste se llegara á dar cuenta del peligro que corrió con el accidente anestésico sufrido.

La operación, con estos accidentes se terminó á los sesenta minutos de la inyección y á pesar del tiempo transcurrido, como se ve, la anestesia era completa todavía, lo que prueba su valor é importancia.

A los noventa minutos la sensibilidad había vuelto.

Después de la anestesia la temperatura fué de 34°9, el pulso de 48 por minuto y las inspiraciones 40 por minuto.

Observación.—A las cuatro de la tarde del día de la operación la temperatura era de 36° 8, el número de pulsaciones 80 siendo su tensión normal y el número de respiraciones 36.

A las siete de la tarde 38° 5, las pulsaciones 100.

Al día siguiente 12 de marzo: por la mañana tenía 35° 7, 72 pulsaciones y 28 respiraciones por minuto.

En los sucesivos todo se normalizó.

La curación se obtuvo en unos 18 días.

OBSERVACIÓN 6.^a

Hernia inguinal izquierda. Cura radical por el procedimiento de Bassini. Raquianestesia baja.

Alejo Taborda, de 77 años, casado, natural de Villavaquerín de Cerrato, residente en Cabezón, ingresó en la Clínica-sala del Carmen el 15 de marzo ocupando la cama núm. 24.

Hombre de muy buena constitución, enjuto de carnes pero fuerte y de buen color, se presenta con dos hernias inguinales, la izquierda enorme y muy antigua, 30 años de fecha, la otra más reciente y pequeña.

Operación.—Se ejecuta el día 18 de marzo por el procedimiento de Bassini, previa inyección raquídea baja, entre la 12.^a vértebra dorsal y la 1.^a lumbar. El líquido estaba compuesto de 7 centigramos de estovaina, 1 milígramo de estriocina y medio centímetro cúbico de agua. Se dejaron salir 22 gotas del líquido céfalo-raquídeo.

En este enfermo la anestesia, precedida de las sensaciones de hormigueo y entumecimiento de los pies y de las piernas que comenzaron á los dos minutos, se hizo completa á los siete minutos, alcanzando los últimos espacios intercostales.

En el pulso se notaron los mismos cambios: disminución en la tensión y tendencia á la bradicardia. En efecto, antes de la inyección el pulso latía 78 veces y á los treinta minutos descendió á 52 para subir luego más tarde á 60.

El acto de la operación se compuso de los siguientes tiempos: descubrimiento del saco mediante la sección de la piel, tejido subcutáneo, aponeurosis del oblicuo mayor y túnica fibrosa común;

abertura del saco y reducción de su contenido (epiploon y S iliaca); aislamiento del saco por disección de sus adherencias al cordón; ligadura del cuello del saco y excisión de la porción periférica del mismo; elevación y fijación del muñón á la cara posterior del oblicuo externo, pasando y anudando los cabos de la ligadura en las fibras de la aponeurosis del último; finalmente reconstitución de la pared posterior y de la anterior, suturando en último lugar la herida cutánea.

Los primeros tiempos de la operación no fueron sentidos absolutamente por el enfermo, pero los últimos le hicieron sufrir algo, especialmente las suturas de las paredes en el último tiempo. El motivo fué la circunstancia de tratarse de una hernia del volumen de dos puños, con anillo muy grande y con adherencias extensas del epiploon y aun del intestino á la cara profunda del saco; es decir, el ser larga la operación y durar unos sesenta minutos y ya se sabe, y así se ha visto en mis otros enfermos operados, que la anestesia suele durar de cuarenta á cincuenta minutos. Un detalle: En este enfermo, como en la mayoría, la anestesia va acompañada de isquemia de la herida, siendo ambas proporcionales.

Después de la operación.—La temperatura subió á 38° 3 y el pulso á 90.

Hubo cefalalgia é insomnio, pero es de notar que este sujeto era propenso á los dolores de cabeza.

OBSERVACIÓN 7.^a

Cáncer anular del recto. Extirpación de la extremidad inferior del recto con su esfínter y el ano por vía perineal por el procedimiento de Quenu.

Eleuteria Criado Matanan, natural de Zarzuela del Pinar (Segovia), casada, múltipara, residente en Valladolid, ingresó en la Clínica, sala de la Milagrosa, el 18 de marzo, ocupando la cama número 9.

Sin antecedentes hereditarios ni otros morbosos que el de la lesión que motivó su ingreso, esta enferma cuenta que su mal se remonta á unos diez ó doce meses. Dice de él que comenzó por una almorrana en la margen derecha del ano, pero lo que se inició en este punto no era otra cosa que un epitelioma, á juzgar por el aspecto que ofrecía el día del ingreso.

En efecto, explorada la región anal, se veía en el lado derecho del ano una elevación en forma de cresta, que es á lo que la enferma llamaba almorranas, cuya elevación, dura y resistente, del tamaño de una pieza de dos céntimos, estaba ulcerada en su superficie libre.

Esta eminencia fungiforme, con base ligeramente estrechada se prolongaba hacia arriba, en forma de placa también ulcerada y se continuaba con la superficie mucosa del ano en la porción supra esfinteriana del mismo y con el recto formando un anillo completo al mismo en la extremidad inferior de la ampolla rectal, y cuyo anillo, de una altura de unos 4 centímetros, rodeaba el intestino y le estrechaba reduciendo su calibre al de una sonda del número 20.

Este anillo neoplásico, por su dureza, por el dolor que determinaba y por su aspecto ofrecía todos los caracteres del cáncer anular del recto.

Una vez comprobados todos estos datos que servían de base al diagnóstico clínico, lo primero que hice fué averiguar si era ó no movable y si por su escasa altura podría realizarse su extirpación sin el auxilio del ano temporal que en casos semejantes se aconseja para desviar temporalmente el curso de las heces fecales. Ví la posibilidad de realizar la extirpación sin la operación preliminar última, y comencé por purgar varios días seguidos á la enferma y el día en que observé que el intestino se encontraba en condiciones de poder mantener la astricción por unos días, decidí operar á la paciente.

Operación.—Se verificó el día 28 de marzo. La inyección raquídea se hizo con arreglo á la técnica adoptada, entre las 12.^a vértebra dorsal y la 1.^a lumbar. Se dejaron salir 25 gotas de líquido céfalo-raquídeo, y la inyección se componía de medio centímetro cúbico de agua, un milígramo de estriocina y 7 centigramos de estovaína.

Esta inyección se terminó á las diez y doce minutos de la mañana.

A los tres minutos experimentó una sensación de calor bastante perceptible en la pierna derecha.

A los cinco había retardo de la sensibilidad en los pies y piernas.

A los seis anestesia completa de los pies, piernas y rodillas que se extendió á los muslos dos minutos más tarde.

A los nueve palidez del semblante.

A los diez hipotensión arterial con 112 pulsaciones por minuto.

A los once parexía notable de las piernas, especialmente en la izquierda y anestesia.

A los doce se la colocó en posición elevada de talla para comenzar la operación á las diez y treinta minutos.

La operación fué muy larga y laboriosa, no sólo por lo entretejido y minucioso de su técnica complicada, sino también, y muy principalmente, por lo penosa que resultó la hemostasia que ella sola exigió una hora por lo menos.

Sus tiempos fueron los siguientes: 1.º Incisión en raqueta sin circunscribir el ano terminada atrás en el coxis: 2.º Liberación del ano y del recto por sección de las fibras musculares del esfínter anal, del recto vulvar y del elevador del ano: 3.º Descendimiento del recto separándolo de la vagina por delante y cortando los pedículos vasculares de las hemorroidales medias por los lados: 4.º Separación del recto liberado y descendido cortándolo á un centímetro por encima del anillo neoplásico: 5.º Hemostasia definitiva: y 6.º Sutura del extremo cortado á los bordes de la piel inmediatamente por detrás de la vulva. Hay que advertir que no hubo necesidad de abrir el peritoneo.

La anestesia, durante tan cruenta y larga operación, fué tan absoluta que todos los circunstantes se admiraban al ver aquella mujer completamente inmóvil y tranquila no sólo en la primera hora sino también en la segunda dedicada casi exclusivamente á la hemostasia y á las suturas.

Sólo en éstas se quejó un poco al poner los puntos en las proximidades de la vulva.

En lo demás absolutamente nada. Ha sido el caso más notable de todos.

Durante la operación se hicieron las observaciones siguientes:

A los dos minutos de comenzarla tenía la enferma 104 pulsaciones; veinte minutos más tarde 92; á los veinticuatro 84; á los veintisiete 92.

Luego en un período de tiempo de cinco minutos ascendió, primero á 104, después á 120 y luego más tarde á 132.

Esta frecuencia se explica por la hemorragia y las consiguientes pérdidas sanguíneas.

La taquicardia se moderó después bastante hasta el punto de que á las siete de la noche tenía 106 pulsaciones con 38° 8 de temperatura.

Como en casi todos los demás hubo insomnio la noche de la operación; éste puede decirse que ha sido el caso de raqui-anestesia más perfecta y exenta de incidentes.

Sólo hay que señalar dos que todavía persisten y que probablemente más que á la anestesia pueden achacarse á la operación. Estos son un dolor más que agudo, molesto en el pubis é ingle izquierda y fiebre de 38° 5 por las tardes dependiente de la sepsis de la fosa isquio-rectal la que supura abundantemente.

En lo demás esta complicación espero cederá, dentro de poco con las curas que se hacen con agua oxigenada y tintura de iodo.

OBSERVACIÓN 8.^a

Fístula de ano completa con varios divertículos. Incisiones múltiples y división de los tejidos indurados.

Elena Asensio de 52 años, casada, natural de Bertabillo (Palencia), ingresó en la Clínica, sala de la Milagrosa el día 15 de marzo ocupando la cama núm. 11.

De buen temperamento y salud habitual excelente, se queja de un padecimiento de la margen izquierda del ano, que sin causa apreciable, había comenzado cuatro meses antes. Reconocida la región anal, se apreció una elevación hemisférica del diámetro de una moneda de diez céntimos, en cuyo vértice se notaba un pequeño orificio fistuloso, el cual conducía á un trayecto que se abría al nivel del esfínter. No acompañaban á esta lesión más síntomas que una ligera molestia y supuración.

Operación.—Se verificó el día 30 de marzo con raqui-estricno-estovainización baja. Las dosis respectivas de los dos agentes fueron siete centígramos de estovaína y un milígramo de estricnina en medio gramo de agua. La punción se hizo entre la 12.^a vértebra dorsal y la 1.^a lumbar. Se dejaron escapar 10 gotas de líquido céfalo-raquídeo.

Transcurrido un minuto, la enferma acusa un ligero dolor en los muslos y temblor general.

A los tres minutos hormigueo y entumecimiento en el pie izquierdo, sin duda por la impresión moral, que se extiende poco á poco hasta la rodilla.

A los cinco minutos la anestesia es casi completa en la pierna izquierda, pues no acusa más que la sensación táctil de contacto.

A los seis la anestesia se completa y sube hasta el muslo; á los ocho anuncia calor en dicho miembro, llegando á los nueve minutos

la anestesia al trocater; un minuto más tarde aparece la anestesia en la pierna derecha y no puede hacer uso de la izquierda; á los doce minutos la anestesia llega al 7.º espacio intercostal alcanzando poco después la región mamaria.

La operación comienza á los 15 minutos de la inyección. Hácese una incisión de abajo arriba en el foco supurante, conduciendo el bisturí con la sonda acanalada; se incinden en seguida dos divertículos, y por último, se regulariza el foco raspando las fungosidades que le cubren, y excindiendo dos pequeños colgajos de piel flotante é infiltrada. Para terminar se hace una cauterización con el termo á la vez aséptica y hemostática.

Durante la operación la enferma no da señales de sentir dolor. Sólo al incindir un divertículo se mueve un poco, sin duda por haber oído que se iba á seccionar. En lo demás, ni los raspados, ni la extirpación de los colgajos cutáneos, que se hizo con el termo, ni la amplia cauterización del resto de la herida con el mismo, fué sentida por la paciente.

Las variaciones notadas en el pulso durante esta operación han sido las mismas que en las otras, bradicardia pronunciada hasta llegar á 32 pulsaciones por minuto y descenso en la tensión.

A los 45 minutos de la inyección la anestesia comienza á desaparecer, primeramente en la región costal y luego en las partes más declives. Según iba apareciendo la sensibilidad, se presentaba un ligero temblor, como el que se observó en el primer minuto, pero esta vez acompañado de frío. A poco desaparece coincidiendo con el restablecimiento de la sensibilidad.

Al normalizarse ésta, cosa que ocurre á la hora y media de la inyección, la temperatura tomada en la axila acusa 36º 5, el pulso es de 68.

A las cinco y media de la tarde la temperatura era de 36º 9 y 72 pulsaciones.

Observación.—La noche misma de la operación la temperatura sube á 38º 5 y el pulso á 88. En esta enferma se presentó cefalalgia intensa é insomnio que le duraron 48 horas.

OBSERVACIÓN 9.^a

Sarcoma de la extremidad inferior del femur izquierdo. Desarticulación coxo-femoral.

Francisco Martínez de 16 años, natural de Villeda (Palencia), obrero del campo, ingresó en la Clínica el día 29 de marzo.

Es un enfermo interesantísimo, no sólo por el rápido crecimiento del tumor, sino también por los fenómenos de que iba acompañado, tanto en el sitio de su aparición (cara externa del femur en su extremidad inferior) como en el resto del organismo, afectado profundamente en su nutrición

Por lo que respecta al tumor el enfermo manifestó que su principio databa desde últimos de enero y sin embargo su volumen iguala al de una cabeza de feto. La estructura es tan blanda que cualquiera que desconociese el aspecto clínico de los sarcomas globo-celulares tomaría á éste por un absceso, dados el dolor y el calor que en él existía y la fluctuación que se notaba. Sin embargo la ausencia de fiebre, la forma un poco irregular del tumor, los cambios de consistencia que al tacto se aprecian en la superficie y la existencia de una red venosa abundante sobre el tumor y las regiones inmediatas, unido á la edad del enfermo no dejan lugar á la duda. Es un sarcoma.

Pero lo chocante es la anemia del enfermo, su desnutrición que casi llega á la caquexia y sobre todo la inexplicable y acentuada taquicardia que observé en el muchacho desde el día de su ingreso en la Clínica, con 128 y 130 pulsaciones por minuto, con alguna arritmia que aun persisten después de operado. Cualquiera pensaría en la tuberculosis al verle con una anemia tan pronunciada y con una taquicardia tan continua. Sin embargo, no tose, ni tiene fatiga, ni nada en el aparato pulmonar que la revele. Por otra parte, todas las funciones se ejercen con normalidad, así que no se puede pensar más que en el sarcoma y en la necesidad de amputar el miembro en que radica para poner al enfermo en lo posible á cubierta de las metástasis letales que tantas y tantas veces se producen en esta clase de tumores, cien veces más malignos que los carcinomas desde este punto de vista considerados.

Por todas estas razones decidí operarle pronto y de la manera más radical posible no limitándome á una amputación del muslo

por la continuidad sino llevando la exeresis á la articulación coxo-femoral como debe hacerse en estos casos.

La operación se ejecutó el día 1.º de abril. Por tratarse de una operación de tanto peligro, sobre todo en sujeto tan anémico, tomé toda clase de precauciones, empezando por hacer una inyección de suero salino en cantidad de 220 gramos en el tejido subcutáneo de la pared costal derecha y además eligiendo para la operación el procedimiento más eficaz desde el punto de vista de la hemostasia.

Entre los infinitos ideados ninguno me ha parecido mejor que el de ligar en primer término la arteria y la vena femorales con doble ligadura, cortando los vasos después entre ambos hilos y en seguida, á ejemplo de lo que aconsejan Esmarch y Pollosson, aplicar el tubo de la isquemia en la raíz del muslo; hacer una amputación circular inmediatamente por debajo del tubo; serrar después el hueso; ligar los vasos visibles, tanto arteriales como venosos; y por último, practicar una incisión vertical externa que comenzando por encima del trocanter mayor, termine en el lado externo de la incisión circular interesando todos los tejidos hasta el hueso, el cual se reseca luego liberándole de todas las ataduras musculares que le sujetan á la articulación.

Este procedimiento, que en casos análogos de sarcoma he aplicado hace algunos años con resultados altamente satisfactorios, es el procedimiento que he llevado á cabo en el muchacho de esta observación el día 1.º de abril, con el auxilio efficacísimo de la raqui-estrieno-estovainización.

Hé aquí los detalles de la anestesia en sus relaciones con la operación.

La punción se hizo con la misma aguja de bisel largo entre la 12.ª vértebra dorsal y la 1.ª lumbar. Del líquido céfalo-raquídeo se dejaron salir 10 gotas; el inyectado estaba constituido por los siete centigramos de estovaína, un milígramo de estriena y medio centímetro cúbico de agua.

Al hacer la punción, la punta de la aguja se dobló teniendo necesidad de repetirla después de enderezar el extremo del instrumento.

Al extraerle ocurrió otro incidente; se desprendió el pabellón de enchufe y comenzó á salir nuevamente el líquido céfalo-raquídeo naturalmente mezclado con alguna cantidad del inyectado. Afortunadamente sólo se dejaron escapar algunas gotas porque se hizo en seguida presa en la aguja con una pinza de Pean y se extrajo sin más consecuencias.

A los dos minutos de la inyección comenzó á sentir entumecimiento en la extremidad izquierda y un minuto más tarde en la derecha que es la sana.

A los cuatro, pérdida completa de sensibilidad en la pierna izquierda é hipoestesia en la derecha.

A los cinco, anestesia completa de las dos. El pulso late 136 veces por minuto.

A los nueve, hice la incisión para descubrir la arteria, sin que el enfermo sintiera el más pequeño dolor, ocurriendo lo mismo en las maniobras de aislamiento y ligadura de los vasos y sutura de la piel.

Veintidos minutos más tarde, es decir, á los 31 de la inyección, se comienza la sección circular de las partes blandas que se hace por capas para ir aplicando pinzas á los vasos más visibles. El enfermo experimenta sensación de quemadura sobre todo al seccionar el ciático.

Al deshuesar el muñón, cuando habían transcurrido cuarenta y tantos minutos de haber inyectado el líquido anestésico, el enfermo ya sentía dolores y se quejaba un poco. En vista de esto y para que no sufriera, pues habían transcurrido unos diez minutos más, se terminó la hemostasia y la sutura con algunas inhalaciones de cloroformo. El cloroformo produjo la anestesia enseguida y no se consumieron más que unos diez gramos.

Hay que advertir que entre la hemostasia definitiva de los numerosos y pequeños vasos que sangraban y la sutura, se invertiría muy cerca de una hora.

Y no es extraño esto, porque en los casos de tumores y sobre todo de sarcomas, el desarrollo de los vasos de la extremidad correspondiente es extraordinario, tanto en las arterias como en las venas.

La ligadura de la arteria femoral demostró este desarrollo, porque su volumen era mucho mayor de lo que correspondía á un sujeto de la talla y condiciones orgánicas del operado.

Terminada la operación, como á pesar de las precauciones tomadas la sangre perdida era mucha en relación á las escasas resistencias del enfermo, se hizo una nueva inyección subcutánea con 300 gramos de suero.

A pesar de esto el enfermo experimentaba en el pecho cierta opresión de que se quejaba y tenía 140 pulsaciones por minuto con gran hipotensión. Estos síntomas de desfallecimiento se trataron con inyección de cafeína.

Observación posterior.—Por la tarde el pulso descendió á 120 y estaba más lleno. La temperatura alcanzó un máximum de 37°9. Sigue la palidez de la piel y las mucosas, pero no mucho mayor que el día del ingreso.

En los sucesivos á la intervención, se renovó la cura todos.

El estado del enfermo, á juzgar por su aspecto, era satisfactorio, pero la taquicardia no sólo persistía sino que hasta tendía á aumentar. Tanto que el día 4 por la mañana tenía 140 pulsaciones por minuto.

La herida se curó con puntos primitivos apretados en el vértice del muñón y flojos en la brecha longitudinal externa por la que se introduce hasta el cotilo una gruesa mecha de gasa que hará el desagüe en los primeros días.

Este caso viene á corroborar la idea de que la anestesia raquídea por el procedimiento de Jonnesco es un excelente recurso durante los cincuenta minutos primeros empleada sola, pero que se puede ampliar su duración con el cloroformo en muy pequeñas dosis, si la operación se prolongara un poco más y esto no ocurre muchas veces.

OBSERVACIÓN 10.

Epitelioma del labio inferior.—Extirpación por el procedimiento de Dupuytren y Richerand con ayuda de raqui-estricno-estovainización alta.

El caso objeto de la presente historia es el tercero en el cual se ha hecho anestesia alta, pero limitando la dosis de estovaina y estricnina según aconseja Jonnesco á 2 centigramos y á 1 milígramo respectivamente para 1 centímetro cúbico de agua.

Se trata de un sujeto de 65 años de edad, natural de Carpio (Valladolid) de oficio jornalero del campo, de muy buena constitución y temperamento, como ocurre en casi todos los epiteliomatosos, el cual ingresó en la Clínica el día 3 de abril para ocupar la cama núm. 7 de la sala del Carmen.

Su epitelioma, emplazado en el lado derecho de la línea media, del labio, tenía el aspecto de verruga ligeramente exuberante, del tamaño de una lenteja, con una superficie blanca constituida por células epiteliales con tendencia á desprenderse. Era dura al tacto y en las regiones submaxilares había un infarto ganglionar en

cada una. Tenían estas lesiones seis meses de fecha y hacía poco que en el Hospital de Esgueva se le había aplicado la nieve de ácido carbónico sin apreciables resultados.

Operación.—Se verificó el día 4 del mes de abril, al día siguiente de su ingreso.

Fenómenos producidos por la anestesia.—Ya hemos dicho que la punción se hizo alta, entre la 1.^a vértebra dorsal y la 2.^a y que el líquido inyectado contenía 2 centigramos de estovaína, 1 milígramo de estricnina y 1 centímetro cúbico de agua.

Se dejaron salir 15 gotas del líquido céfalo-raquídeo y la inyección se hizo lentamente invirtiendo minuto y medio. Antes de la inyección el pulso latía 64 veces por minuto y era lleno y fuerte. A los dos minutos las pulsaciones bajaron á 58 y coincidiendo con esto sintió el enfermo sensación de calor en la cabeza, tronco y brazos. A los siete minutos desciende el pulso á 56 y se hace pequeño y menos tenso y las manos se enfrían, palidece el semblante y se presentan náuseas repetidas que terminan con vómitos. En este momento el enfermo permanece sentado. A los once minutos tiene 58 pulsaciones y la tensión arterial sigue disminuída. Siente algún hormigueo en las extremidades superiores pero nada en las inferiores. Picándole con un alfiler en el tronco y en la cara siente el contacto pero no le duele. A los diecisiete minutos se le manda acostar y se comienza la operación.

Practicase primeramente la extracción de los ganglios del lado izquierdo y después los del derecho. El enfermo se queja y manifiesta experimentar dolor aunque soportable.

OBSERVACIÓN 11.

Tumores hemorroidales tratados por la ignipuntura.

Angel Rodríguez, de 37 años, natural de Valladolid, ocupaba la cama núm. 2 de la sala del Carmen. Se le opera el día 10 abril por el Dr. Romón.

Inyección entre la 12.^a vértebra dorsal y la 1.^a lumbar con 6 centigramos de estovaína, 2 miligramos de estricnina y 1 centímetro cúbico de agua.

El líquido céfalo-raquídeo salió á chorro en lugar de hacerlo á gotas como suele ocurrir.

Inmediatamente después de la inyección se coloca al enfermo en decúbito supino. No hay hormigueo de las extremidades; el pulso aumenta en 10 su número de latidos (80). Explorada la sensibilidad, á los diez minutos se observa que persiste. En vista de que á los veinte no hay anestesia, se procede á la inhalación del cloroformo y con muy escasa cantidad se obtiene rápidamente la deseada anestesia y con su auxilio practica la operación el Dr. Romón.

A las tres de la tarde del mismo día el enfermo se queja de dolor de riñones que persiste algunos días.

Se presenta retención de orina que exige el cateterismo.

OBSERVACION 12.

Fístula de ano ciega externa, operada por el Dr. Romón con el procedimiento de la Sinemapría.

Petra Vela, natural de Traspinedo, de 43 años, ocupa la cama núm. 13 de la Milagrosa.

Inyección entre la 12.^a vértebra dorsal y la 1.^a lumbar con el mismo líquido que el empleado en el caso anterior. Sale también á chorro el líquido céfalo-raquídeo. La aguja empleada es de bisel largo, lo mismo que en lo operación anterior. Se inyecta el gramo de la solución anestésica y se coloca inmediatamente á la enferma en decúbito supino. La anestesia no se consigue y se apela al cloroformo el cual también determina muy pronto la anestesia y con su auxilio se practica la operación el día 12 de abril.

OBSERVACIÓN 13.

Absceso perineal operado por el Dr. Romón, el día 12 de abril

Juan Calleja, de 51 años, natural de Paredes de Nava, ocupa la cama núm. 18 de la sala del Carmen.

Inyección dorso-lumbar con igual líquido anestésico que en los dos casos anteriores.

El céfalo-raquídeo sale á gotas y se dejan escapar XIII. Colócase al enfermo en decúbito supino inmediatamente después. Tampoco se obtiene anestesia, sólo se observa un poco de hormigueo en la pierna izquierda. Pulsaciones 88. A los quince minutos de la inyección se apela al cloroformo y se incinde y raspa el absceso.

OBSERVACION 14.

Tumores hemorroidales operados por la ignipuntura precedida de inyección de glicerina fenicada.

Se trata de una enferma de 43 años, natural de Valladolid, que ingresó con tumores hemorroidarios bastante voluminosos de fecha antigua, los cuales daban sangre á veces cuando las deposiciones eran duras, y se inflamaban con bastante frecuencia.

La operación se practicó el día 22 de abril en presencia de los alumnos.

El líquido de la inyección estaba compuesto de un c. c. de agua, 8 centígramos de estovaína y 2 miligramos de sulfato de estriquina.

La punción se hizo entre la 12.^a dorsal y la 1.^a lumbar, estando sentada la enferma; se dejaron salir 23 gotas del líquido céfaloraquídeo, el cual salió con bastante rapidez no tardando más que ocho segundos.

Al minuto de la inyección empezó á sentir la enferma hormigueo en el pie izquierdo. A los dos esta sensación se generalizó á toda la pierna del mismo lado sin que en el opuesto se notara ningún cambio; á los cuatro semianestesia en la pierna izquierda y hormigueo en la derecha. A los seis anestesia completa en el miembro izquierdo y semianestesia y hormigueo en el derecho. A los ocho se completa la anestesia en el miembro derecho. La paresia muscular se va acentuando en los miembros pelvianos sobre todo en el izquierdo. El derecho lo mueve, aunque con dificultad. A los once la anestesia es completa hasta por encima del ombligo. A los doce se ordena á la enferma que se acueste.

La mantuvimos tanto tiempo en la posición sentada teniendo en cuenta lo que la posición declive de las partes anestesiabiles de la médula influye para que ese gran cable nervioso se impregne del agente anestésico, y así sucedió, puesto que la anestesia fué absoluta en todos los tiempos de la operación: dilatación forzada del esfínter; inyección de la glicerina fenicada en cantidad de medio gramo en la base de cada uno de los tumores hemorroidales; y por último el mechado de éstos con el cuchillo del termo-cauterio en diez ó doce puntos hasta la profundidad media de unos dos centímetros.

La duración de esta anestesia alcanzó una hora justa.

A los sesenta minutos, en efecto, ya sentía las picaduras del alfiler en la parte alta de los muslos.

A los sesenta y seis ya podía mover algo el muslo izquierdo y á los setenta y cinco toda la extremidad, habiéndose restablecido la sensibilidad y la motilidad en todo el miembro menos en los dedos del pie, que permanecieron insensibles hasta los noventa y cinco minutos.

En la extremidad derecha no empezó á desaparecer la anestesia hasta los noventa minutos después de la inyección, y el restablecimiento completo de la motilidad no se observó hasta los ciento ocho minutos.

De lo dicho se deduce que la anestesia en esta enferma empezó á desaparecer en el mismo orden que apareció, es decir, que la extremidad izquierda que fué la primera en anesthesiarse, fué la primera también en recuperar la sensibilidad. Sin embargo, conviene señalar que la diferencia en aparecer la anestesia en las dos extremidades fué menor que la diferencia en desaparecer, de lo que resulta que la extremidad derecha estuvo más tiempo anestesiada que la izquierda.

También hay que notar otro fenómeno que ya le hemos observado en otros casos. Nos referimos al temblor y á la sensación de frío general experimentado por esta enferma desde el momento de la inyección hasta el comienzo de la operación. Este fenómeno es una reminiscencia del período de excitación de la anestesia general por el cloroformo y el éter.

En el pulso se observó un descenso de tensión bastante apreciable y un aumento en el número de pulsaciones proporcional al grado de la anestesia. Comenzó en 68 que tenía antes de la inyección y después fué subiendo á 80, á 90 y á 100 hasta los treinta y siete minutos. Después fué descendiendo hasta alcanzar 56 pulsaciones á los cuarenta y cinco minutos.

La temperatura descendió de 37° 1, que alcanzaba antes de la operación, á 36° 4 observada una hora después de la inyección.

Fenómenos posteriores á la anestesia.— Por la tarde se presentaron dolores en la cabeza, en los lomos y en la pierna izquierda especialmente en el pie, en el cual sentía la sensación y la molestia de un calambre durante la noche, y como en todas las observaciones el insomnio consiguiente.

Estos dolores duraron dos días, menos el del pie que duró tres. Al cuarto día entró todo en la normalidad.

OBSERVACIÓN 15.

Epitelioma del labio inferior. Raqui-estricno-estovainización alta el 24 abril; fracasada.

José Casado, natural de Bercero (Valladolid), residente en Pozaldez, de 70 años, presenta en el lado derecho de la línea media del borde libre del labio inferior, un pequeño botón epiteliomatoso del tamaño de un guisante, aparecido algunos meses antes en el extremo superior de la cicatriz resultante de otra queiloplastia que le operé por el procedimiento de Celso dos años antes. Había además un ganglio indurado en el lado derecho de la región submaxilar.

Este caso lo destinamos al ensayo, si así puede decirse, definitivo del valor de la anestesia raquídea alta para lo que apelamos: 1.º al empleo de la dosis de 3 centigramos de estovaína, 2 miligramos de estricnina y un centímetro cúbico de agua; y 2.º á la declividad de la porción alta de la médula, inmediatamente después de la inyección, para hacer que el líquido anestésico impregnara más prontamente y de un modo más completo los puntos de origen de los nervios que nos interesaba anestesiar.

Este ensayo ha sido el que de una manera clara y casi matemática ha venido á demostrar que con la dosis de 3 centigramos inyectados en la 1.ª y 2.ª vértebra dorsales la anestesia no se consigue. Digo esto porque en este caso, como en otros tres del Hospital de la Princesa que á continuación se consignan y que tuve ocasión de anestesiar por este procedimiento, se tomaron todas las precauciones imaginables para obtener la anestesia: posición declive, dosis de 3 centigramos, dada como máximum por Jonnesco; bisel corto de la aguja; y en fin, hasta la precaución de dejar la aguja más de un minuto clavada, para evitar algún escape del líquido anestésico que se pudiera vaciar al exterior, sacando pronto y bruscamente la aguja después de terminada la inyección. Todo esto procuré para acabarme de convencer del valor real de esta forma de anestesia llamada alta y destinada á producirla en las partes elevadas del cuerpo, (cabeza, cuello y pecho).

El resultado fué el siguiente. Que á los dos minutos comenzó á experimentar una sensación de entumecimiento en los brazos, más acentuada en el izquierdo, seguida de anestesia en éste á los tres

minutos y á los cuatro en el derecho; que á éste siguió una gran palidez del semblante acompañada de un estado lipotímico que nos obligó á incorporar al enfermo y á hacer tracciones rítmicas de la lengua; y, por último, que pasados unos seis minutos más y cuando el peligro se había conjurado procedimos á la extirpación del ganglio, que se efectuó con pocos dolores, es cierto, pero que el enfermo pidió el cloroformo para la operación del labio en vista del sufrimiento que había experimentado con el primer acto de la operación.

La queiloplastia se efectuó ya con auxilio del cloroformo.

Por lo demás los fenómenos molestos de la anestesia raquídea alta como son: la hipotensión, los sudores, la palidez y la sensación de ahogo no faltó ninguno.

La queiloplastia se practicó por el procedimiento de Serre; incisión en V seguida de una incisión transversal en cada comisura.

OBSERVACIÓN 16.

Extracción de una aguja de la mano derecha el día 6 de mayo. Raquianestesia dorso lumbar ó baja, con posición inclinada de Trendelenburg.

Se trata de una mujer de 40 años, con un aguja que había penetrado hacía meses en la cara palmar y que había producido en la dorsal una tumoración del tamaño de un guisante, muy parecida á la de los tumores sinoviales llamados gangliones.

Me proponía en este caso averiguar si con la inyección dorso lumbar de siete centigramos de estovaína, dos miligramos de estricnina y un centímetro cúbico de agua, seguida de la colocación inmediata del sujeto en decúbito supino con la cabeza baja y la pelvis elevada, se conseguía producir la anestesia en los brazos. El resultado ha sido nulo, y lo consigno porque con él viene á demostrarse que si la posición declive del segmento medular que se quiere anestesiar parece influir de un modo favorable en las anestésias de la parte inferior del cordón medular, como parecía en algunas de las observaciones transcritas, en la anestesia alta no sucede lo mismo.

Así, pues, cuando transcurridos 15 minutos practiqué la extracción de la aguja, quedé convencido de la necesidad del cloroformo ante las protestas de la enferma.

OBSERVACIÓN 17.

Fisura de ano complicada con hemorroides. Raquianestesia positiva.

Leandro Gutiérrez, de Rubí de Bracamonte, de 34 años, casado, ingresó el día 3 del actual, ocupando la cama núm. 19 del Carmen.

Se hizo la inyección dorso-lumbar con ocho centigramos de estovaina, dos miligramos de estricnina y un centímetro cúbico de agua. Se dejaron salir 22 gotas de líquido. La inyección se hizo con lentitud, la aguja se dejó clavada durante un par de minutos antes de extraerla; al enfermo se le mantuvo sentado 10; en fin, se adoptaron cuantos requisitos parecen favorecer la anestesia en las operaciones bajas.

El resultado fué admirable, la anestesia era completa hasta un punto equidistante del ombligo y el pubis, la relajación muscular de los miembros abdominales completa y todos los demás fenómenos que á éstos suelen acompañar, como son la taquicardia, el hormigueo, la sensación de calor y la euforia, en una palabra, sin faltar ninguna.

En estas condiciones se practicó la dilatación forzada del esfínter y el mechado con el cuchillo del termo de cinco hemorroides, y de la fisura sin que experimentara el sujeto la más pequeña molestia.

A los 40 minutos de la inyección continuaba la anestesia y la relajación muscular. A los 60 minutos va desapareciendo la relajación muscular, pero todavía continúa la anestesia en las piernas. Es de notar que ésta no subió por encima de la línea sub-umbilical indicada ni un milímetro, lo que demuestra que en este sujeto no hubiese podido quizás operarse en el vientre.

Estos son los 17 casos que he podido reunir de mi Clínica para hacer el estudio que me proponía de la raqui-estricno-estovainización, procedimiento de anestesia muy moderno, ideado por Jonnesco en 1909 y que si no se ha generalizado todavía, sobre todo para las operaciones de la mitad inferior del cuerpo es, sin duda, por esa tendencia que todos

tenemos á la inercia, y un poco también á la desconfianza con que se suele aceptar todo procedimiento nuevo de anestesia, y en especial de la raquídea, después de los fracasos de algunos de los procedimientos de ésta ensayados hasta la fecha.

Esto es lo que á mí me ha sucedido. Yo he venido empleando hace 40 años, casi exclusivamente, el cloroformo con un sólo caso mortal á él atribuible entre más de 4000 operados y, la verdad, era necesario, como al principio decía, que un decidido y entusiasta partidario de la nueva forma de anestesia como el Doctor Fzaïcou, me sugestionara y me convenciera para decidirme á ensayar nuevamente un método anestésico tan poco brillante como la inyección raquídea y que con la cocaína había ya ensayado hace algunos años sin grandes resultados y á expensas de grandes sufrimientos post-anestésicos en mis doce operados de hace cuatro años, en los cuales la cefalgia intensa y la fiebre me produjeron grandes inquietudes.

Ahora, y por las razones antes indicadas, he querido convencerme por mí mismo del valor del procedimiento de Jonnesco y por eso lo he ensayado en mi Clínica, y no sólo aquí en Valladolid sino también en Madrid en el Hospital de la Princesa, á donde merced á la amabilidad, que en el alma le agradezco, de mi compañero el distinguido Cirujano de aquel centro D. Pedro Cifuentes, he sometido á ensayo á cuatro de sus operados en el mes de abril, durante mi breve estancia en la Corte y cuyos casos voy á transcribir brevemente, para que completen así la estadística de mis primeros estudios y ensayos en la materia.

Helos aquí:

PRIMER CASO

HERNIA INGUINAL OPERADA POR EL DR. D. PEDRO CIFUENTES. RAQUIANESTESIA DORSO-LUMBAR.

Era un joven de 19 años, al que sin resultado se le inyectaron siete centigramos de estovaina, un miligramo de estricnina y un centímetro cúbico de agua. Se dejaron salir unas 15 gotas de líquido, pero no se obtuvo ningún efecto anestésico.

2.º CASO

RESECCIÓN MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDA. RAQUIANESTESIA SUPERIOR INEFICAZ.

Se trataba de un hombre robusto y bien constituido, llamado C. González, de 41 años, natural de Pola de Siero (Asturias).

Se le inyectaron entre la 1.^a y la 2.^a vértebra dorsales 3 centigramos de estovaina, 1 miligramo de estricnina y 1 gramo de agua. Se dejaron salir unas 15 gotas de líquido céfalo-raquídeo. La punción fué difícil no consiguiéndose penetrar hasta la cuarta tentativa. El bisel de la aguja era también largo como en el anterior caso.

A los dos minutos comenzó á sentir algún desvanecimiento y hormigueo en los brazos, palidez del semblante muy acentuado, bradicardia, 50 pulsaciones por minuto desde 70 que tenía.

A los cuatro minutos se le coloca en decúbito supino con la cabeza al mismo nivel del dorso. A pesar de esta posición, favorable á la impregnación de las regiones superiores del centro encéfalo medular, el enfermo manifiesta no sentir más que el hormigueo de las extremidades superiores y la sensación de calor que suele acompañar á aquel síntoma. La sensibilidad se nota un poco amortiguada en los brazos y pecho. Esto ocurre á las ocho minutos.

A los diez en la cara siente dolor al pellizcar la piel. Así transcurren cinco minutos más sin que la anestesia se presente y, en vista de esto, se apela al cloroformo con el cual, y como ha ocurrido en los operados de mi clínica, la anestesia se obtuvo muy pronto y con una insignificante cantidad de aquel agente. Obtenida ésta, el Sr. Cifuentes practicó la operación, con su habilidad acostumbrada,

3.º CASO

URETROTOMÍA EXTERNA POR ESTRECHECES TRAUMÁTICAS, OPERADO POR EL DR. CIFUENTES. RAQUIANESTESIA BAJA SIN RESULTADO.

En este enfermo, A. Yañez, natural de Los Arcos (Navarra) de 22 años, núm. 11 de sala la de San Bartolomé, intenté anestesiarle con la fe y el convencimiento del éxito que en casi todos los enfermos de mi Clínica había conseguido y en aquel día con el doble motivo de hacer la inyección con una aguja nueva que en la Casa de Clausolles había adquirido en las condiciones adecuadas, de calibre un poco mayor que la aguja utilizada en los días anteriores y de bisel corto. A pesar de todo; dosis de 6 centigramos de estovaína, 2 miligramos de estriquina y 1 centímetro de agua, y hacerle permanecer sentado unos cuantos minutos, el éxito no vino á coronar mis esfuerzos y el Dr. Cifuentes le tuvo que operar con cloroformo.

4.º CASO

HERNIA INGUINAL DERECHA. OPERACIÓN DE BASSINI PRACTICADA POR EL MISMO DR. CIFUENTES. RESULTADOS POSITIVOS DE LA RAQUIANESTESIA.

Juan Rodríguez, natural de Puebla de Sanabria (Zamora) casado, de 28 años, ingresado en la cama núm. 16 de la sala de San Fernando es un joven de buena constitución y bastante inteligente.

Se le operó el 18 de abril. La punción, practicada entre la 12.ª vértebra dorsal y la 1.ª lumbar tuvo que rectificarla dos ó tres veces hasta conseguir llegar al conducto. Dejé correr 14 gotas del líquido céfalo-raquídeo.

Un minuto después de la inyección sintió mareos y su semblante palideció. Sin embargo, le hice mantenerse sentado. A los dos minutos se presentaron el hormigueo y calor que en las extremidades inferiores suelen preceder á la anestesia.

Estos síntomas también comenzaron por la izquierda.

A los cuatro minutos nota dificultad en mover las piernas. El pulso late 96 veces.

A los nueve minutos la impotencia de los miembros se acentúa hasta el extremo de no poderlos levantar. En aquel momento el

Dr. Cifuentes punza con una aguja en la ingle al enfermo y como no lo siente comienza la operación.

Practica la incisión y el enfermo dice que la siente, pero sus protestas frías y su inmovilidad denotan claramente que la sensibilidad está bastante abolida para no sufrir. Esta falta de dolor se comprueba en los sucesivos tiempos de hendir la aponeurosis del oblicuo mayor, de aislar el cordón y tratar el saco y de suturar las paredes posterior y anterior del conducto inguinal y de hacer las ligaduras de los vasos y el planchado de algunos con las pinzas de Blunk. Al introducir las agujas de sutura para reunir el tendón conjunto al borde posterior del ligamento crural, el enfermo decía que sentía su paso. Estas manifestaciones demostraban que si el enfermo no había perdido la sensación táctil, *la anestesia suficiente* se había conseguido, idea que después del acto corroboró el mismo enfermo al decir que si en otra ocasión se encontrase con la necesidad de operarse no tendría inconveniente en hacerlo con la nueva forma de anestesia que en él había yo ensayado.

En resumen, se han practicado 21 anestias por el procedimiento de Jonnesco; de éstas, cinco altas ó dorsales superiores y 16 bajas ó dorso-lumbares.

En cuanto al éxito en las cinco primeras soló se ha conseguido la anestesia en dos; en las 16 bajas, en 10.

¿Qué conclusiones pueden deducirse del examen de estos casos?

A mi juicio, las siguientes.

1.º El procedimiento de Jonnesco, cuya característica es la asociación en proporciones bastante bien estudiadas de dos cuerpos, que por su acción son antagonistas, como la estovaína y la estricnina, es uno de los mejores y más aceptables para la supresión del dolor en las operaciones infraumbilicales, porque la toxicidad es muy escasa en proporción al poder anestésico de la mezcla, sobre todo si se la compara con los otros procedimientos de raqui-anestesia.

2.º Si se le compara con el cloroformo resulta inferior á

éste desde el punto de vista de la constancia y de la seguridad en la acción, pero en lo que toca á la intensidad ó grado de su poder anestésico el procedimiento de Jonnesco es ya superior porque en éste la intensidad de la anestesia, cuando se consigue, no es proporcional nunca á su peligro, que siempre es pequeño.

3.^a En el procedimiento de Jonnesco, la anestesia, cuando se consigue, es tan profunda ó más que la del cloroformo, y si no es tan prolongada ó indefinida, puesto que no suele durar más de 50 á 60 minutos, en cambio es menos molesta para establecerse sin excitación y en la mayoría de las ocasiones sin vómitos.

4.^a La técnica en la anestesia de Jonnesco, en cambio, si es sencilla en ocasiones cuando se tiene hábito y se practica en individuos de condiciones anatómicas favorables, en otros resulta difícil por la facilidad con que se tropieza en hueso y la necesidad que hay de rectificar la dirección de la aguja varias veces hasta conseguir la penetración en el conducto, lo cual mortifica un poco, dígase lo que se quiera, el amor propio del cirujano que tiene la desgracia de no acertar al primer intento.

5.^a La raqui-anestesia de Jonnesco, cuando se hace en la parte superior, es eficaz si la dosis es suficiente, como lo demuestran las observaciones 4.^a y 5.^a de los enfermos operados en la cara y en el labio respectivamente, pero también es peligrosa pues como se ha visto, en el primero hubo fenómenos alarmantes de asfixia y de extinción de la voz que nos inquietaron durante algunos minutos y en el 2.^o una verdadera parálisis respiratoria, conjurada afortunadamente con la respiración artificial y las inyecciones subcutáneas de suero y de tónicos difusivos.

En cambio las dosis de dos y tres centigramos son de todo punto ineficaces, como lo demuestran las observaciones 10 y 15 de nuestra Clínica y la 2.^a del Sr. Cifuentes.

6.^a La raqui-anestesia baja ó dorso-lumbar, es más eficaz y mucho menos peligrosa que la alta, pero tiene á mi juicio, el inconveniente de la inconstancia en sus efectos anestésicos; pues con una misma dosis hay ocasiones en que la anestesia no se produce como en las observaciones 11, 12 y 13 nuestras y la 1.^a, 2.^a y 3.^a del Sr. Cifuentes, otras en que se produce á medias, como en la 3.^a nuestra y la 4.^a del señor Cifuentes, y otras en que es completa y absoluta como en las observaciones 1.^a, 2.^a 6.^a, 7.^a, 8.^a, 9.^a, 14 y 17 nuestras.

7.^a Esta variedad en los efectos no se ha puntualizado todavía en qué consiste, pero debe haber algo individual ó personal en estos hechos que lo explique y que unido á la composición de los líquidos, á la forma de la aguja ó á condiciones anatómicas ó fisiológicas especiales del sistema nervioso, determine esta variabilidad é inconstancia en la presentación de los fenómenos de la anestesia.

8.^a Por lo que hace á los fenómenos de esta forma de anestesia hemos podido aprender que la pérdida de sensibilidad suele ir precedida de la sensación de calor, de hormigueo y de entumecimiento, que va subiendo por lo general desde los pies á las partes altas de las nalgas y vientre y que, paralelamente á la anestesia, el pulso se hace menos tenso y á veces se retarda ó se acelera; que la paresia muscular y la anestesia suelen ser fenómenos inseparables y sucesivos en muchas ocasiones y hasta proporcionalmente intensos; que estos fenómenos se han iniciado casi siempre en la extremidad pelviana izquierda; y, por último, que el insomnio y

la hipertemia, nunca exagerados, y la cefalalgia son los fenómenos post-anestésicos más constantes.

9.^a Como conclusión final de este trabajo, terminaré afirmando que la anestesia baja ó dorso lumbar de Jonnesco, es un procedimiento muy aceptable en las operaciones infraumbilicales, por su benignidad y por la energía de su acción, y que en el porvenir, si se acierta con la causa que produce esa inconstancia de acción tan inexplicable, será un procedimiento superior al cloroformo.

En cuanto á la anestesia alta, mientras no se perfeccione, no será nunca aceptable, pues la proximidad del bulbo siempre hará peligrosas las dosis suficientes de 5 ó 6 centigramos de estovaína que se necesitan para producir la anestesia.

Valladolid 2 Mayo de 1911.

CONCEPTO A TENER, CONDUCTA A SEGUIR

Y MEDIOS A EMPLEAR

EN EL TRATAMIENTO DE LOCOS AL COMIENZO DE SU TRASTORNO MENTAL

POR

RAMIRO VALDIVIESO

Médico-Director del Manicomio provincial.

(Continuación).

Hay en los locos, por motivo que la espontaneidad emocional é intelectual no son refrenadas por contención juiciosa ni disimuladas por sociales conveniencias, algo en la fisonomía y mímica refleja tan característico, que los acostumbrados á la observación y examen de alienados de la mente comienzan, casi sin darse de ello cuenta, á fundamentar diagnóstico genérico del trastorno psíquico por la actitud mio-facial del sujeto; y ello es debido á que en los locos, más y mejor que en los sanos de espíritu, hállase práctica comprobación de aquellos principios bio-psicológicos que, cual leyes codificadas, son reglamentadores de la mímica humana, (lenguaje mudo del alma, que dijo Piderit) tan bien comprendidos como perfectamente expuestos por Meynert en geniales conferencias, y por Tebaldi, por Crichton-Brown, por Nicol y otros muchos en libros de extraordinario éxito científico y literario. Son los aludidos principios:

1.º *Las acciones que componen la expresión son debidas á la constitución del sistema nervioso (Darwin) y son regladas directamente por las leyes de la inervación (Wundt).* En virtud de esta ley se puede prever cuáles serán los efectos fisiológicos de las emociones intensas en los locos, aún en territorios nerviosos no directamente examinados, pues las llamadas, «simpatías funcionales nerviosas» de Mantegazza permiten suponer modificaciones de las funciones circulatoria y respiratoria, cual angustia, cardiopalmus, estenocardia, etc., contemporáneamente á la producción de rubor ó palidez facial, con clonicismo de los músculos que rodean los centros mímicos óculo-bucales y secreción de lágrimas ó de sudor que retratan fisonómica imagen de la alegría ó del sufrimiento.

2.º *La mímica refleja se deriva de la asociación de hábitos útiles trasmitidos por herencia á la especie (Darwin);* lo que explica la naturaleza automática de ciertas expresiones y su permanencia, aun en las más graves formas de locuras; y cuando observamos sólo las actitudes y movimientos mímicos elementales, los que sustancialmente consisten en fenómenos de puro reflejo, que corresponden á necesidades orgánicas de conservación, se está autorizado á pensar ó que la disolución de la personalidad ha llegado á alto grado, como en los dementes, ó que, como en los estados de estupor, hay profundo oscurecimiento de la conciencia.

3.º *Gran parte de la expresión consta de movimientos defensivos (Mantegazza);* así que en los casos en que la mímica de los locos asume carácter de enérgica protección contra las impresiones sensoriales ó se resuelve en gestos de repulsión y defensa, diagnosticamos una excitación de la emocionalidad, un predominio de dolorosos sentimientos de antagonismo

ó de repugnancia y una enorme representación de daños y peligros, más ó menos inminentes. «La mímica pasiva, dice Morselli, indica que el alienado llegó al descorazonamiento y se reconoce impotente para reaccionar: la activa denota, á su vez, un elevado sentimiento de sí mismo y la convicción de poder influir sobre las circunstancias externas».

4.º *La expresión es tanto más rica en elementos mímicos cuanto más intenso y sentido es el acto psíquico á que corresponde* (Mantegazza). Si la mímica del loco es mísera y rudimentaria indica la existencia de frenastenias ó de estados crónicos terminales, así como cuando traduce variedades fisonómicas y gran riqueza de reacciones indica que el caso clínico se dió en desarrollo mental completo, en el que los procesos afectivos é intelectuales se desarrollaron con bastante intensidad (estados agudos).

2.º *La expresión de los estados sensitivos y afectivos es más fuerte que la de los intelectuales* (Gratiolet). Cuando la mímica es violenta y la facial, sobre todo, corresponde á fuertes emociones, se puede diagnosticar el predominio sentimental de la enajenación de la mente, y entonces se trata: ó de formas psico-neurósicas, en las que la alteración de la personalidad se inicia por trastorno del tono emotivo (manía y melancolía), ó de formas en las que, al agudizarse las percepciones falsas y los delirios, se provocan episodios de exaltación ó depresión, cual en la paranoia y en las psicosis constitucionales neurósicas, de escasa ó muy simple mímica refleja cuando están circunscritas á las ideas.

6.º *La eficacia y variabilidad de los movimientos mímicos son proporcionales á la rapidez y cuantía de los estados de conciencia* (Piderit). Los cambios rápidos de la fisonomía y vivos movimientos de la cabeza, escribe Morselli, indican

una formación muy rápida y muy fácil de imágenes y de ideas (ideorrea). Cuando las expresiones faciales son muy varias se presume el asalto de muchas representaciones de intenso colorido emocional y, á la vez, grande facilidad de los procesos mentales. Por el contrario; las expresiones estáticas se relacionan con la persistencia de imágenes dadas; he por qué en una cara inmóvil, con la mirada fija, con los ojos muy abiertos y con la boca cerrada se puede traducir, las más de las veces, que el loco se encuentra en momento alucinatorio, ó está preso por imágenes impulsivas continuas. La inercia de la fisonomía despierta en el ánimo el concepto de notable estrechamiento de la conciencia y de lentísima procesión de representaciones.

7.º *Los movimientos mímicos están en relación directa con las representaciones sensoriales* (Piderit). Es posible diagnosticar la índole especial de la alucinación ó del delirio por la actitud mímica, reveladora de la recepción del estímulo y su marcha al campo aperceptivo; así, el alucinado de la vista reproduce y conserva el gesto del que mira, el alucinado del olfato del que huele, el del oído del que escucha, etc.

8.º *Los movimientos expresivos de los estados psíquicos son regulados por la asociación de sensaciones análogas* (Wundt). Esta ley es para Morselli la más importantísima de la expresión fisonómica, en cuanto que expone la perfecta equivalencia respecto al modo de gesticulación entre ciertos sentimientos ideativos y abstractos y determinados sentimientos sensoriales. Y así como en los sanos la mímica de los placeres y dolores afectivos es idéntica ó muy semejante á la de los placeres ó dolores del oído; la de las alegrías ó desilusiones intelectuales á la mímica de los placeres y dolores de la vista; las ofensas del amor propio se expresan

cual la sensación de sabores amargos; la lucha contra una opresión moral se revela con las reacciones del sufrimiento traumático; y las satisfacciones egoístas con los trazos del bienestar físico, así «cuando el alienado está con los ojos cerrados y muy apretados los párpados, como si su vista fuera atacada por vivísima luz, podemos presumir la existencia, no sólo de alucinaciones visivas, si que, á la par, de fuertes dolores intelectuales. Si el loco se nos muestra en actitud del que siente intenso frío, esto es, con el cuerpo encogido, con los brazos flexionados y pegados al pecho y con los vestidos cuidadosamente abotonados, con certeza es diagnosticable un estado emocional de miedo (melancolía, pantofobia). Otras veces la mímica del loco representa el sufrimiento de calor; su cara está congestionada, acelerada y ansiosa la respiración, los brazos presos de violentas sacudidas, las ropas desgarradas y arrojadas al suelo, hasta dejar el cuerpo casi del todo descubierto ó desnudo..... predominan, entonces, los sentimientos de antagonismo activo y se deben esperar actos violentos de repulsión y de agresión (manía grave, furor)».

9.º *Los movimientos pasivos de expresión despiertan en la conciencia los correspondientes estados psíquicos* (Maine de Birán). En los enfermos mentales muchas perturbaciones secundarias del sentimiento y de la ideación se crean y se mantienen por influencia sugestiva de mímica provocada; así la entonación penosa del sentimiento se hace constante, y surgen como automáticamente las imágenes más tristes, cuando la fisonomía permanece contraída en expresión de dolor por espasmo tónico de los músculos periculares. «La asociación de movimiento expresivo y estado emocional correspondiente es punto de partida de todas las asociaciones

psíquicas más complejas sobre las cuales se implanta y, más tarde, se constituye el delirio» (Morselli).

10. *Los movimientos paradójicos de la mímica refleja expresan ó intensidad emotiva ó lagunarias sensaciones* (Valdivieso). El lloro en las extremadas alegrías y la risa en las hondas penas, que en los sanos de espíritu son, con frecuencia, fisonómica producción de emociones desbordadas, se verifican en los locos, bien por los mismos motivos que en los sanos, con significado verdadero de intensísima emoción (maniacos que lloran, melancólicos que ríen), bien por oscuridad sensitiva con reminiscencias atávicas emocionales (risas estúpidas de los idiotas coincidentes con sufrimientos físicos, semejantes á la risa como expresión del dolor en ciertas razas inferiores).

Orientados con el recuerdo de estas leyes, al proceder al examen de la fisonomía de los locos y al observar los factores de la mímica emocional hay necesidad de distinguir los comprendidos en la conformación individual de los órganos, de los que los movimientos expresivos propiamente dichos proporcionan.

La agrupación de elementos anatómicos de la cara considerada no con carácter somato-antropológico, sí con significación de expresión mímica, refleja á la vez que el valor étnico-estético, el valer moral y el valer intelectual del enfermo, y nuestros juicios sintéticos se fundarán siempre, no sobre la presencia ó ausencia de caracteres atípicos, como algunos alienistas de universal renombre que formaron escuela han querido, sino sobre el número crecido de desviaciones morfológicas, ya que es de comprobación diaria que las fisonomías brutales, malvadas y estúpidas son menos eurrítmicas, menos regulares y más atípicas que las geniales,

buenas é inteligentes (Mantegazza). Son las primeras coincidentes con estado de imbecilidad, de idiotismo y de parafrenias; las segundas hacen pensar en locuras desarrolladas en sujetos de cerebro válido.

Tebaldí fué el primero en proponer una clasificación de tipos fisonómicos anómalos, que por ser eminentemente práctica, con los más breves términos posibles es reproducida á continuación:

1.º TIPO ROBUSTO.—Se caracteriza por desarrollo considerable de la cabeza, acentuación de las partes salientes, angulosidad de la cara, y grosor de las eminencias frontales, arcos supraciliares y cigomáticos, mandíbula y mentón. Las fisonomías de los que en este grupo entran son pobres de expresión y sus manifestaciones mímicas, en relación con la miseria intelectual y con el escaso desarrollo de los sentimientos, reflejan sólo la inercia ideativa, la indiferencia emotiva, la rabia, la humillación, la curiosidad, la perplejidad y la simpatía interesada. Hay en este grupo dos principales variedades: la *epileptoide* en la que están exagerados los caracteres de masculina robustez y donde son muy frecuentes la asimetría y oblicuidad de la cara, las anomalías craneanas, y el enorme desarrollo del aparato masticatorio; y la *imbecilesca*, en la que la degradación se manifiesta por la desproporción entre el cráneo y cara, por la irregularidad de los órganos externos de los sentidos y por la poca movilidad muscular.

2.º TIPO CRIMINAL.—Sus caracteres más comunes son: capacidad craneana inferior á la media, braqui ó dolicocefalia exageradas, anchura de los temporales, estrechez de la frente, hiper-desarrollo de las crestas de inserción muscular, asimetría facial, orejas mal implantadas, labios tumefactos, perfil prognato, ojos bizcos y fijos, cabellos abundantes, etc. La

fisonomía de este tipo, en el que entran la mayor parte de locos morales, epilépticos y alcohólicos inveterados con degeneración, es dura, rígida, frecuentemente sarcástica, no raras veces disimulada, y prevalecen las expresiones de odio, de sospecha, resentimiento, desprecio, excepticismo y todas las afines á sentimientos egoístas.

3.º TIPO ATÁVICO ANIMAL.—Sin llegar á las exageraciones de Schack y otros, que ven en la cara de ciertos individuos dotados de un determinado carácter moral semejanza con la de varios animales, como la del hombre astuto con la de la zorra, la del lujurioso con la del mono, etc., no se puede negar la existencia de fisonomías humanas de baja gerarquía y de conformación parecida á la pitecoide, como la variedad azteca de la microcefalia, que presentan los idiotas bajos, caracterizada morfológicamente por enorme perfil prognato con frente achatada y pequeña, y funcionalmente por que la mímica manifiesta vivamente la expresión de las necesidades instintivas y orgánicas y cuando más la de placeres del sentido muscular, producidos mediante movimientos automáticos de salto, carrera, cuatropea, rastreo, balanceo, etc.

4.º TIPO ATÁVICO ÉTNICO.—Es el constituído por los individuos que, perteneciendo á la raza blanca, por degeneración profunda reproducen fisonomías de tipos étnicos inferiores, cuales las del mongol, hotentote, etc., observadas en muchos locos criminales é imbéciles y en los cuales prevalecen los gestos faciales reveladores de sentimientos poco elevados y extremadamente egoístas.

5.º TIPO SEXO-INVERTIDO.—Frecuentísimo en los degenerados mentales, es la reproducción en el hombre de la fisonomía femenina y viceversa, y aunque la mímica emocional

corresponde las más de las veces al rasgo sexual, no así hay frecuentemente inversión instintiva, la cual es adquirida casi siempre por corrupción social.

6.º TIPO DE DESARROLLO SUSPENDIDO.—La cara presenta caracteres fetales ó infantiles, cuales la microprosopia, prominencias frontales, metopismo, persistencia del bello fetal, microdontia, etc.; las expresiones mímicas son las correspondientes á la inmadurez de espíritu, como dice Venturi, esto es, reflejos de insuficiente formación del sentimiento y escasa evolución intelectual. Es este el tipo característico del cretino, y en él se comprenden también bastantes paranóicos originarios y hebefrénicos hereditarios.

7.º TIPO SENIL.—La locura, dice Morselli, que trunca tantas veces la parábola biológica de una familia ó de una estirpe, muestra su acción deterioradora sobre la energía física en el individuo, ora acortando el ciclo de su existencia, ora apresurando la evolución senil de su organismo. Así nos explicamos la senilidad precoz de fisonomía de muchos alienados, especialmente de los melancólicos, de los dementes y de los paralíticos (arrugas profundas y numerosas, flacidez de los párpados y de los labios, canicie y calvicie, caída prematura de dientes, retracción mandibular). En este tipo senil la expresión mímica es pobre por reducción de la personalidad á los elementos primordiales ó por su disolución total, ó hay apatía sentimental ó mental inercia, sobresaliendo los sentimientos concentrados y pasivos.

En cuanto atañe al examen sintético de las alteraciones morbosas de la fisonomía y mímica emocional (*dismimias*) hay que observar: la energía, rapidez y duración de los movimientos expresivos; las relaciones de estos movimientos con

las modificaciones del tono sentimental; las relaciones con la actividad intelectual; y la intrusión de otros movimientos de origen patológico, no asociados directamente con emociones determinadas (Morselli).

Por lo que se refiere á la energía, rapidez y duración de los movimientos de expresión la mímica del loco puede hallarse exagerada (*hipermimia*) disminuída (*hipomimia*) ó abolida (*amimia*). La *hipermimia*, que indica violenta tensión de las fuerzas psíquicas y que es característica de las psicopatías en las que los trastornos del sentimiento y de la afectividad llegan á estrechar el dominio de la inteligencia, es; de alegría extremada en las locuras con exaltación agradable, cual en la manía típica y en las excitaciones maniacas de la demencia agitada, de las neurosis, de los períodos congestivos de la parálisis general y episodios eufóricos de las paranoías expansivas; como es de dolor profundo en los estados psiquiálgicos con intensa reacción (melancolía ansiosa y agitada, períodos angustiosos de epilepsia é histerismo, paranoía alucinatoria ofensiva, y astenia senil), como es variadísima, con alternativas rápidas de risa y lloro, de cólera y de benevolencia, etc., (*polimimia*) en las formas degenerativas cíclicas, catatónicas, puerperales é histéricas.

La *hipomimia*, que expresa depresión ó disminución del tono sentimental con debilitación de la actividad intelectual, según el esfuerzo de que se acompaña, es psiquiálgica en las melancolías pasivas, en las hipocondriacas y en la locura neurastésica, y es indolente ó psicasténica en las demencias incompletas, en la estupidez anergética con confusión y en las frenastenias tórpidas.

La expresión finonómica y mímica es nula en la *amimia*; que es asténica (resolución de los rasgos faciales) en la

melancolía atónita, en el tercer período de la parálisis general, en las demencias orgánicas profundas que reproducen la facies de la parálisis labio-gloso-faríngea y enfermedad de Parkinson; ó es hipersténica (permanentes contracciones de músculos mímicos) ya transitoriamente cual en el estupor energético, en la catatonía, en la paranoia sensorial aguda, en la religiosa, en las fases pasionales histéricas y en los delirios tóxicos con intensas alucinaciones, ya automáticamente estratificadas, cual en los estados crónicos secundarios, lipemaniacos y paranóicos de persecución.

La relación de movimientos finonómicos y mímicos con la expresión de los sentimientos hay que considerarla de dos modos: ó como expresiones permanentes que manifiestan el tono sentimental general, ó como expresiones transitorias, reflejo de momentáneas emociones. Son guía las primeras para diagnosticar los trastornos fundamentales del sentimiento en las psiconeurosis (manía, melancolía) y los efectos que producen en la afectividad las perturbaciones primitivas de la inteligencia (psicosis degenerativas), siendo algunas veces tales expresiones tan intensas que resultan típicas (los estados de placer de los exaltados maniacos y los de hondo dolor de los deprimidos melancólicos); siendo otras veces no tan vivas, aunque durables, y permitiendo mímica emocional más tenue cual la reveladora de sentimientos de desdén, descontento, de vanidad, de benevolencia, etc. Son guía las segundas para diagnosticar episodios emocionales; espontáneos cuando son nacidos por un estímulo interno, como una imagen, ó una sensación orgánica; provocados cuando son originados por causa externa, como las impresiones sensoriales. Expresiones mímicas duraderas de placer y alegría se presentan en todas las formas expansivas, refle-

jándose desde la satisfacción por los caprichos del gusto hasta el goce interno de la voluptuosidad sexual; desde la simple complacencia del amor propio hasta el éxtasis del sentimiento religioso. Expresiones de dolor y de tristeza se observan en la melancolía pasiva, que desde el aspecto del que sufre sensaciones de amargor puede alcanzar el del que cae preso de los más torturantes dolores físicos; expresiones de desolación y de ansiedad, reveladoras de extremada angustia, se aprecian en los melancólicos agitados; expresiones de humillación y de envilecimiento ofrecen los melancólicos con ideas dominantes de culpabilidad, de negativismo y de miseria; expresiones de resentimiento y de odio aparecen en los locos fácilmente irritables, cuales los epilépticos, perseguidos é imbéciles incorregibles; de miedo y terror en los panofóbicos y delirantes espantados; de altanería desdenosa y provocadora en el paranoico soberbio; de suspicacia desconfiadora en el paranoico perseguido; de siniestra frialdad en el epiléptico y en el loco moral; de raptó voluptuoso en el paranoico erótico; de perplejidad aprensiva en el hipochondriaco y el dubitativo; de apatía é indiferencia en el demente; de pueril curiosidad en el imbécil.

Expresiones transitorias son: la de la risa, que es enérgica, desbordada y como convulsiva en el maniaco; fatua y deformada por contracción excesiva de la nariz en el imbécil; burlona, falsa ó sarcástica en el paranoico orgulloso; fugaz, con participación única del centro mímico oral, mientras la mirada queda como cansada y dolorida, en el melancólico: la del llanto, que es acentuado y ruidoso como el de los niños en los frenasténicos y tardíos; que es de fácil producción en los melancólicos sin delirio; y continuo, monótono, con gemidos rítmicos, irritantes para quien los oye, en los

melancólicos ansiosos y en los seniles con ideas tristes; lamentoso en el neurasténico é histérico con nota exagerada en busca de confortación y consuelo; y desconsolador en el hipocondriaco: la de la cólera que es de carácter amenazador y agresivo en el maniaco, melancólico agitado, epiléptico, paralítico é imbecil en furor; de repulsión muda y tenaz en el melancólico pasivo; y sarcástica y provocadora en el paranóico. La expresión del pudor falta en casi la mitad de los locos, en los cuales la cara difícilmente enrojece, aun bajo la emoción espontánea de vergüenza ó de arrepentimiento ó bajo la provocada de vituperio ó de reprobación (Morselli), siendo más presta y más común la pérdida de la expresión pudorosa, por ley de disolución de la personalidad, en la mujer que en el hombre, siendo común en los seniles é histéricos, y frecuentísima en los dementes secundarios, en los epilépticos y frenasténicos; como escasa es la expresión de afectuosidad en los locos, en los que si alguna vez son capaces de mímica benévola ó es porque la despiertan todas aquellas cosas que pueden agrandar sus sentidos ó fomentar sus delirios (fetichismo), como en los degenerados con retorno atávico, ó es porque la originan ideas eróticas que por alcanzar intensidad grandísima asumen las formas patológicas más antisociales de seducción, como en los exaltados maniacos, paranóicos erótico-religiosos y excitados pasionales histéricos.

La fisonomía y mímica reflejas de la actividad del pensamiento tienen también, como las emocionales, sus particulares manifestaciones. Así el loco apto á la apercepción muestra los típicos movimientos de la atención, que es exagerada en el melancólico, el que por esperar consuelos ó en expectación constante de extrañas ocurrencias trata de

recojer la menor palabra y el más insignificante gesto de cuantos le circundan, y en el paranoico por desconfiado y suspicaz; como el alienado que en grado mayor ó menor no percibe los estímulos externos actuales muestra fisonomía incongruente ó de desatención; ya por insuficiencia receptiva como en los frenasténicos; ya por reconcentración en la vida mental interior, como en los alucinados obsesionados y delirantes; ya por tumultuarias ideas y reacciones, como en los exaltados; ya por debilidad, torpeza ó pérdida de los procesos mentales, como en los estúpidos y dementes. Mídese la capacidad intelectual en la fisonomía del loco por los rasgos expresivos, que son múltiples y variados, en los perspicaces, como son débiles y lentos en los obtusos é indolentes; apréciase la índole é intensidad de las representaciones ideativas por los trazos faciales de meditabundez en los melancólicos, de inspiración en los alucinados místicos y paranoicos fantásticos, de atáxico desorden en los maniacos graves y delirantes sensoriales y tóxicos; y en cuanto respecta al enjuiciamiento del estado de la conciencia por la mímica refleja «bástanos recordar que el loco consciente de sí mismo y del mundo exterior presenta movimientos expansivos generalmente más equilibrados, más congruentes, más regulares y esfumados que los del loco inconsciente, en el que la expresión se hace desarreglada, incongruente, excesiva y no raramente acaba por desvanecerse y por desaparecer por completo» (Morselli).

Con la denominación de *paramimias* compréndense todas aquellas desviaciones de la fisonomía y de la mímica dependientes de causas patológicas que residen en los centros y conductores nerviosos, que asociadas á las alteraciones del sentimiento y de la inteligencia exageran y deforman los

trazos faciales de expresión; y dichas paramímias: ó son hiperkinéticas, como la coréica que caracteriza los gravísimos estados maniacos degenerativos; como la de varios tics que muestran los psíco-hereditarios; como la de gestos automáticos de los exaltados cíclicos y hebéfrenicos; como las rígidas de risa de los esclerósicos en placas, de trismus de los paralíticos, de espasmo glosolabial de los histéricos, etc.; ó son hipo y akinéticas, como la máscara paralítica de los meningo-encefálicos difusos, como la facies de Hutchinsón de la sífilis cerebral y las variadísimas fisonomías que por trastornos trofo-neuróticos se descubren en los idiotas y cretinos mixedematosos y en los acromegálicos y esclerodérmicos; ó son las designadas con el nombre de especulares por Morselli que «no son más que una exageración morbosa de un fenómeno bastante frecuente en la vida psíquica ordinaria. La fisonomía de algunos locos, sobre todo exaltados, ó histéricos ó neurasténicos, es como un espejo que inmanentemente refleja las expresiones de los interlocutores y de las demás personas circundantes; el gesto mio-facial aparece antes que la emoción correspondiente haya tenido tiempo de formarse y, á veces, la conciencia sólo se modifica secundariamente, por aquella influencia inversa que los movimientos tienen sobre los sentimientos». En la práctica hay que tener muy en cuenta estas últimas paramímias imitativas para no confundirlas con las mímicas espontáneas.

Respecto al examen particular de las zonas mímicas hemos de limitarnos á la mención del análisis de la zona ocular, ya que es de apreciación vulgar lo característico de la mirada de los locos; y en efecto, siguiendo las distinciones de Piderit del mirar expresivo y su semeiótica adaptada á las distintas formas de mental perturbación, según Schüle, Morselli,

Seglás y otros exponemos; que la mirada viva y despierta, indicio de inteligencia é impresionabilidad, es propia de los exaltados maniacos; que la perezosa y vacía, indicadora de inactivo pensar, es común en todos los dementes con apatía, sean vesánicos ú orgánicos; que la inquieta, reveladora de tímidez y sospecha, es la mostrada por los melancólicos ansiosos é hipocondriacos y perseguidos; que la errática y vaga, traduciendo desatención y aturdimiento, es la observada en los maniacos graves y en los imbéciles y dementes agitados; que la concentrada, expresiva de dolor, se aprecia en los melancólicos pasivos; como la dulce, de afectuosa simpatía, en los paralíticos con exaltación optimista y en los eróticos, y la ostentosa, de vanidad y orgullo, en los megalomaniacos.

ACCIDENTE CONSECUTIVO A UNA SANGRÍA

POR

D. JUAN DE DIOS AGUADO

Médico de Población de Campos (Palencia)

J. R. de 25 años, natural y residente en Población de Campos. Prescindimos de todos sus antecedentes y nos limitamos exclusivamente al accidente de la sangría, objeto de nuestro estudio.

El 20 de diciembre del pasado año le hicieron una sangría de la vena mediana basilica correspondiente al brazo derecho; inmediatamente después, le aplicaron un vendaje fuertemente oprimido, cuya opresión exagerada provocaba fuertes dolores é imposibilidad de los movimientos propios del miembro, hasta el extremo de que se vieron precisados á quitar dicho vendaje; en este momento, volvió á salir nueva cantidad de sangre que según manifestaciones del enfermo *salía á chorro y de un color rojo muy vivo*; en vista de esto, le aplicaron un nuevo vendaje, más prieto todavía que el que acababan de quitar. Desde este instante los dolores se acentuaron y á las pocas horas comenzó á notar aumento de volumen de la región afecta; los dolores, que habían disminuído cuando aflojaron el vendaje, aumentaron de intensidad,

irradiándose hacia el hombro y región pectoral; la impotencia funcional cada vez más manifiesta, siendo extremadamente difíciles los movimientos de flexión y pronación. En esta situación permaneció seis días; al cabo de este tiempo, los trastornos antes enumerados fueron en aumento, la tumoración se extendía desde la mitad inferior del brazo hasta el tercio inferior del antebrazo, siendo más manifiesta en su borde interno y especialmente en la flexura del codo; coloración oscura, casi negra. Como tratamiento le aconsejaron el masaje y sostener el brazo con un pañuelo aplicado al cuello.

Estado actual.—A los 20 días de practicada la sangría nos hicimos cargo del enfermo cuya situación era como sigue: Brazo derecho en semi-flexión apoyado sobre el tórax, única posición que le ocasionaba menos molestias y casi la que podía adoptar; gran tumoración de la mitad inferior del brazo, flexura del codo y dos tercios superiores del antebrazo; coloración violácea oscura, algo amarillenta á los extremos de dicha tumoración; dolores espontáneos que se irradiaban desde las extremidades de los dedos hasta la región pectoral del lado afecto; impotencia funcional completa del brazo y antebrazo; movimientos de la mano y dedos notablemente disminuídos y sensación en ellos como de hormigueo.

Por la palpación aumentan los dolores, siguiendo la dirección antes señalada; además, se nota algo de crepitación, propia de las grandes colecciones de sangre coagulada, y bastante dureza. El pulso en la radial es pequeño y retardado, comparado con la del lado opuesto. No hay aumento de temperatura ni trastornos generales que merezcan consignarse.

Diagnóstico.—En los primeros momentos dudamos si se trataría de un aneurisma arterio-venoso ó de un trombus, pero analizando con detenimiento los síntomas expuestos, nos inclinamos en favor del trombus, y en este sentido establecimos el *tratamiento* que consistió, durante unos días, en reposo absoluto del miembro, embrocaciones con alcohol, éter é ictiol y un vendaje ligeramente oprimido que comenzaba en los dedos y terminaba en el hombro. En pocos días notó que los dolores disminuían así como la tumoración, pero esta situación duró poco tiempo; gracias á un esfuerzo violento que involuntariamente hizo el enfermo, todo lo que habíamos ganado en días anteriores lo perdimos en un momento; los dolores, la tumoración y la impotencia funcional aumentaron y hasta hubo ligera elevación térmica local, aunque afortunadamente no hubo escalofrío, lo que nos tranquilizó un tanto; pero apesar de esto, insistimos en el reposo y sustituímos las embrocaciones ictioladas por fomentos de sublimado corrosivo. Un día más tarde de instituído este tratamiento, las cosas parece que volvían á la mejoría que accidentalmente no sólo se había suspendido, sino que habíamos estado expuestos á perder; los dolores disminuyeron considerablemente llegando á desaparecer, la tumoración se hizo más limitada, persistiendo la imposibilidad para la flexión. Días más tarde pudimos observar ligera fluctuación en la parte superior de la tumoración; en vista de esto, hicimos una punción aspiradora, (previas todas las precauciones de rigor) que dió por resultado la salida de 300 gramos de un líquido sanguinolento. Después de esta punción, la tumoración disminuyó considerablemente, los movimientos se hicieron más fáciles y los dolores desaparecieron casi por completo; únicamente persistía el *hormiguillo* por parte de

los dedos. Como medio de cura le aplicamos nuevamente un vendaje algodonado de compresión moderada y el reposo. Al día siguiente, aunque sin dolores, la tumoración se había vuelto á reproducir y con ella todo el cortejo de síntomas que la acompañaban, excepción hecha de los dolores como acabamos de decir. Además nos pareció que dicha tumoración era pulsátil, fenómeno al que dimos gran importancia y que nos hizo dudar del diagnóstico que anteriormente habíamos formulado. En esta situación, y creyendo se trataría de un aneurisma arterio-venoso, le aconsejamos la intervención quirúrgica, pero antes de decidirse estuvo en consulta con el competente cirujano Sr. Gavilán, que confirmó nuestro diagnóstico de última hora, aconsejándole como nosotros la intervención que probablemente habría de consistir en la ligadura y resección del saco aneurismático; operación que practiqué en este pueblo ayudado, por los ilustrados compañeros Sres. Lora Gallardo y Vázquez Carriedo, y á su competencia (que tengo especial interés en reconocer) se debe el resultado tan satisfactorio obtenido.

La operación consistió en poner al descubierto el foco sanguíneo, previa hemostasia preventiva con un tubo de goma, y aislamiento de la humeral que no tuvimos necesidad de ligar porque lo que suponíamos un aneurisma, era un enorme trombus que invadía la flexura del codo y borde interno del mismo. Una sorpresa notable encontramos en este enfermo; aparte de que los vasos habían perdido sus relaciones anatómicas, el nervio mediano era subcutáneo, no solamente en el foco, sino en todo el tercio inferior del brazo, anomalía que quiero hacer constar porque creo que es bastante rara, pero que conviene tener en cuenta en el momento de practicar la flebotomía, á fin de huír de

los peligros que pudiera ocasionar la sección del mentado nervio.

No describimos la operación, porque ningún detalle nuevo ni enseñanza habían de sacar de su lectura los ilustrados lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA. Únicamente diremos que el resultado fué totalmente satisfactorio y la cicatrización fué por primera intención.

Para terminar, rogamos benevolencia á los que hayan tenido la paciencia de haber leído esta mal redactada historia clínica.

REVISTA DE REVISTAS

CIRUGIA Y MEDICINA

Investigaciones experimentales sobre la etiología de la fiebre estival, Melchiorre y Tedeschi (*Policlínico XXXIV*, pág. 1059).
La fiebre de tres días ó fiebre de pappatacis, por Ch. Dopter, (*Paris Médical*, 29 de abril de 1911).

Trátase de una enfermedad que no es nueva. Varios autores han descrito sus caracteres clínicos, atribuyéndola á motivos y causas distintas. Jilek en 1868, la observó en Pola (Istria), llamándola *gastritis endémica*; Ciccoli en 1874 atribuye esta enfermedad á la *insolación*; Pick en 1886 la denomina *enfermedad del perro*, que es el nombre vulgar con el que se la designa en Herzegovina. Posteriormente han menudeado los trabajos en los que sus autores consideran de diversas maneras la etiología de esta afección que ha recibido denominaciones variadas: *fiebre estival*, *fiebre climática*, *influenza estival*, etc. En 1904 y 1908 Taussig y Doerr definen claramente su naturaleza y las condiciones de transmisión, estableciendo el importante papel jugado por los *pappatacis*. Numerosas publicaciones han demostrado la verdad de estos asertos y por ellas se ha comprobado que la *fiebre de tres días* es enfermedad bastante extendida en los países tropicales y sub-tropicales, especialmente en Herzegovina, Dalmacia, Italia, Malta, Egipto, Creta y muy probablemente en la India y China. (Dadas las condiciones geográficas de nuestra península, es casi seguro que se presente en varias de sus comarcas).

Después de una incubación de cinco á siete días, se declara una fiebre de 39^{os} á 40^{os} precedida ó no de escalofríos; la piel está seca y quemante, la cara encendida y las conjuntivas inyectadas; la mucosa nasal y la de la boca al nivel de las mejillas, encías y velo del paladar están rojas; el enfermo aqueja gran postración y

cefalea violenta. En algunos casos es tan brutal el ataque, que el sujeto cae sin fuerzas para moverse.

En otras ocasiones se presentan síncope, vértigos y pérdida del conocimiento; síntomas que pueden ser sustituidos por agitación, delirio y, á veces, convulsiones epileptiformes.

Al mismo tiempo aparecen violentos dolores en la región lumbar, columna vertebral y ciertos troncos nerviosos (nervios peroneos, tibiales, intercostales, supra é infraorbitarios); algunos enfermos son afectados de angustia precordial intensa que les obliga á levantarse de la cama y á moverse. En ciertos casos predominan los síntomas digestivos: anorexia, lengua saburrosa, aliento fétido, vómitos no muy frecuentes; estreñimiento ó, raras veces, diarreas profusas coleriformes ó sangnolentas.

El pulso es lento (de 70 á 90 pulsaciones); la orina ligeramente albuminosa; la piel suele ser atacada de un eritema escarlatiniforme que invade los miembros superiores, dorso, muslos y rodillas; otras veces se presentan erupciones urticadas ó polimorfas; no es raro que aparezca un herpes labial. El bazo es normal y en la sangre no se aprecia más signo especial que una *leucopenia* en la que la cifra de leucocitos por milímetro cúbico puede bajar hasta 2900 en el segundo día.

Los fenómenos descritos se presentan con gran intensidad en las primeras 24 horas; al segundo la fiebre y los demás síntomas empieza á remitir y desaparecen en el tercero, persistiendo la bradicardia.

La convalecencia suele ser larga y penosa.

Al lado de casos intensos suelen presentarse formas atenuadas ó abortivas, que se caracterizan por cefalea, quebrantamiento y pesadez de los miembros.

Aunque casi siempre un ataque confiere la inmunidad, no dejan de ser frecuentes las recidivas.

La *fiebre de tres días* no se observa más que en regiones cálidas, durante los meses de mayo á octubre, reviste carácter epidémico estacional y ataca de preferencia á los recién llegados á las localidades infectadas. Los lugares situados por encima de 500 metros sobre el nivel del mar, están indemnes.

La clínica y la experimentación han demostrado que se trata de una infección transmisible. El agente causal ó virus, que se encuentra en la sangre, no persiste en ella más de 48 horas. Aunque no se le ha visto se trata indudablemente de un microbio filtrante, es decir, que atraviesa los poros de una bujía Berkefeld.

La enfermedad no es contagiosa, en el verdadero sentido de la palabra, pero sí transmisible de hombre á hombre por intermedio de un insecto díptero, el *Phlebotomus pappataci*, perteneciente á la familia de los *psicodídeos*, intermedia entre los *culicidos* y *glosinas*. Las hembras son las que por sus picaduras al hombre (1) sirven de vector del microbio patógeno por un mecanismo análogo al del *Anopheles* en el paludismo y al del *Stegomyia* en la fiebre amarilla.

Franz y Døerr teniendo en cuenta las grandes analogías clínicas que existen entre la *fiebre de tres días* y el *dengue*, se inclinan á considerar estas dos afecciones como formas de una misma enfermedad, pues en realidad son muy parecidas en su aspecto y evolución, atacan sólo á los habitantes de comarcas cálidas, durante el estío y no se presentan en las localidades elevadas.

Importancia relativa de los bacilos tuberculosos de orígenes bovino y humano en la contaminación del hombre, (*Bulletin de l'Inst. Pasteur*, 15 de febrero de 1911), A. Calmette.

Desde el descubrimiento del agente causal de la tuberculosis, observaron los bacteriológicos que había diferencias morfológicas y evolutivas entre los bacilos procedentes de los bóvidos y los que determinan las graves lesiones é infecciones tuberculosas en el hombre. En 1901 Koch, en el Congreso de Londres, llegó á afirmar que se trataba de especies distintas, cuya virulencia no se manifestaba más que en la especie zoológica de la que procedían; por lo cual el bacilo de los bóvidos no podía infectar á la especie humana. Esto, que evidentemente era una exageración, no carecía en absoluto de fundamento, pues se va viendo que generalmente las infecciones que en el hombre produce el *bacilo bovino*, son más atenuadas y menos frecuentes que lo que se había creído.

Se ha tratado de diferenciar la procedencia ó fuente de origen de los bacilos tuberculosos, por diferentes métodos. Los cultivos en huevo glicerinado parecen ser muy adecuados para el bacilo humano y poco apropiados para el bovino, que se desarrolla mejor en un medio desprovisto de glicerina. Los bacilos bovinos procedentes de un cultivo son cortos, (una micra) gruesos y uniformemente

(1) Estas picaduras suelen dejar como huella en la piel pequeñas induraciones violáceas que pueden durar hasta quince días.

coloreados; los bacilos humanos son más largos, (tres micras) delgados, curvos y fácilmente decolorables.

Pero estas diferencias son poco marcadas é inconstantes. Todos los experimentadores están hoy acordes en reconocer que el mejor procedimiento de diferenciación es el que consiste en inocular los cultivos de primera ó segunda generación al conejo ó á la ternera. Las inoculaciones del bacilo humano á estos animales, no producen más que lesiones discretas, no progresivas, de diversos órganos, principalmente del pulmón y del riñón. Los bacilos bovinos, en cambio, provocan una tuberculosis generalizada ó una intoxicación rápidamente mortal. Los animales suelen morir entre los 30 y los 60 días después de la inoculación del bacilo bovino; por el contrario los inoculados con el bacilo humano, sobreviven casi todos y muchos aumentan de peso. Conviene tener presente que algunos cultivos manifiestan caracteres atípicos de virulencia, por lo que su origen es muy difícil ó imposible de precisar.

Parece ser que estas distintas razas de bacilos, cuando son transportadas á un animal de especie distinta del que proceden, acaban, después de muchas generaciones, por adaptarse al medio en que habitan, modificando sus condiciones de vida y aumentando su virulencia; pero por lo que se va viendo, estas transmisiones son más raras de lo que se pensaba. Calmette se declara convencido (y de esta opinión son actualmente la mayoría de los bacteriólogos) de que la infección de origen bovino es, relativamente, de mínima importancia para el hombre, sobre todo en la edad adulta. Es preciso, no obstante, advertir que la ingestión de bacilos en gran cantidad, (como cuando se toma leche cruda de vaca tuberculosa) es peligrosa para el niño, en el que es muy grande la permeabilidad intestinal para los microbios patógenos.

W. Park ha recogido 1038 observaciones de tuberculosis publicadas en diversos países, en las cuales se ha podido determinar por el cultivo y la inoculación de prueba á los animales, el origen humano ó bovino de los bacilos. Entre 686 individuos tuberculosos de más de 16 años, 9 solamente debían su infección al bacilo bovino. De 132 niños de 5 á 16 años se ha aislado el tipo bovino en 33. De 220 niños de menos de 5 años se encontró el bacilo bovino en 59. Todos los demás casos eran debidos al bacilo de tipo humano.

Aunque de esta estadística parece deducirse que la tuberculosis de tipo bovino no es peligrosa para el hombre adulto, hay que tener en cuenta que aunque en él no se encuentra casi nunca más que el bacilo humano, éste en muchos casos podría ser de origen

bovino penetrado en la infancia y habiéndose adaptado al tipo humano después de muchas generaciones en el organismo del hombre.

El consumo de leche de vaca tuberculosa es, pues, menos peligrosa de lo que se piensa, sobre todo si se tiene en cuenta que el 20 ó el 30 por 100 de las leches puestas á la venta son bacilíferas. Así que por lo que á la profilaxia respecta, basta evitar la leche cruda en la alimentación de los niños. Por otra parte la tuberculosis es tanto ó más frecuente en los pueblos que no usan nunca la leche de vacas, como los árabes, los japoneses y los lapones.

Las medidas higiénicas principales deben dirigirse contra la contaminación interhumana, pues los bacilos salidos recientemente de las lesiones tuberculosas del hombre son los que determinan en la inmensa mayoría de los veces, la aparición de nuevos casos. Recuérdese la extremada frecuencia de los contagios familiares.

Se gasta demasiado dinero en la lucha contra la tuberculosis bovina, que estaría mejor empleado en procurar la preservación de la infancia, por ejemplo.

Hace falta que los higienistas hablen alto para reclamar una acertada utilización de los recursos nacionales, y para enseñar á las gentes la procedencia del peligro.

G. CAMALEÑO

Los grandes síndromes de la enfermedad de Bright, por F. Wida
(*Journal medical*, 25 enero 1911).

Los múltiples síndromes que caracterizan la enfermedad de Bright en realidad se reducen á cuatro principales, cuya asociación da lugar á las diferentes formas de la enfermedad: síndrome albuminúrico, síndrome cardio-vascular, síndrome clorurémico y síndrome azotémico; los cuales pueden existir aislados ó asociarse de varios modos constituyendo tipos distintos de enfermedad.

1.º *Forma albuminúrica*.—El síndrome albuminúrico puede existir por sí sólo (Castaigne); los enfermos no revelan el brigtitismo más que por su albuminuria, que es, según Dieulafoy una especie de diabetes albuminosa. Trátase de una ligera albuminuria crónica, constante algunas veces (15-20 ctg.) variable otras (oscilante entre mínimas huellas y de 20 á 30 ctg.) aislada, sin acompañarse del habitual cortejo de fenómenos satélites. Es probable que esta forma mono-sintomática de enfermedad de Bright no represente

más que la primera etapa, anormalmente prolongada, de la afección y que se complete más ó menos tarde con la adición de otros síntomas funcionales. Este forma particular de enfermedad de Bright muestra al estado de pureza por largos años la alteración de una de las funciones primordiales del riñón, cual es la de oponerse á la trasudación urinaria de la albúmina del plasma sanguíneo.

2.º *Forma hipertensiva y forma cardíaca.*—En algunos sujetos con enfermedad de Bright dominan la sintomatología y la evolución completa, fenómenos cardio-vasculares. Los individuos que padecen la forma hipertensiva son casi siempre hombres que pasan de los cuarenta años, que desde tiempo más ó menos largo sufren los trastornos que Dieulafoy dió el nombre de pequeños signos de brightismo: cefaleas frecuentes y tenaces, vértigos, trastornos visuales, tintineos y zumbidos de oídos, calambres musculares, sobresaltos tendinosos, fenómeno del dedo y de la mano muertos. Los síntomas del brightismo están reducidos al mínimo: la albuminuria es leve é inconstante, faltan los edemas y la azotemia.

Por el contrario existe hipertensión arterial: pulso tenso y fuerte, corazón izquierdo hipertrófico, rumor de galope, segundo tono aórtico acentuado, poliuria y polakiuria. En una fase avanzada de la enfermedad se manifiestan los síntomas del brightismo: aumenta la albuminuria, aparece la cloruremia ya en forma de retención seca, ya hidropígena, y por último se manifiesta la azotemia. Son frecuentes en estos enfermos los accidentes derivados de la hipertensión, tales como las hemorragias, que cuando se presentan al iniciarse el mal, tienen gran valor diagnóstico: hematuria renal copiosa ó repetida, hemorragias retinianas y hemorragias nasales imponentes (estas últimas asociadas á la anemia hacen pensar á veces en una nefritis hasta entonces silenciosa) en fin, hemorragias meníngeas y cerebrales. En una fase todavía más avanzada de nefritis crónica, cuando á la hipertrofia cardíaca sucede la dilatación, el síndrome cardíaco sobresale y el enfermo se hace cardio-brightico. La forma cardio-renal merece ser conocida por su frecuencia y porque necesita un tratamiento aparte: los edemas, por ejemplo, son curados combatiendo la insuficiencia cardíaca y la renal á la par.

3.º *Forma clorurémica.*—Uno de los fenómenos por el que se manifiesta la clorurohemia es la existencia de los edemas periféricos. Hoy está demostrado que sólo el cloruro sódico es hidropígeno, y por esto la comprobación de los edemas en un brightico es

índice cierto de la clorurohemia. Por el contrario, la falta de los edemas no depone á favor de la normalidad de la función renal eliminadora de cloruro de sodio. El riñón puede ser insuficiente sólo relativamente, y esto con régimen clorurado normal y por otra parte el edema, indica una clorurohemia ya avanzada, motivo por el cual Widál y Javal crearon el llamado pre-edema. Necesítase, por lo tanto, proceder á la prueba de la cloruria alimenticia y pesar diariamente al enfermo para descubrir las más pequeñas variaciones de peso, á la vez que se atiende á la comprobación de edemas latentes, entendiendo que los edemas periféricos son menos dañinos que los de los órganos internos (clorurohemia visceral de Widál y Javal). La clorurohemia visceral se manifieste con variados accidentes respiratorios, gastro-intestinales y nerviosos aislados ó asociados entre sí ó con los edemas periféricos. Los accidentes de uremia respiratoria son entre los más frecuentes el faringolaríngeo, el hidrotorax bilateral, la pleuritis bríghtica, especialmente derecha y la bronquitis albuminúrica. La uremia digestiva se manifiesta sobre todo por vómitos y diarreas; la nerviosa por cefalea, eclampsia, coma, respiración de Cheine-Stokes y delirios y es debido á la impregnación clorurada de los centros nerviosos corticales y bulbares.

Existe, en fin, un ojo clorurohémico (ambliopía y amaurosis bríghtica por edemas del fondo del ojo) distinto del ojo de hipertensión (ambliopía y amaurosis bríghtica por hemorragia retiniana). Tienen de común todos estos síntomas la misma patogenia (clorurohemia) y el mismo substrato anatómico (decloruración). La existencia de edemas periféricos, el estudio de recambio de los cloruros y las variaciones de peso del cuerpo hacen diagnosticar la clorurohemia, que reconocida requiere un tratamiento declorurante. Puede, suceder que á pesar del régimen, los enfermos no mejoren; trátase entonces de la última fase del mal y los enfermos sucumben por una especie de caquexia edematosa. La nefritis hidropígena tuberculosa es un ejemplo de síndrome clorurohémico aislado, sin hipertensión ni azotohemia (L. Bernard).

4.º *Forma azotémica.*—Corresponde á la alteración de la función de excreción uréica, con retención en los humores de la urea y cuerpos similares azoados. Es forma de pronóstico muy reservado. La urea, al contrario del cloruro sódico, se acumula en exceso en la sangre y en los líquidos plasmáticos, demostrando los trabajos de Froin, Javal, Adler y Boyet que la concentración uréica de todos los medios del organismo es equivalente. La retención

uréica no conduce nunca á la hidratación como la clorurada: es una retención seca, por no modificarse la isotonía. En los bríhticos con anasarca la cantidad de urea en la sangre puede ser completamente normal; por el contrario la retención uréica puede llegar al máximo sin que aparezca la menor infiltración edematosa. No existe, pues, ninguna relación entre la retención hidropígena de la clorurohemia y la retención seca, de la azotohemia. Para conocer la existencia de retención uréica y para apreciar su grado es indispensable comparar el tenor de urea en la sangre con la cantidad aproximada de albúmina ingerida; esto es, establecer el índice de retención uréica. Sin género alguno de duda cuando la urea en la sangre alcanza cifras considerables no es necesario conocer la dosis de albúmina ingerida para concluir en una elevada retención, como se observa en el período terminal de la enfermedad. En todos los demás casos es importante fijar el índice de la retención. Se ha visto que los otros productos azoados, como las bases xánticas y la alloxana toman también cierta participación en la génesis de los accidentes azotohémicos (v. Jacks, Klemperer, etcétera, etc.); empero la una es la que ejerce principal acción, por lo que la investigación de esta sustancia es la que, en primer lugar, debe preocupar al clínico, ya que en la difícil cuestión á resolver del pronóstico de los estados urémicos, es el único elemento cierto que se posee, por lo cual debe hacerse en todo bríhtico; buscando la úrea lo mismo en la sangre, que en líquido céfalo-raquídeo, que en los trasudados y exudados. Es de notar que en normal estado la tara de urea oscila dentro de estrechos límites, entre 0,15 y 0,50 por litro de suero sanguíneo. Cuando la proporción sobrepasa de 0,50 existe retención azoada y las dosis superiores á 4 gr. no son tolerables para el organismo. Sin embargo, para ser fatal la retención debe ser permanente y no temporal, como ocurre en ciertas anurias calculosas, por ejemplo. Solo excepcionalmente en bríhticos en último período se han observado cifras superiores á 4 gr., como 5,85 (v. Jacks) y aun 7,60 (Widal y Abrami). Cuando la tara oscila entre 0,50 y 1 gr. el pronóstico no es inmediatamente fatal; cuando está entre 2 y 3 gr. y es permanente no permite una vida más que de meses ó de semanas; y las cifras superiores á 3 gr. no se observan más que en los últimos períodos de la enfermedad, cuando la muerte solo es cuestión de días. Los signos que caracterizan en primer lugar la azotohemia son de orden gastro-intestinal y de orden cerebral: anorexia, vómitos, estomatosis ulcerosa, enteritis ulcerosa, torpeza intelectual hasta el coma completo, estado de

angustia doloroso, prurito (Weill) retinitis albuminúrica ú ojo azotohémico (Morox). Pues que no existe relación constante entre la aparición de estos síntomas y el grado de retención uréica, conviene practicar sistemáticamente en todo bríghtico la dosificación de la urea en la sangre.

Diagnóstico y terapéutica de la úlcera duodenal, por A. Kühn
(*Medizinische klinik* núm. 3, 1911).

La experiencia ha demostrado en estos últimos tiempos que la úlcera duodenal es más frecuente de lo que se cree y su confusión con la úlcera gástrica ha sido hasta ahora muy fácil, por tener mucho de común la sintomatología de las dos afecciones; y sólo un examen clínico preciso puede vencer la dificultad del diagnóstico diferencial.

Por lo que respecta á los trastornos subjetivos, domina en primer lugar el dolor, el cual puede simular un cólico gástrico típico, y que es de tal índole que, por lo común, no puede ser localizado por el enfermo y que le describe como si fuera un calambre, y en este caso, especialmente, el diagnóstico es muy difícil. Es fácil la confusión con la calculosis biliar y con la apendicitis, y la dependencia directa de los accesos dolorosos con la toma de alimentos puede existir, pero puede faltar, y presentarse dos ó tres horas después de las comidas.

Las condiciones de la secreción gástrica tienen grande importancia, según que la úlcera está próxima al piloro ó alejada de él. En la úlcera duodenal las relaciones de acidez del jugo gástrico son muy varias; sin embargo, en general suele haber aumento de ácidos libres.

Parece debe ser aceptada la hipótesis de que el espasmo pilórico producido por el estímulo hiperácido, irrita mecánicamente la úlcera duodenal situada próxima al piloro. En estos casos es necesario con la neutralización del exceso de ácido, con el empleo de la belladona y de otros preparados semejantes poder alejar el calambre, como la acción química por hiperacidez, pues su influencia es favorecida por la especial disposición anatómica del duodeno, que hace posible una estancia muy larga en su parte alta del jugo gástrico.

Los dolores que se presentan en la úlcera duodenal tienen caracteres comunes con los que se presentan en la gástrica, y pueden no sentirse por mucho tiempo sin que el proceso se haya detenido. Ordinariamente falta el vómito. Sobre si la ictericia pertenece á la

sintomatología de la úlcera duodenal las opiniones varían, y según Ueber puede presentarse por muchas causas independientes de la úlcera; pero es cierto que en ella influencia la localización, la antigüedad y el tamaño de la ulceración.

De mucha más importancia sintomatológica son las hemorragias, ya se presenten profusas, ya permanezcan ocultas.

Sobre las causas de la úlcera duodenal nuestros conocimientos son todavía imperfectos, pero se concede grande importancia al traumatismo.

Teniendo en cuenta todos los signos diagnósticos es, en la mayor parte de casos, posible establecer un diagnóstico seguro, y es de grande interés precisarle lo más pronto posible puesto que el peligro de una perforación es mucho mayor en la úlcera duodenal que en la gástrica.

La terapéutica debe ser primeramente interna y, sólo si falla ó hay síntomas de estenosis, se recurrirá á la gastro-enterostomía; la abertura del duodeno y busca de la úlcera con fin *hemostático* sólo está indicada cuando las hemorragias son tenaces. La cura interna es casi igual á la de la úlcera gástrica. La dieta debe regularse según el grado de hipercidez, y en casos de hemorragias muy graves y en los que los vómitos son fáciles y se corre el peligro de inanición se recurrirá á la alimentación rectal.

Kühn regla el tratamiento así: en los tres ó cuatro primeros días aconseja la alimentación según el método de Leube y pasa después al de Lenhartz. En las hemorragias ligeras aconseja tomar pequeñas cantidades en los primeros días de leche fría ó de agua albuminosa fría; después suministra alimentos ricos en albúmina bajo la forma de sopas añadiendo biosón, hygiama, somatosa, jugo de carne y yema de huevo batida. Para favorecer la formación de escara hace tomar la escalina, que es una pasta de glicerina con aluminio finamente pulverizado y la cual conviene en todos los casos.

CUADRADO

El pulso de la lengua en la insuficiencia aórtica, por L. Miner-vini. (*Gazz. internazionale di Med., Chir. etc.*, núm. 46, 1911).

El corazón periférico ha entrado, desde luego, en el dominio de pacientes investigaciones semiológicas y clínicas, y gran número de signos revelan cada día más su importancia decisiva para el estudio del aparato circulatorio.

En la insuficiencia aórtica pueden comprobarse los siguientes pulsos visibles: 1.º pulso capilar de Quincke; 2.º hippus circulatorio de Landolfi; 3.º tres puntos pulsátiles de la radial; 4.º pulso de la cabeza, de Bruschini-Feletti-Coop; 5.º pulso de la úvula, de Mueller; 6.º pulso de la tonsila, de Huchard; 7.º pulso del hígado y del bazo, de Gerharadt-Huchard. Los de mayor importancia patognómica serían el 2.º, el 5.º y el 6.º; pero en algunos enfermos del Ambulatorio cardio-vascular de Incurables de Nápoles, afectados de insuficiencia aórtica, ha tenido ocasión Minervini de observar, á más de estos tres signos bastante marcados, un fenómeno todavía por nadie descrito. Queriendo investigar el pulso de Mueller y el de Huchard, poniendo un depresor de la lengua comprobó que la lengua comunicaba al aparato sacudidas rítmicas de abajo arriba sincrónicas con los latidos arteriales. Era con evidencia una pulsación de la lengua, naturalmente debida á las sacudidas rítmicas de la arteria lingual por vigoroso impulso cardíaco; y más precisamente dicho, no sólo pulsaba la lengua, sino todo el suelo de la boca experimentaba una elevación y un descenso rítmico, sincrónico al cardiosístole-arteriodiastole y al cardiodiastole-arteriosístole. La dislocación de abajo arriba de la lengua y del suelo bucal (arteria sublingual) parece todavía más patognómico que los otros pulsos dichos, porque ninguna hipertrofia, hipertensión y arterio-esclerosis puede dar el pulso de la lengua, que Minervini ha descrito en el caso de insuficiencia aórtica, puesto que ninguna enfermedad como ésta tiene la propiedad de desplegar y manifestar todos los campos del corazón periférico. El pulso de la lengua es paralelo al estado de la presión arterial y es extremadamente visible en plena hipertrofia del ventrículo izquierdo; disminuye y acaba por desaparecer en los períodos de descenso de la presión arterial y cuando se inicia la disminución de capacidad ventricular ó de impulso sistólico; reaparece en los períodos avanzados del mal, en los cuales los vasos del cuello, las arterias periféricas y el mismo corazón brincan con extraña y paradógica intensidad presos del eretismo cardio-vascular. La ausencia del pulso de la lingual no deniega, naturalmente, el diagnóstico de insuficiencia aórtica, mas es de notable contribución para la forma endocárdica de Corrigan, encontrándose con mayor frecuencia en la forma arterial de Hodgson. Por el contrario, Minervini, no ha encontrado nunca el pulso de la lengua, fuera de la insuficiencia aórtica, en otras cardiopatías.

La doctrina miogénica de la actividad cardíaca y sus relaciones con la aritmia, por Musser. (*American journal of the medical sciences*, núm. 468, 1911).

Crefase, generalmente, hace poco más de una decena de años que la contracción cardíaca era debida á una acción del sistema nervioso sobre las células musculares del corazón, como sucede para los músculos voluntarios. Minuciosas y pacientes investigaciones de Gaskell, de Bowdich y especialmente de Engelmann demostraron que el estímulo contráctil se desarrolla en las mismas células del músculo cardíaco y no depende de ninguna actividad nerviosa. Así surgió la doctrina miogénica, sostenida después con pruebas embriológicas, anatómicas, fisiológicas y clínicas. Una y otra teoría trató de conciliar Mackenzie, haciendo notar que en el corazón de los mamíferos en completo desarrollo se encuentra un mecanismo nervioso inseparablemente asociado á la musculatura cardíaca; pensaba que aunque el sitio principal del estímulo cardíaco esté en las células musculares, sea el sistema nervioso un factor de seguridad.

La teoría miogénica considera al corazón como órgano automático, cuyo estímulo para contraerse se genera en las células musculares y no procede del sistema nervioso, comenzando en la base y propagándose á la punta. La actividad cardíaca después sería contrastada y regulada por un complejo mecanismo nervioso extra é intracardiaco, cuyos impulsos son capaces de inhibir ó estimular algunas ó todas las funciones de las células musculares.

El músculo cardíaco tiene las siguientes funciones cardinales: producción del estímulo, excitabilidad, conductibilidad, contractilidad y tonicidad.

El material estimulante se origina en las células y proviene de actividad química, dependiente de la acción de las sales inorgánicas del suero sanguíneo. La facultad de transformar este estímulo en movimiento, consumiendo energía, constituye la excitabilidad; y la conductibilidad consiste en el hecho que las células musculares del corazón, son capaces de transmitir un estímulo de una á otra fibra muscular sin el concurso de los nervios. La contractilidad es función común á todos los músculos cuando son estimulados, y como cualquiera otro músculo el corazón tiene la propiedad de mantener cierto tono que es lo que constituye la tonicidad.

Una particularidad característica del corazón consiste en que cuando éste se contrae, ejerciendo sus cinco propiedades cardinales éstas desaparecen temporalmente, para restaurarse gradualmente después en el período de reposo ó fase refractaria de Marey. Otra característica del músculo cardíaco fué descubierta por Bowditch y es anotada como ley de contracción máxima: cuando el corazón responde á un estímulo de contracción, se contrae con toda la fuerza que es capaz de ejercer en aquel momento.

En el tubo cardíaco primitivo de ciertos embriones es claramente visible que la contracción comienza por el cabo venoso, de donde luego, como movimiento peristáltico, se propaga á las otras partes del corazón. En el corazón del hombre adulto persisten grupos definidos de células musculares que son residuos del tubo cardíaco embrionario y verosímilmente conservan la primitiva propiedad de originar y conducir las contracciones. Keith y Flach han demostrado el residuo del seno venoso que une la gran vena con la aurícula, y este nudo de tejido muscular le llaman nudo seno-auricular. De este modo parte el estímulo normal de la contracción que de las paredes auriculares se propaga al ventrículo. His, Tawara, Kent y otros han demostrado un fascículo de fibras musculares primitivas, que comienza en la pared auricular próxima al origen de las coronarias como nudo auriculo-ventricular, y de él las fibras pasan por hendidura membranosa formando el fascículo auriculo-ventricular de His, que se subdivide después en dos ramas destinadas respectivamente á los dos ventrículos, formando, sino la única, la más importante vía de conducción entre los senos y los ventrículos.

Entre las varias clasificaciones de la aritmia Musser adopta la de Venckebach, que clasifica en dos grandes grupos la irregularidad de la acción cardíaca: da á la aritmia del primer grupo el nombre de verdadera, porque en ella se perturba el ritmo normal fundamental del corazón; al segundo grupo pertenecen las pararitmias, en las cuales el ritmo fundamental no ha cesado de existir, si bien está algo oculto por varias influencias.

La aritmia verdadera, ó irregularidad del seno, se tiene cuando los estímulos se producen en intervalos varios é irregulares; y esta irregularidad depende en variación de lentitud del diástole, puesto que la fase sistólica permanece constante. En el corazón humano la sucesión de las distintas fases es reglada por un mecanismo nervioso acelerador é inhibitorio; por eso esta aritmia se encuentra de ordinario asociada á desórdenes del sistema nervioso.

Las pararitmias ofrecen mayores dificultades diagnósticas y son clínicamente más importantes. Las pararitmias comprenden la irregularidad del corazón debida á extrasístole, que puede ser auricular, ventricular y auriculo-ventricular, á defecto de conductibilidad, de donde el bloqueo cardíaco parcial ó completo; á excitabilidad deprimida, á trastornada contractilidad, á aritmia completa ó irregularidad absoluta.

La forma más frecuente de pararitmia es la por-extrasístole.

Según Mackenzie el extrasístole es una contracción prematura del seno del ventrículo por estímulo producido en un punto anormal del corazón con sostenimiento del ritmo fundamental. Según Mackenzie el extrasístole depende de estímulos originados en las fibras musculares que son residuo del tubo cardíaco primitivo. Los agentes de estos extraestímulos son poco notados, pero pueden ser excitantes externos como una toxina ó estímulos autóctonos producidos en el mismo corazón. La variedad más frecuente de extrasístole es la ventricular, por anormal estímulo que, repentinamente, interrumpe el diástole normal y produce una contracción. Al extrasístole ventricular va unido el pulso bigémino, que se tiene cuando la extracontracción ocurre después de la contracción normal, de modo que se tienen grupos de dos latidos seguidos de larga pausa.

Más raro es el extrasístole que se origina en el nodo auriculo-ventricular, llamado extrasístole nodal. El estímulo anormal surge entre seno y ventrículo, se propaga simultáneamente arriba y abajo, prematuramente hace contraer seno y ventrículo y destruye el estímulo normal acumulado en el seno, por lo que se comprueba hay un intervalo normal antes de seguirse una contracción cardíaca.

En una tercera forma de extrasístole éste comienza en el seno y produce una contracción auricular prematura que se sigue de sístole ventricular normal. El extrasístole auricular, como el ventricular, van seguidos de una parada compensadora.

La cuarta forma de extrasístole se origina en el residuo del seno venoso, alrededor de la embocadura de las grandes venas.

El segundo tipo de pararitmia se asocia con trastornos de la función fundamental de conductibilidad, la que al estar disminuída alarga el intervalo entre el sístole auricular y el ventricular, de modo que por cada 3 ó 4 contracciones auriculares queda suspendida una contracción ventricular, y si esto ocurre en intervalos regulares de tiempo se tiene una forma de alloritmia. Si la

depresión de conductibilidad es mayor, el sístole ventricular falta bastante más á menudo. Esto sucede en las lesiones anatómicas del fascículo aurículo-ventricular de His, cuando el estímulo de la contracción se limita al fascículo dicho y el ventrículo queda fuera de todo estímulo normal del seno. Clínicamente, entonces, se tiene pulso radial poco frecuente, mientras lo es más el venoso en el cuello.

Las pararitmias por desorden de la excitabilidad son bastante raras y difícilmente analizables, por lo que sólo se reconocen por exclusión, y en ellas tan pronto falta la contracción de los senos como la de los ventrículos.

Una forma típica y fácilmente reconocible de irregularidad se observa á veces cuando la propiedad contráctil del músculo cardíaco está lesionada. Una pulsación fuerte va seguida entonces de una débil: es el pulso alternante, que depende del hecho que cuando después de una contracción normal sobreviene la contracción sucesiva el poder contráctil no se encuentra del todo restaurado y se tiene por ello una contracción más débil.

Las alteraciones de la tonicidad no dan lugar á irregularidad característica: producen sólo una dilatación cardíaca con todas sus consecuencias.

En la irregularidad completa permanente, ó aritmia perpetua, se destruye del todo el ritmo fundamental. Tal sucede en las graves insuficiencias cardíacas que siguen á los estadios avanzados de la endocarditis crónica reumática. Esta irregularidad no sigue orden aparente, sólo el pulso venoso demuestra la ausencia de una contracción auricular en ella. Según Mackenzie el sitio del ritmo cardíaco en esta forma es traspasado de los residuos del seno venoso al nodo aurículo-ventricular, de modo que seno y ventrículo se contraen casi contemporáneamente y acaso antes el ventrículo que el seno. Esta irregularidad continua contribuiría al ritmo nodal. Más recientemente Mackenzie ha aceptado la opinión de Cushny, según el cual esta irregularidad sería debida á fibrilación auricular demostrable con el electro cardiograma.

Se han descrito algunas otras formas de aritmia como el hemisístole y las distintas taqui y bradicardias. Algunas de éstas son debidas á las fibrilaciones dichas, mas no es hoy posible discutir las por ignorarse todavía su causa.

El insomnio de los neurasténicos, según Deschamps y Dejerine.
(*Journal des praticiens*, núm. 12, 1911).

Todos los autores están de acuerdo al afirmar que no hay nada tan peligroso como administrar un hipnótico á los enervados; tienen la fobia de notables insomnios y piden al médico el favor de librarlos de su ansiedad sin perjudicarlos. Todos los medicamentos que proporcionan un sueño pesado (veronal, hippal, hidrato de amileno, etc.) terminan por un despertar desastroso en el cual todas las ideas ansiosas del enfermo se le presentan en loco desorden. Los neurasténicos, que hacen uso de hipnóticos, están más enfermos durante el día y curan con más lentitud. Es, sin embargo, preciso hacer algo.

Los baños electro estáticos sobre banqueta de vidrio con efluvios sin chispas (5-10 minutos en días alternos) son eficaces algunas veces. La hidroterapia, bajo la forma de baños fríos (á 28° ó 30° de 4 minutos de duración) de duchas templadas (á lluvia interrumpida por 2-3 minutos) excitan más que calman los organismos irritables, y serán tales medios más oportunos cuando los enfermos se hallen mejorados. Ante todo hay que hacer acostar pronto al enfermo; al principio á las seis de la tarde, y así la excitación que impida el sueño se disipará poco á poco, y hacia las once ó las doce de la noche, mientras sus pensamientos son los de no dormir, el sueño se producirá frecuentemente sin que él se dé cuenta, pues muchos enfermos duermen sin que de ello tengan conciencia. Bueno será, de cuando en cuando, comprobar si el insomnio es tan tenaz como el enfermo asegura y del menor reposo confirmado el médico se aprovechará para valorar sus palabras de confortación y de esperanza.

Inútil es insistir sobre el buen funcionamiento del tubo digestivo, sobre la utilidad de los enemas templados en casos de constipación y sobre el peligro de cualquier susto y cualquiera excitación. Es necesario asegurar certificar la curación; las palabras afirmativas tienen solamente el poder de convencer. Siendo el neurasténico un dubitoso es de precisión conquistar su confianza, y si el sueño no se presenta en las primeras noches hay que encontrar en los incidentes del día mil razones, que el médico debe asegurar que no se repetirán más y que fueron causa del mal resultado de la cura.

Como medicamentos, agentes inofensivos: la valeriana y el agua de azahar son á menudo suficientes. En los enfermos antiguos hay

que recurrir á algunos otros; pueden tener buen efecto los menos conocidos á condición que se exagere su virtud. Por ejemplo, el validol (valerianato de mentol) á la dosis de 10 gotas en un poco de agua á las 10 de la noche, pues que no tiene el sabor acre del mentol y no irrita las vías digestivas.

Se puede alternar con el oxialcanfor, que es el alcanfor ordinario, al cual un átomo de H es reemplazado por HO, en solución alcohólica al 50 por 100. Se dá á la misma dosis; esto es, 10 gotas á las 10 de la noche, pudiendo repetirse á las 2-3 horas si es necesario; no habiendo inconveniente en elevar las dosis hasta 2-3 gramos al día. Estos dos fármacos, especialmente el segundo, ejercen una acción sedante real.

Se puede también prescribir:

Oxialcanfor en solución alcohólica al 50 por 100,	5 gramos.
Alcohol á 60°.....	20 »
Hidrolado de menta.....	110 »

para tomar una cucharada de café ó de postre en el momento de ir á la cama, repitiéndose durante la noche.

Si el enfermo está atormentado por palpitaciones la tintura de crataegus oxyacantha producirá con rapidez un efecto beneficioso; 15 gotas al ir á acostarse y durante el día si es preciso.

Puede disponerse también;

Tintura de crataegus oxyacantha	2 gramos.
Hidrolado de valeriana.....	100 »
Jarabe de éter.....	30 »

Una cucharada de sopa al irse á la cama.

Una visita del médico á las nueve de la noche obra como el más eficaz de los remedios.

Sobre el valor de la punción lumbar en la hemorragia cerebral, por A. Rossi, (*La Riforma médica*, núm. 16, 1911).

Habiendo practicado la punción lumbar en numerosos casos de hemorragia cerebral con el fin de indagar las modificaciones que el líquido céfalo-raquídeo experimenta en tal afección, comunica Rossi los resultados de sus investigaciones, que adquieren grande importancia no sólo por el significado de diagnóstico general, si

que también por el especial de sitio, de entidad de la lesión y del pronóstico. Clasifica los casos clínicos que ha observado, y en los que ha experimentado, en cuatro grupos:

1.º Casos gravísimos, iniciados con *ictus* repentino, seguidos de estado comatoso profundo, y que produjeron la muerte en las primeras 24-48 horas.

2.º Casos que empezaron casi sin verdadero *ictus*, y solamente con leves trastornos de la actividad cerebral, que tenían más bien la apariencia de desórdenes transitorios de circulación, y que, sucesivamente, por el acompañamiento de fenómenos más adelante aparecidos, adquirieron caracteres de gravedad, que se fueron acentuando hasta causar la muerte después de transcurridos 7-10-15 días. Los casos comprendidos en este grupo, no deben ser confundidos con aquellos en los que después del hecho inicial, ocurre agravación dependiente de otras hemorragias sobre añadidas á la primitiva, ya por nuevo accidente vascular, ya por continuación ó reproducción de aquéllas. Los fenómenos en estos enfermos observados, y que determinaron el empeoramiento ulterior y progresivo, fueron como efecto conexo y mediato con el accidente hemorrágico inicial, en cuanto que son expresión de perturbaciones reaccionales de los meninges y de los centros nerviosos y no efecto mecánico directo de la efusión sanguínea.

3.º Casos en los que los trastornos cerebrales iniciales se resolvieron fácilmente dejando en pos de sí, de modo más ó menos pronunciado, las lesiones motoras de foco.

4.º Casos de embolia, ó de trombosis y de hemiplégias tóxicas (uremia, diabetes, etc.), que se inauguran con desórdenes cerebrales repentinos más ó menos graves y en todo análogos á los de apoplejía por hemorragia.

En los casos del 1.º grupo comprobó constantemente la presencia de sangre en cantidad visible, para asegurar perentoriamente el diagnóstico de hemorragia y excluir el de otras afecciones de principio apoplectiforme.

En los casos del 2.º grupo la raquicentesis demostró discreta cantidad de sangre en el líquido céfalo-raquídeo, el cual en subsiguientes análisis, por repetidas punciones, mostró color rosáceo anaranjado, amarillo y luego se hizo incoloro, indicando las transformaciones que sufre la hemoglobina.

En los del 4.º grupo la raquicentesis dió salida á un líquido con presión normal, límpido, incoloro y privado de elementos morfo-
gicos.

En la exposición de los hechos Rossi es muy detallista, y lo mismo los datos clínicos como los autópsicos y de microscopía son muy bien apreciados y contrastados, deduciendo de sus notables trabajos las siguientes conclusiones:

1.^a Todas las hemorragias cerebrales que presentan líquido céfalo espinal hemorrágico deben ser consideradas como gravísimas.

2.^a La gravedad, no obstante, depende de un doble y bien distinguido orden de hechos, al cual corresponde también una distinción en el exordio y en la marcha clínicos: en una parte de los casos se manifiestan súbitamente ictus grave y coma profundo, á los que siguen en breve tiempo la muerte. Son los casos cuya gravedad depende directamente de la gran hemorragia, que invade las cavidades ventriculares y se difunde en el líquido céfalo-raquídeo, confiriéndole el aspecto hemorrágico más saliente (los glóbulos rojos pueden alcanzar la cifra de un millón por m. m. c.)

Otra parte de casos (más importantes para nosotros) pueden surgir y presentarse al principio con síntomas cerebrales mitigados, mientras que en el curso ulterior adquieren constantemente marcha grave y acaban las más de las veces por ser mortales. La gravedad póstuma es debida en estos casos especialmente á una serie de fenómenos que indican viva reacción de las meninges ligada á los efectos que sobre éstas produce la sangre aprisionada secundariamente en los espacios areolares de la leptomeninge cerebral y espinal.

3.^a La presencia de sangre en el raquis en los casos que se anuncian y caminan al principio con trastornos cerebrales leves es preciosísima también bajo el punto de vista pronóstico, porque pone en guardia contra la engañadora benignidad de los síntomas iniciales.

4.^a La presencia de sangre en el raquis es siempre un dato útil y, á veces, el único directamente seguro para diferenciar la hemorragia cerebral de otras afecciones de comienzo apoplectiforme, con las cuales puede ser confundida (émbolia, congestión, epilepsia, encefalitis; coma urémico, diabético, etc.)

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Curación de la hiperhidrosis por los rayos X, por H. Pirie,
(*British medical Journal*, agosto 1910).

Pirie refiere tres casos de hiperhidrosis de las axilas, uno de hiperhidrosis palmar, y uno de las axilas, manos y cara que fueron curados de modo completo y duradero con la radioterapia, empleando por término medio dosis de 3 á 5 horas repetidas 2 á 3 veces con un mes de intervalo.

En los casos de hiperhidrosis palmar, los espacios interdigitales que habían escapado á la acción de los rayos X, y una parte de la eminencia tenar que recibió menor dosis, fueron las únicas partes que conservaron ligerísima manifestación de la enfermedad.

Dos casos de chancros extragenitales, por M. M. Gaucher, Levy-Franckel y Dubosc (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de Syphiligraphie*, enero 1911).

Observación 1.^a—D. cocinera, de 26 años, se presentó en la Clínica del profesor Gaucher con un accidente primitivo de la región deltoidea derecha: la lesión empezó 45 días antes por un grano como una gruesa cabeza de alfiler y 15 días después aumentó de tamaño. Consultó en la Charité y pareciendo el diagnóstico imposible le dispusieron curas húmedas y toques con tintura de iodo. Cinco días más tarde aparecieron algunos elementos de roseola, que pronto se generalizó, y después cefalea.

Al ingresar en la Clínica presenta ya una lesión erosiva de más de 3 centímetros de ancha, ajamonada, lisa, homogénea, de base infiltrada; adenopatía axilar derecha sin gran carácter y una roseola papulosa difusa. Reacción Wassermann débilmente positiva. Se hizo el tratamiento conveniente.

Este caso es sólo interesante por el asiento extraordinariamente anormal del chancro, siendo inexplicable el modo del contagio. Fournier no cita la localización del chancro en los brazos fuera del contagio vacinal.

Observación 2.^a—J. M. 48 años, viene á la consulta por un accidente primitivo en la región preauricular izquierda, con gruesa adenopatía cervical por detrás del esterno-mastoideo; existe roseola

papulosa generalizada. El tratamiento por el benzoato de mercurio curó á la enferma en breve plazo de las antedichas lesiones.

Esta localización en la región preauricular, aparte los chancros debidos á la navaja de afeitar, son muy poco frecuentes y de difícil explicación. En el caso de que nos ocupamos el contagio sería inexplicable si la enferma no fuera sorda; cuando se la habla un poco fuerte aproxima el oído del lado contaminado. Se trata, pues, casi ciertamente, de contagio por esputación.

Pelada y sífilis, por M. Wilian (*Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie*, enero 1911).

Wilian, interno de Fournier y luego su jefe de Clínica en 1901 y 1902, aprendió de él lo frecuentemente que se asociaban sífilis y pelada, pudiendo más tarde comprobar repetidamente la exactitud de dicha afirmación.

No es que dude que las lesiones dentarias, los traumatismos craneanos, etc., puedan originar la pelada, pero sí afirma que hay variedades de ella que dependen claramente de la sífilis. Y distingue dos tipos distintos:

1.º Una forma nummular, de pequeñas placas redondas, de evolución excéntrica al igual que un accidente sifilítico, frecuentemente simétricas, con asiento preferente en la barba, mentón, regiones submaxilares, que aumentan de intensidad si el enfermo se abandona y disminuyen cuando se trata específicamente.

Se asocia á menudo en los sifilíticos verdaderos con lesiones de uñas, dientes, al vitiligo.

2.º Que en este grupo las placas son difusas, realizando el tipo de la pelada ofásica de Celso, y también la de la pelada generalizada.

Estos hechos se observan especialmente en individuos afectos de manifestaciones nerviosas parasifilíticas (tabes, parálisis general), y mientras que los del primer grupo parecen de naturaleza sifilítica directa, en las del segundo hay que pensar en una patogenia nerviosa.

Según Wilian, bajo el punto de vista clínico, las cosas ocurren de la manera siguiente:

1.º Sobrevienen las placas de pelada en el primero ó segundo año de enfermedad de un sifilítico declarado y en pleno tratamiento.

2.º Es un peládico que consulta únicamente por su pelada. Hace desconfiar la tenacidad, recidivas, la coexistencia de vitiligo de piel y pelos, de lesiones ungueales.

Se descubre la sífilis en la anamnesia, ó bien se halla un estigma positivo (signo de Robertson, abolición de reflejos tendinosos). Frecuentemente se niega todo antecedente, pero la reacción de Wassermann es positiva.

3.º En fin, en ciertos casos se trata de heredo-sifilíticos, que pueden no presentar ni estigma alguno ni reacción de Wassermann, como lo atestigua un curioso caso que cita. Se trata de un muchacho de 21 años que hacía 7 no tenía un pelo en su cuerpo no obstante los mil tratamientos empleados. El padre, que había padecido sífilis en su juventud, se dirigió á Wilian creyendo que algo pudiere influir tal enfermedad en la de su hijo.

No se encontró en él el menor estigma y la reacción de Wassermann fué negativa, á pesar de lo cual le inyectó el salvarsán por tres veces en el breve tiempo de 24 días, notando á las dos de la última inyección que el vello aparecía con gran abundancia.

Desde entonces empleó Wilian igual tratamiento en otros peládicos, y, en uno de ellos, con igual resultado, pero no conociendo aun los definitivos, que promete comunicar, los anticipa prematuramente, tal vez, en atención á que se trata de enfermedad ante la que nos encontramos frecuentemente desarmados, y para despertar el interés de otros observadores que inducidos por el ejemplo traten de secundarle.

PÉREZ MINGUEZ

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

De las hemorragias tardías en el puerperio, por Kuster. (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXVII, Hft. 2, p. 430).

El autor señala la existencia de hemorragias graves, alguna vez mortales, que sobrevienen después del octavo día del puerperio.

Hace un rápido estudio de los trabajos publicados acerca de este asunto y de las causas hasta ahora conocidas, citando entre ellas los restos placentarios, los miomas, el cáncer del cuello, la desintegración de trombus voluminosos, placenta previa, el aneurisma de las arterias uterinas, etc. Cita dos casos interesantes en uno de los que la hemorragia fué producida por la eliminación de

un trombus único, voluminoso, y en el otro por la eliminación de trombus múltiples, pero pequeños. De su estudio deduce las siguientes conclusiones:

1.^a Las hemorragias tardías pueden presentarse en el puerperio sin que existan restos placentarios ú ovulares retenidos en el útero, sino á consecuencia exclusivamente de la formación de trombus en el mismo.

2.^a Estos trombus no pueden distinguirse microscópicamente de los restos placentarios ú ovulares.

3.^a En los casos en que sea de importancia tal distinción es preciso proceder á su examen microscópico.

4.^a Para prevenir estas hemorragias tardías es necesario vigilar cuidadosamente á toda parida, cuyo alumbramiento haya presentado algún trastorno ó alguna irregularidad.

Quiste del ovario y embarazo, por el Dr. José E. Casuso (*La Prensa Médica*, Habana, abril 15, 1911).

Con motivo de tres casos personales que reseña, en dos de los cuales se practicó la ovariectomía durante el embarazo llegando éste á término y siendo el parto completamente normal, y habiéndose negado la enferma del tercero á ser ovariectomizada, la cual tuvo un parto muy laborioso seguido á las 36 horas de fiebre alta y dolores intensos de vientre, lo que obligó á dilatar el quiste superado y marsupializar; después de citar las estadísticas de Orgler y Mac Kerron, y de señalar como las complicaciones más graves de los quistes del ovario en el embarazo, las rupturas quísticas, la torsión del pedículo con gangrena del quiste, las hemorragias y la supuración del quiste, deduce el autor la conclusión siguiente: «Siempre que se diagnostique un quiste del ovario, debe procederse á su extirpación, aumentando así las probabilidades de viabilidad del feto y salvando á la madre de una muerte segura ó de complicaciones que pongan en peligro su vida».

Últimas experiencias sobre el tratamiento de la eclampsia, por el método de Stroganoff por Roth, (*Münch. med. Wochensch.*, núm 5, 1911).

Refiere lo ocurrido en 50 casos de eclampsia tratados por tal procedimiento en la Clínica obstétrica de Dresde, desde julio de

1909 hasta la fecha. El método de Stroganoff consiste en evitar con el mayor cuidado todo estímulo del sistema nervioso, y, además de esto, en el empleo sistemático de la morfina y del cloral.

Apenas una eclámpsica llega á la Clínica se la hace una inyección de morfina (1-2 centg.) y se la pone en una celda de aislamiento, que se tiene bastante á oscuras, y en la cual no entran más que el médico y la enfermera encargada de vigilar continuamente á la enferma. Todas las intervenciones necesarias (lavado de los genitales externos, exploración obstétrica, inyecciones de morfina, lavativas de cloral y cateterismo) se hacen bajo la acción de ligera cloronarcosis, para lo cual bastan, por término medio, una veintena de gotas de cloroformo en cada una de las dichas intervenciones.

Después de una hora de la admisión (esto es una hora después de la inyección de morfina) se administran por vía rectal dos gramos de cloral; á las tres horas nueva inyección de morfina; á las siete horas otros dos gramos de cloral, y otras dos dosis de este mismo medicamento después de 13 y después de 17 horas del ingreso. Siempre que las condiciones son favorables se aplica el forceps, y si las convulsiones persisten, á pesar del tratamiento dicho, se provoca el parto. Durante los accesos que se presentan en el curso de la cura morfino-cloráica, se hacen inhalaciones de oxígeno, y si es preciso se hace uso del digaleno y del alcanfor. Además de esto se administran irrigaciones rectales de solución fisiológica de NaCl, ó de leche. Como tratamiento consecutivo, se suministran todavía por dos ó tres días, á pesar de la cesación de los accesos, dos ó tres dosis de cloral *pro die*, de un gramo cada una. Todos los casos de eclampsia, á partir de julio de 1909, han sido curados en la dicha Clínica por este método, y como resultado se ha tenido disminución muy notable de mortalidad materna y fetal, en comparación con los años precedentes, en los cuales la base del tratamiento era el parto forzado.

ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

Contribución clínica al estudio de las afecciones oculares en las fiebres palustres, por Morano. (*Annali di Oftalmologia*, 1910).

Relata el autor un caso de queratitis grave con hipopión, en un enfermo que había padecido ya fiebres intensas y neuralgia del trigemino, sin otra etiología general ó traumática. La curación

coincidió con el tratamiento intenso hipodérmico por la quinina. No hay examen bacteriológico ocular: el examen hematológico fué positivo.

Sobre algunas particularidades de los tumores cerebrales en los niños, por Chalignac. (*Revue générale et Ophthalmologie*, 30 enero 1911).

Dice el autor que los tumores cerebrales son raros en los niños. Con frecuencia son tuberculáneos múltiples. Los signos característicos de estos tumores son inconstantes. La cefalea y el éxtasis papilar pueden faltar. Los tubérculos coroideos son poco frecuentes. Los gliomas, los gliosarcomas y los quistes tienen, con frecuencia, un origen traumático. El tratamiento quirúrgico, da por lo general malos resultados, á causa de la multiplicidad y la naturaleza, muchas veces tuberculosa, de los tumores en los niños. La punción lumbar, dice el autor, es peligrosa é ineficaz como medio terapéutico y curativo. Fuera de algunos casos particulares, en los que el pronóstico no es muy sombrío, le parece lo mejor contentarse con un tratamiento médico, sintomático.

Síndrome simpático complejo á consecuencia de un traumatismo de la espalda, por Rollet y Graudclément. (*Soc. d'ophtalmologie de Lion*. Dic. 1910).

Presentan los autores un enfermo del cual extractamos la historia. Hombre de 62 años, obrero. Hace 6 meses, cayó sobre la espalda en un desmonte, el brazo plegado bajo él; desde este momento tiene una impotencia casi absoluta de este brazo. Los movimientos del antebrazo son posibles, pero los músculos encargados de ejecutarlos están parexiados y atrofiados. Se perciben roces en la articulación escápulo-humeral. La movilización y la palpación de la espalda son dolorosas, sin localización precisa. El deltoídes está considerablemente atrofiado. La sensibilidad es normal. Toda la espalda y el brazo están insensibles á la picadura; hipoestesia del antebrazo. La mano conserva toda su sensibilidad. La abertura palpebral del ojo izquierdo está disminuída, sin que haya parexia del elevador, pero existe en este lado una enoftalmia muy marcada. La pupila está estrechada, pero reacciona bien. La agudeza visual es normal.

Los fenómenos oculares de origen simpático, sucediendo á traumatismo de la espalda son frecuentes y bien conocidos, pero este caso es interesante porque el plexo traquial parece haber sido atacado en totalidad.

Alteraciones oculares inmediatas en una epidemia de meningitis cerebro-espinal, por Terrien y Bocerdier. (*Archives d'ophtalmologie*, mayo 1910).

Los autores han examinado, desde el punto de vista ocular, 42 casos de meningitis cerebro-espinal. Los desórdenes comprobados pueden clasificarse en la forma siguiente:

- a). Conjuntivitis con secreción: 6 casos; exámen bacteriológico poliformo.
- b). Ulceración de la córnea; 2 casos.
- c). Alteraciones de la musculatura intrínseca; 30 casos.
- d). Alteraciones de la musculatura extrínseca; 8 casos.
- e). Lesiones neuro-retinianas; 16 casos; la papilitis es lo que se encuentra con más frecuencia.

Del examen de los enfermos, Terrien y Bourdier sacan la impresión neta que la meningitis cerebro-espinal se acompaña frecuentemente, al principio, de desórdenes neuríticos, atacando los dos nervios ópticos. No hay fotofobia. El suero Dopter, ha dado buenos resultados.

De la alucinación en los tabéticos, sus relaciones con las alteraciones de la vista, por Bouziguez. (*Revue Générale d'ophtalmologie*, marzo-1911).

Bouziguez dice que en la mayor parte de casos de tabes, los enfermos que presentan alucinaciones están atacados de alteraciones visuales. En estos casos las alucinaciones son debidas, no al tabes, sino á la alteración del ojo. La lesión del nervio óptico y por consecuencia, la ambliopía, parecen constituir la condición primera de las alucinaciones de las otras sensibilidades. Si el tabético ciego generaliza sus alucinaciones, es que él no puede corregir las sensaciones anormales debidas á sus tabes. Por el contrario, los ciegos sin otra enfermedad, que han guardado los otros sentidos intactos, corrigen con ellos las alucinaciones visuales tan frecuentes. Las alucinaciones de los tabéticos y las interpretaciones

erróneas que producen, son la base de las alteraciones psíquicas y en particular del delirio melancólico ó del de persecución que presentan estos enfermos.

El ojo y la mirada en los alienados, por Bureau. (*Wiener Opht.*, 12 mayo 1910).

Dice el autor que la mirada constituye el elemento más expresivo de la mímica. Su observación atenta da preciosas indicaciones sobre el estado psíquico del hombre sano y del alienado. El ojo es realmente expresivo, por él mismo, gracias á las variaciones de la mirada y sobre todo al movimiento del iris. La miosis y sobre todo la midriasis transitoria tienen un gran valor mímico, puede comparárseles á los cambios de coloración de la cara bajo la influencia de las emociones. Los músculos peri-oculares expresan, mejor que los demás de la cara, las pasiones ó los diversos estados del espíritu.

En los alienados se ven frecuentemente disociaciones de los dos grandes centros mímicos de la cara; el ojo y la boca. Se observan también cuando se examinan alternativamente los dos ojos. La mímica de los ojos es muy poco influida por la voluntad. Las disociaciones que existen en los alienados se encuentran en las falsificaciones voluntarias de la mímica, pero son fugitivas, móviles y ocasionales.

PABLO ALVARADO

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

De la faringitis aguda simple, por Levinstein de Berlín, (*Arch. für Laringol. de Fränkel*, vol. 23, t. 3).

Esta modalidad clínica ha sido bien individualizada, en 1880 por Schmidt. Es consecutiva, generalmente, á irritaciones prolongadas del repliegue que se encuentra entre el pilar posterior y la pared de la laringe. Consiste en proceso inflamatorio del tejido linfático muy pequeño que existe en estado normal y que se hipertrofia, bien á consecuencia de una serie de inflamaciones crónicas ó por un solo ataque agudo. El mejor tratamiento consiste en toques con la solución de Lugol ó cauterizaciones con la punta del gálvano.

El sero-diagnóstico de la sífilis en su relación con las enfermedades del oído, por Edmond Prince Fowler de New-York, (*Annales of otology, rihnology med. laryng*, juin 1910).

El autor ha empleado el procedimiento de Hideyo-Noguchi, y hace las siguientes conclusiones:

La sífilis se encuentra más veces de lo que se cree en las afecciones del oído. Si no se diagnostica la mayoría de las veces es porque los enfermos niegan todo antecedente específico.

La reacción de Wassermann, modificada por Noguchi, nos ofrece un medio fácil y seguro para llegar al diagnóstico.

En los niños que tienen una afección del oído se encuentra la sífilis congénita, doble número de veces en las niñas que en los niños.

En los adultos la proporción es inversa.

La proporción de reacciones positivas en el adulto y en el niño es poco más ó menos la misma.

En el niño la reacción positiva se encuentra sobre todo en los casos de supuración del oído medio y de las cavidades óseas vecinas.

En el adulto esta reacción positiva es constante muchas veces en las enfermedades nerviosas y en las otitis catarrales medias crónicas.

La presencia de amígdalas hipertrofiadas ó de adenóides no tienen ninguna relación con la reacción de fijación.

El tratamiento específico da buenos resultados, lo mismo en el aparato auditivo que en el estado general, en los casos en que la reacción sífilítica se muestra positiva.

Un doce por ciento de todas las enfermedades del oído medio é interno dan la reacción positiva y la prueba de fijación.

En general la sífilis del oído interno no aparece más que en los últimos períodos de la enfermedad.

RODRÍGUEZ VARGAS

BIBLIOGRAFIA

El abuso del tabaco y sus efectos tóxicos, por el Dr. D. Rodrigo Fernández Rodríguez, (Palencia 1911).

En este folleto hace el autor un estudio completísimo de los accidentes á que dá lugar el *abuso del tabaco*, no declarándose adversario sistemático del hábito de fumar, sinó que su objeto principal es el hacer ver á sus lectores, que hay un límite del cual no se puede pasar, sin exponerse á una intoxicación grave.

Hace un estudio del tabaco y de su principal alcaloide (nicotina) y efectos de ésta sobre el sistema nervioso, muscular y aparato circulatorio; presentando una estadística del consumo del tabaco en el mundo, en la cual ocupa nuestra nación el décimo sexto lugar, con 553 gramos por individuo.

A continuación enumera los efectos locales y generales que se observan en los que fuman habitualmente, describiendo con gran claridad la *intoxicación aguda* (desde el simple mareo hasta la muerte) y la *crónica*, en la cual analiza todas las perturbaciones á que dá lugar en el sistema nervioso, órganos de los sentidos, aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo, genital, etc., haciendo ver que no hay ningún órgano en la economía que no experimente la acción tóxica del tabaco.

En otro capítulo recoge la información científica hecha por otros autores acerca de los efectos del tabaco, dando á continuación su opinión, formada por las enseñanzas de esclarecidos maestros y por la propia observación, acerca de la acción nociva del tabaco, explicando de una manera clara y detallada los efectos locales y generales (por él observados) que produce el tabaco, llamando la atención, sobre todo en las lesiones que produce en la mucosa bucal, faríngea y nasal y en el sistema nervioso, las cuales trata con gran lujo de detalles, extrañándonos no haga lo mismo con las del aparato circulatorio, unas de las más manifiestas por ser la nicotina

un veneno vaso-constrictor y producir el tabaco por sí sólo una entidad morbosa en dicho aparato, cual es la angina de pecho tabáquica de la que habla al tratar de la intoxicación crónica y que no es infrecuente en los muy fumadores.

A pesar de todo lo expuesto en contra del abuso del tabaco, causa de gran número de perturbaciones en todos los órganos, no le proscribe en absoluto, permitiendo su uso moderado, por lo cual dá atinadas reglas de profilaxia (fáciles de cumplir) que le hagan menos nocivo.

Ahora bien ¿cuál es el límite? ¿hasta dónde se puede llegar sin exponernos á sufrir sus nocivos efectos? No lo sabemos, puesto que, en los distintos individuos es diferente la tolerancia por el tabaco, viendo todos los días fumadores emperdernidos á los cuales no les produce ningún trastorno, mientras que otros que fuman poco tienen alguna de las perturbaciones que produce la intoxicación tabáquica.

Digno de aplauso es el Sr. Fernández y Rodríguez, que con su bien escrito y concienzudo trabajo, en el cual demuestra sus muchos conocimientos y un gran talento de observación, llama la atención sobre los peligros que acarrea el abuso del tabaco y hará que todo el que lo lea, se de cuenta, si los trastornos que observa (y de los cuales no encuentra la causa) son debidos al tabaco, y procure remediarles, quitando la causa que les motiva.

Damos la enhorabuena al autor por su trabajo, que sólo plácese merece.

DR. CUADRADO

CASOS Y CONSULTAS

Endometritis cervical: su tratamiento.

Sr. D. M. M. B. Mi querido amigo y compañero: En cumplimiento de lo que le ofrecí á usted en mi carta fecha 10 del corriente, voy á contestar más por extenso á la consulta con que usted me distingue.

Es muy difícil en ginecología llegar á hacer un diagnóstico exacto sin la indispensable exploración, pero por los datos que usted me suministra creo que indudablemente lo que la enferma padece es una metritis del cuello. Respecto á su naturaleza puede asegurarse, por la falta de antecedentes y por el estado general de la enferma, que no se trata de una cervicitis tuberculosa, ni gonocócica, ni constitucional. La causa, probablemente, de la enfermedad en este caso ha sido el puerperio, ya que, según usted me dice, los partos han sido *algo dificultosos* y es muy fácil que en ellos se haya producido una rasgadura del cuello haciendo que la mucosa vaginal se haya unido á la cervical en los bordes del desgarró, en cuyo caso ésta estará bañada por las secreciones vaginales y llegando por tanto á ella los microbios vaginales produzcan la endocervicitis. Entre las cuatro formas que pueden señalarse macroscópicamente de estas cervicitis (catarral, hipertrófica, quística y poliposa) creo que en el caso que nos ocupa se trata de una forma catarral, á juzgar por la ulceración (?) del rededor del cuello: y teniendo en cuenta las pequeñas prominencias que forman, su blandura al tacto, y el sangrar á la menor presión, seguramente se trata de una *endocervicitis catarral de tipo papilar, sin complicaciones*. Por eso no me extraña la falta de síntomas generales, ya que en estas formas sólo la leucorrea suele ser muchas veces el síntoma único. En las formas catarrales no complicadas no suele

haber dismenorrea ni menorragias, al contrario de lo que ocurre en las catarrales complicadas en que suele existir dismenorrea; en las hipertróficas y quísticas en las que la menstruación se adelanta y es de mayor duración, y en las poliposas en las que además de estar alterados los períodos, suelen presentarse metrorragias atípicas no abundantes, pero persistentes.

La edad de la enferma (26 años), el no ser friable el tejido cervical, la falta de induración en la base de la erosión y el estar ésta generalizada y no localizada á uno de los labios ó de los lados del cuello, son datos suficientes para desechar la idea de un epiteloma.

Debe usted tener en cuenta que se trata de una afección sumamente rebelde y crónica, en la que el alivio y aún la aparente curación se obtienen con frecuencia, pero recidivando si se abandona el tratamiento prematuramente, sobre todo si existe rasgadura cervical. Sin embargo, no olvide usted que con un tratamiento bien dirigido y constante se logra la curación por completo.

Antes de pasar á ocuparme del tratamiento, quiero decir á usted cuatro palabras acerca de las complicaciones á que puede dar lugar esta dolencia y que desde luego son más importantes que la enfermedad misma. La metritis del cuello abre caminos á la infección al desaparecer con ella los límites entre la parte séptica y aséptica del aparato genital femenino. Por tres vías distintas puede propagarse la infección: por la mucosa, por la linfática y por la sanguínea; por la mucosa propagándose la infección de la del cuello á la del cuerpo uterino, á las trompas, ovarios y peritoneo; por los linfáticos dando lugar á inflamaciones del tejido celular pelviano (parametritis, flemón del ligamento ancho, flogosis del estroma del ovario etc.): por la vía sanguínea es mucho menos frecuente la propagación, aún cuando se explica por el hecho de que sangrando al menor roce quedan abiertas las boquillas de los vasos de una región infecta. El engrosamiento de la mucosa cervical puede dar lugar á la estenosis del cuello. Son también, á veces, causa las metritis cervicales, de dislocaciones uterinas y cuando hay rasgadura de abortos repetidos, y aunque no sea indiscutible su opinión, la mayoría de los autores señalan á la endometritis del cuello como causa predisponente del epiteloma.

Es, pues, esta enfermedad de más importancia de lo que parece y debe tratarse siempre con solicitud y constancia. ¿Cómo?

Numerosos son los medios empleados para ello, unos útiles,

inútiles otros y perjudiciales algunos. Yo he obtenido excelentes resultados con los siguientes:

Irrigaciones vaginales abundantes, para que así arrastren las mucosidades; calientes (á 45°) para que descongestionen el cuello uterino; y con una solución de permanganato potásico para que haciendo antisepsia se eviten reinfecciones.

Tres veces por semana y en días alternos, después de una irrigación vaginal se hará aplicación de un óvulo vaginal de ictiol ó thigenol y glicerina, ó de un tapón de algodón empapado en una mezcla de 15 gramos de ictiol ó thigenol y 100 de glicerina neutra. La corriente que por exósmosis produce la glicerina en la porción vaginal del cuello descongestiona este órgano y hace que se eliminen microbios: y por otra parte con el ictiol ó thigenol se hace una cura antiséptica de toda la zona cérvico-vaginal. Si se emplean tapones de algodón debe ponérseles fiador para retirarlos al día siguiente y su aplicación debe ser hecha con espéculum.

Este tratamiento hace mejorar tanto á las enfermas que muchas de ellas se creen curadas, pero no debe olvidarse que la mayor parte de las veces su acción es sólo paliativa y por tanto que recidiva la enfermedad sino se completase con otras curas. ¿Cuáles?

Hay que combatir la hiperplasia é hipertrofia glandular de la mucosa del cuello por medio de curas locales aplicando distintos tópicos que modifiquen dicha mucosa. Entre los numerosos medios empleados para ello, yo uso de preferencia el fenol iodado, una de cuyas fórmulas es la siguiente:

Iodo puro.....	1 gramo.
Acido fénico cristalizado.....	2 »
Alcohol y glicerina.....	15 »

Una ó dos veces por semana, después de una irrigación vaginal, se coloca el especulum, y á la vista el cuello uterino se da en él toques con un poco de algodón empapado en fenol iodado; se seca con algodón el líquido sobrante y se aplica sobre el cuello un tapón de algodón empapado en una mezcla de tanino y glicerina neutra al 15 por 100.

Este tapón se retira al día siguiente.

No deben usarse medicamentos que destruyan la mucosa superficialmente (ácido nítrico, nitrato ácido de mercurio, cloruro de zinc, nitrato de plata, etc.), pues se forma un tejido cicatricial que

obtura las glándulas favoreciendo la degeneración quística. Si con diez ó doce curas, hechas en la forma indicada, no se consigue la curación, es preferible en lugar de emplear estos medios para destruir la mucosa, hacerlo con la cucharilla ó el bisturí, y si resiste el caso á estos tratamientos, ó hay deformaciones por desgarros cervicales, degeneraciones quísticas ó ectropion, etc., se practicará la traquelorrafia de Emmet ó la amputación anaplástica de Schræder, según los casos, y siempre que no existan inflamaciones periuterinas, ni anexitis.

Esto es todo lo que acerca del caso consultado puede decirle su buen amigo

PEDRO ZULOAGA

Abril 11—1911.

EHRLICH-HATA "606,,

NUEVAS APLICACIONES

POR EL

DR. FELIX DOMINGO CALVO

Especialista en enfermedades de la piel, venéreas y sífilíticas.

No hace mucho tiempo nos encontrábamos en un período de explotación y mercantilismo grosero con el descubrimiento del arseno-benzol, y hoy atravesamos la etapa más dura y cruenta de semejante descubrimiento, por la *experimentación*. Y pongo subrayada la palabra para significar, que así como antes hubo desaprensivos que comerciaron la noticia honrada de un nuevo agente medicamentoso contra la sífilis, hoy á pretexto de experimento, que no tiene nada de tal, porque esta experiencia si en algo se basa, no lo es en nada científico ni justificable, se hacen aplicaciones, ó se administra el «606» sólo á título de que *«ya que no haga bien por lo menos no hará daño»* ni más ni menos, que si se tratase de una droga del catálogo del curanderismo del siglo XVII.

Es tan intensa la acción del «606», tan difícil su manejo, aparte de la técnica de aplicación, (que se han empeñado en hacérnosla creer más sencilla que el beberse un vaso de agua), que la fórmula de que *«ya que no haga bien por*

lo menos no hará daño» resulta una herejía científica de graves consecuencias. Hay que ver á dónde vamos á llegar por el camino emprendido, con este criterio tan ancho y acomodaticio. Y los culpables son todos aquellos optimistas afortunados, en los que no han podido hacer mella en sus retinas candorosas, los casos clínicos publicados á diario, por lo menos, con síntomas de intoxicación por el arseno-benzol.

Se da el caso, y este es el colmo del optimismo, que autores de talla, extranjeros y nacionales, publiquen sus trabajos de observación por el tratamiento del «606» y no vean que al comentar y defender al arseno-benzol, en las muertes que ha provocado, no hacen más que equilibrios de saltibanquis, con esa manera de aguzar el ingenio hasta la quinta esencia, trayéndonos á colación y en pisto revuelto, las endotoxinas, las susceptibilidades, irritabilidad nerviosa, etc., etc., cuando en el fondo no hay más que una acción clara y evidente del preparado de Ehrlich.

Si se emplearan dosis menores y se estudiaran perfectamente las indicaciones y contra-indicaciones, y el operador fuese una persona educada en la técnica de administración, seguramente que no habría tantas susceptibilidades, ni irritabilidades nerviosas, pero con el criterio de que la técnica de inyección es sencillísima y de que el «606» es un medicamento inofensivo de más fácil manejo que el bicarbonato de sosa, no hay más remedio que emplear el refinamiento de la filosofía en el razonamiento de un caso.

Está bien claro que el arseno-benzol es un medicamento de gran toxicidad, y esto lo admiten hasta los mismos autores que defienden su inocuidad, cuando dicen que las inyecciones intravenosas van seguidas de náuseas, vómitos y diarreas.

Estos síntomas en buena lógica médica, son protestas del tubo digestivo contra el «606» que indudablemente fué administrado en gran cantidad. No puede explicarse que esta acción sea debida á las endotoxinas producidas por la muerte del espirocete pálido, porque hay muchos enfermos curados por el arseno-benzol, y por lo tanto tienen que haberse formado endotoxinas, sin que hayan experimentado semejantes trastornos. Además esos síntomas enunciados van acompañados, á veces, de sequedad de garganta, de dolor de cabeza, enfriamiento de las extremidades inferiores y calambres. ¿No es este un cuadro completo de intoxicación? La intoxicación por las endotoxinas ó toxinas del espirocete pálido, se manifiesta por síntomas, muy distintos, como hemos tenido ocasión de ver, en aquellos enfermos atacados de una infección intensa ó de escasa resistencia orgánica, para la infección sifilítica. Además hemos observado en algunos de nuestros enfermos después de una inyección intravenosa del «606» á continuación de esos síntomas, el eritema nudoso típico con hinchazón de las piernas y dolor de las grandes articulaciones, que no podría explicarse, por mucho que afinásemos el razonamiento, más que como una consecuencia de la administración del arseno-benzol. Y es tan cierto, que estos mismos síntomas, aparecen en los individuos sanos ó enfermos no sifilíticos, después de una inyección intravenosa del preparado de Ehrlich.

Todo esto es más que suficiente para pensar bien en lo que va ha hacerse y no obrar á la ligera, poniendo inyecciones del «606» aún en aquellos enfermos mal diagnosticados ó cuyos diagnósticos son el de otras enfermedades pero en las cuales ha fracasado el tratamiento.

Embolias gaseosas, embolias orgánicas, por si era ó tenía

tendencia el enfermo á la coagulación de la sangre; debilitación cardiaca, infartos pulmonares, gangrenas, por si era más ó menos ácida, alcalina ó neutra, ó concentrada la disolución ó suspensión del «606» inyectada, no podrán explicarse con sutilezas de argumentación, y habrá que convenirse que el arseno-benzol tiene sus consecuencias, á veces de gravedad, muy difícil de evitarlas.

Por eso, estas tentativas repito, no están justificadas, ni son de las que pueden incluirse dentro del campo experimental, porque á nada conducen dentro de la ciencia positiva. Debemos ser observadores y abrir bien los ojos de la inteligencia para ver lo que á diario ocurre en la clínica, y no cegarnos por la luz rosada del optimismo, ó la más negra de la ignorancia y mercantilismo médico, por que los fracasos pueden ser innúmeros y las consecuencias muy desgraciadas.

El «606» es un medicamento utilísimo, y de un valor positivo en el tratamiento de los enfermos de sífilis, pero no es menos cierto que su actividad y acción intensiva le hace peligroso. Por esto, combato las grandes dosis empleadas en el tratamiento, aparte de que nada hay que las justifique bajo ninguno de los aspectos que se considere la cuestión.

Está perfectamente demostrado, por la práctica, que una sola inyección de arseno-benzol intravenosa ó intramuscular, no cura la sífilis, y las nuevas teorías patogénicas de la avariosis lo confirman, al admitir que los treponemas quedan encerrados en cápsulas dentro del organismo, las cuales son inatacables por los agentes curativos empleados, haciéndose por lo tanto curas temporales y no permanentes, puesto que transcurrido cierto tiempo pueden esas cápsulas romperse y

verter una cantidad *a* ó *b*, de treponemas en ellas contenidos, dando lugar á una nueva ó repetida infección del organismo.

De aquí que el tratamiento de la sífilis por el «606» debe hacerse en dosis sucesivas y no de una sola vez. Es muy difícil también, acertar en un enfermo determinado, que por primera vez se somete al tratamiento ehrliano, cual ha de ser la cantidad curativa y no tóxica, hecho que justifica las dosis pequeñas en la práctica médica, en el tanteo clínico de la administración de un agente medicamentoso, único medio de evitar consecuencias desagradables. De manera que con cantidades de 0,35 centígramos de «606» como máximum en inyección intravenosa, tenemos una dosis suficiente para tratar á nuestros enfermos, por cantidades sucesivas, sin exponernos á esos accidentes de difícil interpretación.

Y no es cantidad débil, puesto que es sabido, que la actividad y acción del preparado de Ehrlich, en inyección intravenosa es mayor que en inyección intramuscular, y en esta forma se han obtenido resultados brillantísimos con 0,30 centígramos, y en su mayoría con 0,40 centígramos de arseno-benzol. A esto, en último resultado, es á lo que tiene que reducirse, el método de las inyecciones del arseno-benzol, en el tratamiento de los enfermos de sífilis, sencillamente porque es lo que mejor se adapta al criterio científico actual.

La investigación científica ya no se contenta con tratar á los enfermos sífilíticos con el «606» sino que en virtud de las interpretaciones dadas por el profesor Ehrlich á los casos de Iversen Duhot, etc., en los que niños heredo-sífilíticos curaban mamando la leche de la madre arseno-benzolada, se ha inaugurado un nuevo método para tratar á los sífilíticos

con suero de enfermo de sífilis inyectado con el arseno-benzol.

Ya tienen conocimiento de estas cuestiones los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA por unas notas publicadas por el Dr. Moreno (1), en las que pone de relieve la importancia y valor del nuevo procedimiento.

Atendiendo á las cariñosas invitaciones de este distinguido compañero Dr. Moreno, he llevado á cabo la experiencia, ajustándome á la técnica del Dr. Henry Alston, á quien seguimos cuidadosamente en sus experimentos. He podido comprobar la exactitud de las conclusiones del Doctor Alston, y quiero exponer un caso clínico á la consideración ilustrada de mis lectores, para que por los hechos formen el juicio que les merezca.

El día 29 de abril se hizo en C. H. la reacción de Warsermann que fué intensamente positiva. C. H. á los 21 años de edad, en junio del año 1910, adquirió un chancro sífilítico en el meato, que un médico diagnosticó de blenorragia haciéndole tratamiento en este sentido.

El día 15 de agosto del mismo año veo á este enfermo por primera vez, con edema prepuccial moderado que impide descubrir el glande. El meato, duro, rojo, aparece manchado por una pequeña cantidad de flujo mucoso. Roseola, sífilítica universal; placas mucosas en los pilares del velo del paladar, lengua y labios. Infartos específicos de todas las regiones.

Se empieza una cura mercurial por inyecciones de aceite gris Lafay, que termina el 23 de octubre.

(1) Una derivación curiosa y útil del tratamiento por el «606». LA CLÍNICA CASTELLANA, tomo II, pág. 311.

Hasta el 29 de abril de 1911, no ha hecho más tratamiento, teniendo por entonces, placas de los pilares y labios, ronquera de la voz, sensación dolorosa del oído izquierdo con pérdida ó embotamiento de la audición, fenómenos causados por inflamación de la mucosa de la garganta y trompa de Eustaquio correspondiente.

El día 1.º de mayo, recibe una inyección intravenosa del «606» de 0,35 centigramos.

Hubo escalofríos, fiebre y dolor de cabeza algo intenso, que duró algunas horas. Al día siguiente estaba bien y se entregó á sus ocupaciones habituales. Había mejorado de sus lesiones y síntomas locales, hasta el extremo, que el día 4 de mayo, habían desaparecido las placas mucosas, hablaba con su timbre de voz normal y ya no tenía sordera ni molestias del oído. Su estado general bueno.

El día 6 de mayo, se le puso un vejigatorio Canthos 10 por 5 centímetros en el vientre, á las dos y media de la tarde. A las ocho de la noche, la piel que rodea al vejigatorio, apenas si está rosada; no hay formación de ampolla y por lo tanto no pudo tomarse suero. A las once de la noche, se pudieron extraer cerca de cuatro c. c. de suero que conservamos en la jeringa dentro de un esterilizador besuguera hasta el día siguiente. El suero es de color amarillo ambarino, límpido y transparente, como si fuera una solución de arseno-benzol.

Este suero fué inyectado al día siguiente á otro enfermo de sífilis E. de la P. B. de 21 años de edad. Este enfermo, según nos cuenta, adquirió el chancre sífilítico cuando tenía 14 años. Dice que tardó en curar algo más de veinte días, apareciendo placas después, pero que á los tres años y medio padeció unos granos como diviesos en la cabeza (región

frontal), en la mejilla y en la pierna izquierda. Los de la cabeza y pierna, se unían unos á otros formando llagas extensas de las que salía mucho pus. Por esta misma época atacaron las sífilides las uñas de los dedos de las manos, hasta caérsele. Sufrió mucho durante aquella época y tardó mucho en curar, sin duda por no haber diagnosticado bien, puesto que intentaron dos veces, en hospitales diferentes, amputarle la pierna. Estos ligeros apuntes históricos, dan idea de la sífilis maligna ulcerosa que venía padeciendo este enfermo.

El día 30 de abril del corriente año, veo á este enfermo por primera vez, tiene dolor de cabeza por las noches, más intenso en la sien derecha. Mal estar general, cansancio y pérdida de fuerzas. Lesiones exulcerosas de los pilares del velo del paladar, con las amígdalas enormemente abultadas. Esto le produce grandes molestias y dolor al tragar, sobre todo por las mañanas cuando se levanta, al deglutir la saliva. Cicatrices extensas, de la pierna y rodilla izquierda, flexibles, con cerco moreno cobrizo. Cicatrices en la cara, cuero cabelludo, y alguna que otra en la piel del cuerpo. Infartos ganglionares específicos. Estado general muy débil, denotando una anemia intensa.

El día 6 de mayo, se le hace reacción Wassermann que es muy positiva.

El día 7, á las doce de la mañana, se le pone el suero extraído al enfermo C. H., en la región glútea derecha, en inyección intramuscular.

A las tres ó cuatro horas de la inyección, dolor en la nalga inyectada, y fiebre bastante molesta con dolor de cabeza. Apesar de esto, se encuentra bien hoy, 8 de mayo, y la nalga está algo aumentada de volumen y dolorosa á la presión. Pesa 51 kilos.

Día 17 de mayo, vuelve á la consulta. Su estado general ha mejorado visiblemente. Han cedido los dolores de cabeza y las molestias de la garganta. Deglute la saliva por las mañanas sin molestia alguna. Sus amígdalas han disminuído de volumen.

Muestra una erupción aparecida desde hace cuatro ó cinco días, que empezó por picor intenso, obligándole á rascarse. En la espalda y vientre especialmente, existen una serie de vexículas amarillentas del volumen de una lenteja, de círculo rojo, que se toca el de unas con otras formando placas de 4 por 4 centímetros aproximadamente.

Por otros lados de la piel, en la nalga derecha parte interna superior de los muslos, antebrazo izquierdo y brazo derecho, otras placas ya desecadas de aspecto liquinoide. No damos importancia á esta erupción, que puede ser provocada por la acción del suero ó por trastornos de la nutrición.

Se le recomienda vuelva á pesarse.

El día 20 aparece en la consulta muy satisfecho de su mejoría, porque han desaparecido las lesiones de la piel, casi por completo, sin tratamiento alguno, y pesa 52 kilos y medio. Ha ganado en peso desde el 8 al 20 kilo y medio.

Como verá el lector, todo esto apenas si necesita comentario: claramente se ve que el tratamiento por el suero de sífilítico inyectado con el «606» es un agente curativo de valor muy apreciable. En contra de la opinión de algunos autores, el suero inyectado intramuscularmente produce fiebre y dolor en el punto de inyección. Lo que no produce son nódulos como la suspensión del arseno-benzol, ni molestias tan atroces. Esto significa, á mi juicio, que no se enquista

y que se absorbe rápidamente, puesto que á las tres horas el enfermo ya tenía fiebre, que debe interpretarse como una fiebre de reabsorción.

En cuanto á los efectos curativos, no pueden ser más notables y no creo pueda dársele superioridad al «606» por lo menos inyectado intramuscularmente.

Si fuera posible disponer de grandes cantidades de suero de sifilítico arseno-benzolado, tan bien impresionado estoy de su efecto, lo usaría en la práctica con preferencia al «606» por lo menos en lo que se refiere á las inyecciones intramusculares. Solo un caso tratado, no permite, aunque nada más sea que por discreción, traspasar los límites de aceptación pero el procedimiento es tan simple, tan manejable é inofensivo, y de tan positivos resultados sobre todo, que se hace aceptar sin discusión.

Las conclusiones del Dr. Alston puedo suscribirlas honradamente.

Este nuevo método curativo, aparte de su valor en el tratamiento de los enfermos de sífilis, pone de relieve todavía, la superioridad del «606» sobre todos los demás agentes medicamentosos que contra la avería se conocen, haciendo suponer que no está muy lejos la solución de problemas tan arduos, como el de la vacunación é inmunización artificial de la sífilis, pues á tanto equivale y tales cosas hace soñar, el que en los días presentes podamos tratar y combatir las manifestaciones sifilíticas de un enfermo, sólo con el suero de otro, preparado de antemano con un agente químico como lo es el «606». El que conozca un poco las teorías de Bordet y Gengou, obtenidas de experiencias sancionadas por todos los sabios de la medicina y haya buceado en las fertilísimas aguas de la quimioterapia moderna, juzgará de

nuestras apreciaciones con la serenidad de espíritu que todo hombre laborioso y culto pone en sus juicios.

No es extraño pues, que experimentadores meritísimos hayan intentado curar otras enfermedades con este nuevo agente medicamentoso, fundamentados desde luego en el razonamiento científico que lleva á toda experiencia.

Así vemos hoy la formación de una nueva estadística de casos de Pian, tratados por el «606». Este nuevo suceso nos da motivo para que digamos á nuestros lectores algunas cosas sobre la enfermedad en tratamiento.

Merece deslindarse bien la cuestión, porque aparte de ser una enfermedad muy poco conocida en nuestro país, se ha venido confundiendo, con otras, hasta estos últimos tiempos. Se daba el nombre de Pian, Yaws, Frambuesa, Micosis frambueseide, Bubas, Verruga peruana, Papilloma tropicum, Verrugas endémicas, Tono, Tonga, Patek, Botón de Oriente, etcétera, formándose una sinonimia tan extensa, que en conjunto se reducía á la geografía de la enfermedad dándole el nombre según el país en donde se padecía. Investigaciones más serias han podido reconstruir la personalidad patológica de algunas de ellas, saliendo por lo tanto de esa sinonimia tan heterogenea el Yaws ó Pian, llamado también Frambuesa por algunos autores.

El Pian es una afección eminentemente contagiosa transmisible del hombre enfermo al hombre sano. Parece que después de cierto tiempo confiere la inmunidad á quien la ha padecido.

Hoy se cree descubierto el agente específico de esta enfermedad, el llamado *spirilo pertermis*, muy parecido al espirocete pallido, agente causal de la sífilis. Sólo faltaba este detalle para aumentar el parecido de las dos enfermedades,

puesto que en presencia de ellas fácilmente, según los autores, puede diagnosticarse una por otra.

E. Jeanselme, establece el siguiente cuadro comparativo, citado por E. Chatelain (*Précis Iconographique des Maladies de la Peau*).

SÍFILIS	PIAN
Enfermedad pandémica.	Enfermedad tropical.
Enfermedad adquirida por herencia ó por contagio.	Enfermedad adquirida únicamente por contagio.
Empieza por un accidente primario patonogmónico, residente en el punto de inoculación.	El accidente inicial en el punto de contacto es inconstante, y no difiere de los elementos que aparecen ulteriormente.
La inmunidad conferida por la sífilis es casi definitiva.	La reinfección del pian es posible.
Todas las tentativas de auto-inoculación sobre un sujeto sifilítico siempre fracasan.	La auto-inoculación del pian es posible durante un lapso de tiempo de duración indeterminado, pero bastante larga.
El chancro indurado y las demás lesiones de la sífilis pueden aparecer en un sujeto que acaba de tener el pian.	El pian puede desarrollarse sobre un sujeto sifilítico.
Polimorfismo de las manifestaciones sifilíticas.	Monotonía de la erupción cuyo tipo único es el papiloma.
Las sífilides, por lo menos las del período terciario, ulceran la piel, y dejan después de la curación, cicatrices indelebiles.	El botón de pian que no se haya expuesto á ninguna causa de irritación, cura sin dejar señal.
Las erupciones sifilíticas interesan las mucosas.	Las erupciones pianicas respetan las mucosas.
Localizaciones sobre las vísceras.	No tiene localizaciones viscerales.
Las sífilides no son pruriginosas.	Los brotes de pian van acompañados de gran desazón.
Alopecia en el período secundario.	No hay alopecia en el curso del pian.

Ahondando en los conocimientos modernos de la sífilis, todavía pueden borrarse más las diferencias tan eximias y opacas que el autor establece en este cuadro comparativo. El que la auto-inoculación del pian sea posible durante un lapso de tiempo, de duración determinada, pero bastante largo, siendo así que después el individuo queda inmune para los demás ataques, no le distancia gran cosa de la sífilis. Hoy vemos sifilíticos con varios chancros apareciendo de un modo sucesivo y con diferencias de tiempo suficiente para comprender han sido inoculaciones diferentes, idea sostenida hoy día en la teoría de localización de la sífilis en su período primario, base del tratamiento abortivo del Dr. Hallopeau, con el que pretendió hacer desaparecer la infección antes de que se generalizase.

Tampoco puede admitirse en absoluto que las sifilides no son pruriginosas porque la experiencia demuestra lo contrario.

Todo esto hace que el parecido entre el pian y la sífilis sea tan grande, que sólo en conjunto y en enfermos que padezcan grandes lesiones ó manifestaciones variadas puede establecerse el diagnóstico de un modo seguro y hasta fácil. Por lo demás Brocq dice: (1) *La lesión patognomónica del pian se presenta entonces bajo la forma de un botón aislado, residiendo, como el chancre sifilítico en el punto preciso en donde se ha hecho la inoculación del virus, pudiendo persistir durante muchos meses en estado solitario. Se observa sobre todo en el pie ó en la parte inferior de la pierna. Después de la curación de este elemento primitivo puede haber todavía un*

(1) L. Brocq. *Traité elementaire de Dermatologie Pratique*, 1907, tomo primero, pág. 873.

período de calma que llega á algunas semanas, ó algunos meses, *para después generalizarse la erupción secundaria que se produce*: va precedida, á veces, de fiebre y dolores reumatoideos.

Indudablemente que la semejanza no puede ser más manifiesta; pero dejemos aun lado esta cuestión y sigamos á Brocq, en la descripción de la enfermedad para que completemos el conocimiento.

Al principio, dice Brocq, el botón piánico se presenta bajo el aspecto de una pequeña elevación cónica, rodeada en su base de una zona eritematosa y en su meseta un pequeño punto amarillento que es una necrosis. Después de la eliminación de la escara la ulceración consecutiva se deterge, se extiende y recubre de una vegetación papilomatosa, de donde el nombre de frambuesa que se le ha dado á esta afección.

En el estado adulto esta lesión constituye un pequeño tumor hemisférico de uno á dos centímetros de diámetro que cuando no está macerado, se recubre de una costra espesa y adherente por debajo de la cual se encuentra una ulceración erizada de vegetaciones amarillentas ó rosadas que sangran fácilmente. Cuando están descubiertas segregan un líquido fétido que se concreta en su superficie para formar la costra de que acabamos de hablar.

Algunos elementos atacan dimensiones considerables, hasta cinco y seis centímetros de diámetro. Los hay que afectan la forma de plato sobresaliendo algunos milímetros, erizados de elevaciones papilares; á veces por la curación del centro, toman forma anular, ó en escarapela por formación, en el centro del círculo, de un nuevo elemento y otras veces tienen la forma policíclica por la confluencia de anillos próximos.

Este es en resumen el aspecto de las lesiones del pian. Son frecuentes estas lesiones en los orificios naturales y los órganos genitales; puede atacar los pliegues de flexión, los espacios interdigitales, las uñas, respetando siempre las mucosas.

Se caracteriza por lesiones locales perfectamente definidas y síntomas generales comunes á otras infecciones. Esta es la enfermedad modernamente tratada por el producto de Ehrlich, al parecer con bastante éxito.

Henry Alston, en el Hospital de San Agustín (Trinidad), ha tratado 18 casos de yaws por el «606» del 1 al 11 de enero, seguidos de inmediato y satisfactorio alivio, y tres casos más, posteriormente. Estos 21 casos los clasifica de la manera siguiente en cuanto á la curación; 13 casos curados, constituyendo el 61, 9 por 100, tres casi curados, 14, 3 por 100 y cinco casos estacionarios, 23, 8 por 100. El período más corto de cura, ha sido de 13 á 28 días. He notado, dice el Doctor Alston, que el «606» no obra sobre los tubérculos de frambuesa de las ventanas de la nariz, tubérculos situados en la unión de la mucosa con la piel. Este fracaso lo ví en dos casos y en uno tratado por el suero.

El Dr. Alston, ha seguido en el tratamiento del Yaws por el «606» la misma orientación que al tratar los enfermos de sífilis, por eso comunica también algunas impresiones de este procedimiento en el tratamiento del pian. El suero empleado en el tratamiento ha sido obtenido por vejigatorios Canthos, puestos á enfermos de pian tratados por el «606» y dice que los casos de frambuesa inyectados con suero tomado de los casos curados con el Salvarsán, *del cuarto al quinto día todos mejoraron por dos ó tres semanas*: alguno permaneció estacionario y otros empeoraron y añade, frente á este hecho

que si los casos de frambuesa hubieran sido inyectados con suero de siete á diez días hubiesen curado seguramente con tres ó cuatro inyecciones.

Esta opinión, acerca de la acción curativa del suero de enfermos de pian arseno-benzolado, tiene gran valor porque el Dr. Alston ha hecho otras experiencias que pudieran comprobar las primeras. Ha puesto vejigatorios á enfermos curados de yaws, usando el suero en cuatro casos de los cuales tres experimentaron un alivio ligerísimo, apenas perceptible, que no completó una semana.

Otros enfermos han sido tratados por el cacodilato de sosa, arsacetina, orsudan, atoxil y soamin, observando ligerísima mejoría sólo en aquellos que recibieron el orsudan y el soamin, por lo demás los sueros de estos casos resultaron inactivos.

El autor completa sus experiencias y va todavía más allá en sus investigaciones. Le parece que el Salvarsán no obra directamente, por sí mismo, sino produciendo ó ayudando á producir anticuerpos que probablemente son de la misma naturaleza que un fermento.

Ha inyectado una cabra con 0,30 centigramos de Salvarsán, al mes de parir la segunda vez, y la leche fué dada á dos niños como alimento ordinario. El alivio empezó hacia el tercer día y continuó aumentando y asegurándose hasta los 14 días, en que la cabra, que fué prestada, desapareció con el dueño. Pero ahora ha inyectado una vaca y así disponiendo de más leche, dice el Dr. Alston, podré estudiar mejor mis experiencias.

En resumen el Dr. Alston obtiene las siguientes consecuencias:

- 1.º El suero de los aliviados por el Salvarsán ha manifestado efectos curativos.

2.º Los tubérculos de las ventanas de la nariz, no han sido modificados ni por el «606» ni por sus sueros.

3.º La leche de cabra arseno-benzolada ha producido efectos curativos.

4.º Los otros compuestos arsenicales producen beneficio pequeñísimo en la frambuesa y sus sueros son inactivos.

Y aquí hacemos punto querido lector, dejándote el placer de comentar lo expuesto á tu gusto.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO
DEL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA QUIRÚRGICA DE LA AMÍGDALA PALATINA

POR

ALFREDO RODRIGUEZ VARGAS

Especialista en enfermedades de la garganta, nariz y oídos en Valladolid.

No es una cuestión nueva la que vamos á exponer en este artículo, puesto que ya Celso se ocupó de ella el año cinco de la Era Cristiana, pero son de tal índole los progresos que se han realizado en estos últimos años, no sólo en el conocimiento del origen y causas de las hemorragias consecutivas á la amigdalotomía, sino también en los medios para cohibirlas, que me ha parecido oportuno darlas á conocer.

Sin dejar de reconocer que la hemorragia de la amigdalotomía es una complicación seria, por las dificultades que existen de aplicar en la cavidad faríngea los procedimientos quirúrgicos de uso corriente, (forcipresión, taponamiento, etcétera), no cabe duda que se ha exagerado su peligro; no habiendo motivo para que cirujanos tan competentes como Michel, Sallard, Lenuox-Browue, Tiazo, Sota y Lastra, hayan proscrito dicha operación, y para que otros la practicasen ó la practiquen en la actualidad con un temor grande. La siguiente anécdota es bien expresiva y corrobora cuanto hemos dicho. Encontráronse un día por las calles de París

los eximios doctores Saint-Germain y Nelaton y el primero preguntó al segundo dónde iba tan preocupado, si es que trataba de amputar á alguien la cabeza, á lo que Nelaton contestó «me veis preocupado porque voy á intentar la extirpación de las amígdalas». Esta obsesión ha llegado hasta el suicidio cuando la terminación ha sido fatal. Refiere Bonzak que dos médicos se suicidaron después de haber tenido una desgracia de este género.

*
* *
*

Podemos afirmar que existe hemorragia consecutiva á la amigdalotomía, cuando persiste después de cinco minutos, ó sobreviene en sábana, abundante y continua, y se prolonga más de un cuarto de hora, teniendo en cuenta que en aquella operación se puede perder entre una cucharada y cuarto de litro de sangre.

Su frecuencia no es fácil de precisar por ser muy incompletas las estadísticas, pero sin embargo, se puede calcular que oscila entre 1 á 10 por 1000 operados. Lo que si está fuera de duda es que es mucho más frecuente en el adulto que en el niño. A continuación expondremos algunos datos estadísticos, que corroboran lo que acabamos de decir.

Hasta el año 1890, reúne Wright, 31 casos de hemorragia. Damianos y Herman hasta 1902 reunieron 150 y Nettebrock el mismo número hasta 1906. Constantino hasta el mismo año, 41, Leunox-Browue en 20 años observó tres casos, Krishaber dos, Leffert otros dos, Wagner uno, Sota y Lastra uno, Gereda dos, Santiuste uno. Noss de 397 operados 17, Ehwers uno en 1522 amigdalotomías. Winckler dos en 500. En la clínica de Chiari de Viena la cifra anual suele ser de 3 á 4 por 240 amigdalotomías, Mader en 2000 operados tiene 60,

Chabre de 522 no tiene ningún caso, Elsbery, Nanen, Pitua y Schuh en 1.000 operaciones ejecutadas individualmente no tuvieron ninguna hemorragia. En la clínica del Dr. Cisneros en 500 operaciones tampoco se registró ningún caso. Nosotros hemos tenido uno cuya historia breve he aquí:

Niña de tres años, mal nutrida, á la que extirpo las amígdalas con la pinza de Ruanlt, inmediatamente sobreviene intensa hemorragia, sin quitar el abrebocas hago compresión con un tapón de gasa impregnada en suero de Roux y á los diez minutos cede aquélla.

Como se ve, teniendo en cuenta que hoy se ejecutan miles de amigdalotomías, las hemorragias que le son consecutivas son raras.

Indicamos antes que era mucho más frecuente en el adulto que en el niño, aseveración que está plenamente justificada con los datos estadísticos siguientes. En la estadística de Sallard de 70 casos de hemorragia, sólo figuran 4 niños. En 42 casos reunidos por Filrpatrick no hay más que un solo caso de niño. En 31 de Wright 2 solamente. En 1000 casos de niños operados por Guersant, tuvo sólo 2 hemorragias, y en cambio 5 en 15 adultos. En otros 1000 niños operados por Menière figuran 4 hemorragias solamente.

*
* *

Las hemorragias pueden ser *inmediatas* ó *remotas*, y en este último caso, *precoces* ó *tardías*.

La inmediata es *rápida* ó *lenta*. En el primer caso, en el momento de ejecutar la operación se inunda de sangre la cavidad bucal, y en el segundo, en vez de cesar su derrame, continúa gota á gota por más ó menos tiempo.

La hemorragia *inmediata*, es debida á la herida de una arteria de cierto calibre, ó á la esclerosis de la trama perivascular amigdalina que impide la contractibilidad de las paredes arteriales, como suele ocurrir en los viejos arterioesclerosos.

La *secundaria precoz*, más frecuente que la anterior, suele tener lugar después de una ó varias horas de haberse detenido, y, generalmente, es debida al desprendimiento del coágulo obturador arrastrado por esfuerzos de tos, de vómito ó por deglutir sustancias sólidas; también tiene por causa la reacción vaso-dilatadora consecutiva al empleo de medicamentos vaso-constrictores como la cocaína y sobre todo la adrenalina, etc.

La *secundaria tardía*, rara vez tiene lugar, y suele presentarse entre 4 y 15 días después de la operación, y aunque Escat cree ser debida á la caída de la escara consecutiva al gálvano ó sustancias químicas, es lo cierto que hoy por hoy no hay causa ocasional determinante á qué atribuirlo.

La hemorragia consecutiva á la amigdalotomía *termina generalmente por la curación*, aunque dura varias horas ó varios días con ó sin recidivas; lo demuestra el hecho de que en un período de tiempo de 70 años, durante el cual se han ejecutado miles y miles de amigdalotomías, sólo ha habido *12 defunciones*.

*
* *

Múltiples pueden ser las causas: entre éstas ocupa el primer lugar la *hemofilia*, no por su frecuencia, sino por su gravedad; contribuyen á ello el ser desconocida su existencia. En el adulto, la *esclerosis ó degeneración fibrosa de las amígdalas*, que unas veces depende de la regresión del

órgano (Sallard), otras de inflamaciones anteriores y las más (como ocurrió á Escat en dos casos) por haberse modificado el tejido de las amígdalas con cauterizaciones gálvano-cáusticas practicadas con un fin terapéutico. Es un factor muy frecuente de hemorragias la *intervención en caliente*, es decir durante ó inmediatamente después de una infección ó inflamación aguda de las amígdalas.

Si la *menstruación* tiene lugar inmediatamente después de la operación, puede dar lugar á una hemorragia secundaria si existiera una fluxión mayor hacia las vías aéreas superiores. El empleo de la *cocaína* y *adrenalina* puede provocarla, pues es sabido que á la acción vaso-constrictora á que suele dar lugar esta medicación sigue á veces una vasodilatadora.

*
* * *

Ninguno de los instrumentos conocidos hasta hoy ofrecen garantía de no dar lugar á hemorragia. Los *cortantes* (bisturís, tijeras, amigdalotomos, etc.), tienen en su haber el mayor número de casos; pero se debe tener en cuenta que siendo este el instrumental con el cual se han ejecutado más número de operaciones, es lógico que den también el mayor número de accidentes.

Con el *asa fría* no se conoce más caso que el de Dofour, insuficiente para juzgar este procedimiento, tanto más cuanto que su uso está muy poco extendido.

El *lazo gálvano-cáustico*, evita casi por completo las hemorragias primitivas; en cambio las secundarias, son tan frecuentes ó más que con los demás métodos.

El *procedimiento de la pinza*, es hasta hoy el que menos expone á hemorragias. Hay sin embargo que hacer una

aclaración y es que la mayoría de las hemorragias no suelen depender ni del instrumento, ni del método operatorio, sino de *defectos de técnica*, (empleo de bisturí puntiagudo, incisiones profundas, heridas de pilares, etc.)

TRATAMIENTO

Profláctico.—1.° Se pensará siempre en la hemofilia: en caso de duda hacer examen de la sangre. Si se confirma su existencia se prescribirá antes de la operación el cloruro de calcio según el método de Tombert: (dos ó tres gramos por día, los dos que preceden y el mismo de la operación), y mejor el suero de caballo ó el de Roux de que luego hablaré.

2.° Se hará un examen detenido para cerciorarse de la existencia ó no de la arterio-esclerosis.

3.° No hacer la amigdalotomía si no se está familiarizado con la técnica faringoscópica, para apreciar por el examen faríngeo, si existen pulsaciones anormales.

4.° No se operará ni durante el período menstrual, ni en los ocho días que le preceden, sino cuatro días después. Tampoco se ejecutará la operación si el embarazo está adelantado.

5.° Si existe una amigdalitis aguda ó está en período de declinación, no se operará hasta que no hayan pasado por lo menos 15 días entre la resolución de la amigdalitis y la amigdalotomía.

6.° Evitar la anestesia con la cocaína, y sobre todo la isquemia traidora de la adrenalina (Escat), recomendando mejor la estovaína y el mentol.

7.° Después de haber hecho cauterizaciones con el galvano, nunca se hará la amigdalotomía.

8.º No hacer toques en la superficie cruenta con soluciones cáusticas, (solución iodada ó iodo iodurada), á fin de evitar la formación de una escara, cuya caída puede ser origen de una hemorragia secundaria.

9.º La operación se hará con buena luz; no se usará bisturí puntiagudo, y se quitarán antes de operar las adherencias que existan entre el pilar y la amígdala, sobre todo en el adulto.

10. Después de la operación no se despedirá al enfermo hasta que haya cesado la hemorragia primitiva. Se dará alimentación líquida ó semi-líquida los 5 ó 6 primeros días después de la operación, proscribiendo las bebidas calientes y el alcohol. Se prohibirán los trabajos de fuerza.

Tratamiento médico.—El médico que conoce la técnica y además tiene presente que la mortalidad es muy reducida, y que el arsenal terapéutico de que hoy dispone le permite hacer frente á la hemorragia con grandes probabilidades de éxito, debe conservar la sangre fría y tranquilidad suficiente para infundir al paciente y familia cierta confianza muy necesaria, pues es sabido que la emoción suele dar lugar á una parálisis vaso-dilatadora de lo más desfavorable.

Los medios farmacológicos de que disponemos para detener la hemorragia de la amigdalotomía son: hielo, calor, alumbre, ácido tánico, percloruro de hierro, ferropirina, antipirina, agua oxigenada, nitrato de plata, adrenalina, gelatina, cloruro de cal, lactato de cal, ergotina, suero de caballo ó de Roux, el procedimiento del síncope (Bruysón, Delavan), y el vómito provocado.

Tratamiento médico local.—El frío es el remedio local más popular; se recomiendan gargarismos con agua fría, deglutir pedacitos de hielo, y hasta, como aconseja Broca, aplicarlos

directamente sobre la herida. El *calor* ejerce la misma acción vaso-constrictora que el frío (Firpatich, Sallard) y en este sentido se aconsejan gargarismos de agua lo más caliente que se pueda soportar. También son de uso general los *astringentes*, (ácido tánico, alumbre, etc.), Mackenzie recomienda como procedimiento muy eficaz, hacer deglutir, lentamente y á cortos intervalos, media cucharada de las de café del gargarismo tani-gálico de la farmacopea inglesa, según la fórmula siguiente:

Acido tánico.....	18	gramos.
Acido gálico.....	6	»
Agua destilada.....	30	»

Se han empleado también el percloruro de hierro, antipirina, ferropirina en solución ó en polvo, el nitrato de plata en solución ó barra, el agua oxigenada, la adrenalina y el suero de caballo.

Todas estas sustancias han solido dar resultados, pero solamente en hemorragias de poca intensidad, porque cuando son abundantes la sangre que se derrama les arrastra, siendo necesario para que su efecto sea eficaz, hacer antes la compresión de la carótida que detiene momentáneamente la salida de sangre y da tiempo así á que el medicamento obre.

Tratamiento médico general.—Tiene por objeto: 1.º Disminuir la tensión sanguínea. 2.º Favorecer la contracción de los vasos periféricos; y 3.º Acelerar la coagulación de la sangre.

A la primera categoría, pertenecen las inyecciones de morfina que á la vez que calman la excitación del enfermo, disminuyen la tos y los movimientos de náusea y deglución.

También la ligadura hemostática de las extremidades y el vómito provocado pertenecen á esta categoría.

A la segunda, además de la adrenalina (10 gotas cada 30 minutos de una solución al milésimo), citaremos la ergotina, ergotina y el hamamelis virgínica. Estas últimas sustancias, eficaces en ginecología, son aquí de dudoso efecto.

A la tercera categoría, corresponden las inyecciones de gelatina al 30 por 100. Es un excelente hemostático, pero algunas veces ha dado lugar á infecciones sépticas ó tetánicas por no haber sido bien esterilizada. Es necesario hervirla durante tres días consecutivos por espacio de veinte minutos cada vez en un tubo de Erlemeyer.

Desde los estudios de Arthus y Pages se consideran las sales de calcio como elementos necesarios para que la coagulación de la sangre tenga lugar. En la actualidad, el cloruro y lactato de cal se usan como hemostáticos por su acción evidente sobre la sangre. Pero tienen el inconveniente ó defecto de que cada individuo necesita una dosis determinada para mantener estable el equilibrio de coagulación, pues si se da una dosis mayor de la necesaria, la sangre se hipercalcifica, y en este caso es tan incoagulable como la sangre descalcificada.

Recientemente se ha preconizado en los hemofílicos por P. E. Wiel, sustituir el fibro-fermento que les falta por una inyección de suero heterógeno (suero de caballo, suero de Roux), que aumenta el poder coagulante de la sangre por el fibro-fermento y las trombosas que contiene. Si este método no entró desde luego en la terapéutica de las hemorragias de los hemofílicos, fué por haberle empleado en hemorragiparos, como por púrpuras hemorrágicas ó grandes hemorragias de causas diversas.

El suero de caballo es el mejor tolerado y más activo. El de Roux contiene muchos fermentos coagulantes; se procurará que no tenga más de 15 días de preparación. La dosis será de 15 á 20 centímetros cúbicos en inyección hipodérmica. En cuanto á los accidentes seroterápicos de anafilaxia, no han sido nunca lo bastante intensos para constituir una contraindicación. También las inyecciones de suero antistreptocócico favorecen la coagulación de la sangre.

Tratamiento quirúrgico.—En la hemorragia de alguna intensidad hay necesidad de acudir á los medios quirúrgicos siguientes: cauterizaciones con el gálvano, la compresión, la sutura de los pilares, el método de Helferich, el taponamiento de la faringe, la transfijión, la compresión de la carótida y la ligadura de la carótida primitiva ó de la externa.

Con el gálvano han obtenido buen resultado, Michel, y Dowinie, Behreus, Santis, Urban Ryan.

La compresión de la superficie cruenta, es uno de los medios más seguros que pueden emplearse en los casos graves. Después de haber separado todos los coágulos, se hace una compresión moderada por espacio de 10 á 15 minutos; aunque se citan casos que ha precisado la compresión digital por espacio de dos horas. La compresión puede ser *manual é instrumental, interna ó externa*.

La manual é interna, se ejecuta con el dedo rodeado de gasa ó con tapón apretado y sostenido en una pinza de presión continua é impregnado indistintamente en solución saturada de antipirina, agua oxigenada, gelatina al 10 por 100, alumbre, tanino, suero de caballo ó de Roux. En la clínica de Kiel se hace la compresión con una bola de Penghawar, recubierta de una gasa. Pero la compresión instrumental es la que da mejores resultados. Hatin fué el primero que

mandó construir un aparato formado por una pinza cuyos extremos llevan dos cojinetes enguatados: el uno comprime la amígdala y el otro se aloja detras del ángulo del maxilar. Pean, Ricord, Mikulizc, Stöek, Clendinen, Depangher, etc.,

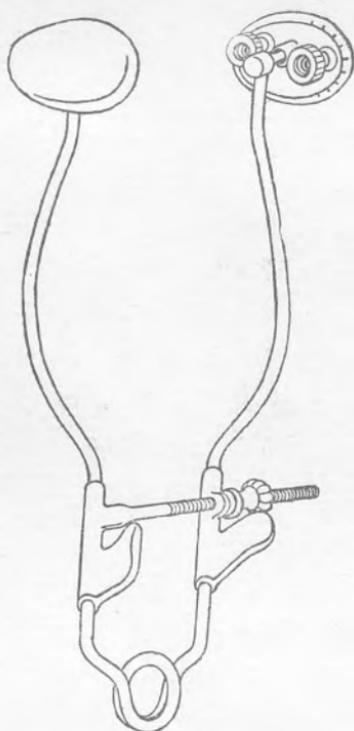


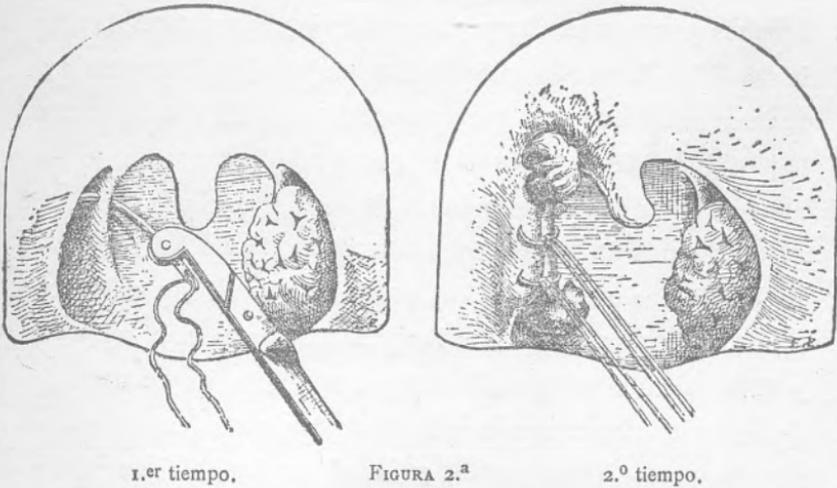
FIGURA 1.^a

Compresor amigdalino bilateral interno de Rodríguez Vargas.

mandan construir compresores, todos fundados en el mismo principio. El de Mikulizc modificado por Störck, es el de uso más corriente. Tienen de común estos instrumentos el ser muy molestos, dolorosos y por tanto difíciles de soportar.

Nuestro compresor, del que ahora vamos á ocuparnos con alguna detención, creemos que carece de estos inconvenientes, pues á más de ser fácil de manejar, es perfectamente soportado por los enfermos según hemos podido comprobar en niños de diversas edades que le han tenido colocado de 10 á 15 minutos, sin gran protesta. Está formado (fig. 1.^a) por dos almohadillas de gasa colocadas sobre una placa metálica unida á un alambre de acero por medio de una articulación en nuez. Dicho alambre, en su parte media é inferior, se dobla en espiral para hacer el muelle que ha de ejecutar la presión. Por encima de este muelle hay un tornillo que, al separar más ó menos las dos ramas del compresor, gradúa

la presión que han de ejercer las almohadillas sobre la superficie cruenta; dos aletas que existen por encima del tornillo facilitan su manejo; y una pieza accesorio, cóncava y recubierta de gasa completan el aparato. Su aplicación es muy sencilla; basta apretar las aletas para que ceda el muelle, y se puedan introducir en la boca las almohadillas



1.er tiempo.

FIGURA 2.^a

2.º tiempo.

Sutura de los pilares (según Escat).

hasta colocarlas entre las amígdalas, en cuyo momento se gradúa con el tornillo la presión que se juzgue necesaria: gracias á la movilidad de la articulación en nuez las almohadilla se acomodan á la superficie cruenta y la compresión se ejecuta por igual. En el caso de haber extirpado una amígdala y la otra no, se coloca la pieza accesorio en el extremo correspondiente á la amígdala no extirpada, y la almohadilla en el otro extremo para hacer la compresión.

El método más moderno de compresión es el obtenido por la *sutura de los pilares* (fig. 2.^a) Fué ideado por Baum y posteriormente modificado por Hermann y Escat. Hermann

sutura un pilar con el otro, lo más profundamente posible, y Escat pone antes de la sutura un tapón de algodón ó de gasa, reuniendo después los pilares por medio de 2 ó 3 agujas que deja colocadas varios días. Este procedimiento tiene el inconveniente de que sólo es aplicable á los casos en que los pilares están libres y bien salientes.

Ultimamente ha sido sustituída la sutura por los *grandes broches de Michel*. En 1907 Henkes mandó construir los broches y una pinza larga para aplicarles, y en 1909 Avellis la modificó haciendo que abriese en sentido horizontal y pudiera utilizarse para quitar los broches. (A fin de evitar la posibilidad de su caída en el interior de la garganta, se les puede sujetar con un hilo de seda).

Si después de haber hecho la extirpación de las amígdalas queda una amplia cavidad, puede rellenarse con un tapón apretado de gasa ó algodón; los pilares se estrechan sobre él y ejerce así una compresión suficiente (Escat, Hopmann).

Helferich, ha ensayado con éxito dos veces un procedimiento preconizado por él, y es el siguiente. Una aguja larga, redonda y provista de un hilo doble se introduce por el ángulo de la mandíbula penetrando en la cavidad bucal. En la extremidad interna del doble hilo, se fija un tapón de gasa iodofórmica, se tira con fuerza de su extremidad externa y se anuda. La compresión sobre la amígdala es grande, según refiere su autor Helferich. Este método aunque parece racional no ha tenido sanción en la práctica.

Otro procedimiento de compresión aconsejado por varios autores, pero de una manera teórica puesto que no ha sido aun ejecutado, es el *taponamiento de la faringe*; (fig. 3.) para ello se requiere previamente asegurar la respiración con la traqueotomía ó la intubación con un tubo metálico parecido

al de O. Dwyer, ó mejor, con el tubo especial (L) que Escat ha mandado construir á este fin; conseguido esto se introduce en el esófago una sonda blanda (E) para alimentar al enfermo, realizándose al fin el taponamiento total de la faringe (T). Este método que debiera intentarse en caso extremo, parece más

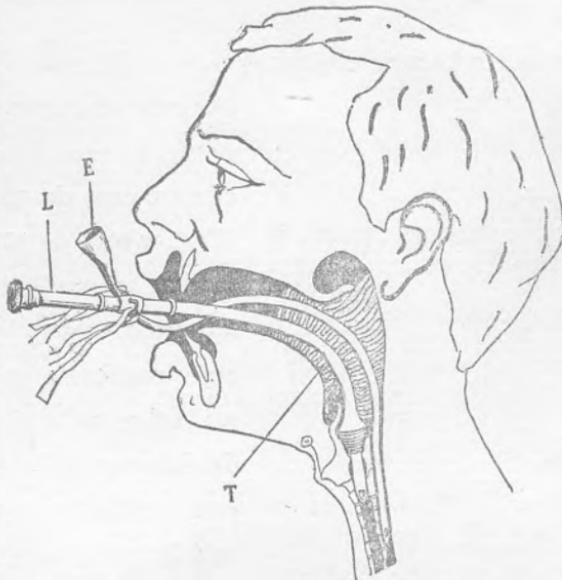


FIGURA 3.^a

Taponamiento hemostático de la faringe (según Escat).

eficaz, menos peligroso y más fácil de improvisar que la ligadura de la carótida.

La transfijión ó extrangulación, es un procedimiento que cuando se puede ejecutar es de buen resultado según manifiestan los autores que le han usado. Clarke y M. Fitzpatrick atraviesan con un aguja el muñón de la amígdala y colocan alrededor y por debajo de la aguja un hilo que aprietan y anudan: si se sostiene, quitan la aguja y si no, cortan la punta y la dejan colocada. Butler emplea hilo de plata, más

fácil de torcer. Como se ve, este método sólo es aplicable en circunstancias más favorables.

La compresión de la carótida primitiva cerca de la laringe, es fácil de ejecutar, sobre todo con el compresor externo de Doyen (fig. 4.^a) Hace descender la presión sanguínea en la faringe de tal modo, que la hemorragia se detiene casi siempre; tiene sin embargo el inconveniente de necesitar estar

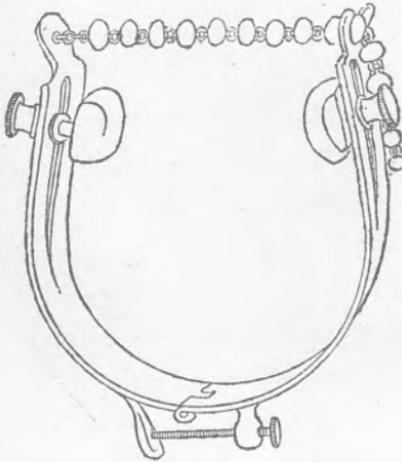


FIGURA 4.^a

Compresor amigdalino bilateral externo de Doyen.

aplicado durante muchas horas, á veces días (Grosoli cita un caso de 15 horas y Werner otro de 10 días).

Este procedimiento es importante cuando se ejecuta con carácter temporal, sobre todo si se trata de detener la hemorragia para que el campo visual esté limpio de sangre, y se pueda entonces practicar otros, como la sutura de los pilares, cauterización,

etcétera, que son más seguros y definitivos.

La ligadura ó torsión del vaso, origen de la hemorragia, es un buen procedimiento cuando puede ejecutarse. Como generalmente está detrás del pilar anterior se separa éste con un gancho, se busca el vaso y se le coge con una pinza de gran presión. Algunos autores han ideado pinzas especiales, pero la mejor es una pinza de Pean larga. Una vez cogido el vaso se hace la torsión ó la ligadura.

La ligadura de la carótida primitiva es una operación incierta y peligrosa. Incierta, porque puede haber casos como el

de Fuller, entre otros, en el que continuó la hemorragia hasta que sobrevino el síncope. Peligrosa, porque además de dar lugar con frecuencia á fenómenos cerebrales, (hemiplejías, etc.), las estadísticas acusan una mortalidad operatoria de un 39 por 100.

La *ligadura de la carótida externa*.—Es más difícil su técnica, pero en cambio no ofrece tantos peligros.

*
* *

Por lo expuesto se ve que no escasean los recursos para cohibir la hemorragia de la amigdalotomía; tal vez su mismo número dificulte la elección y á fin de evitar esto, diremos sucintamente á modo de conclusiones, cuáles son los medios, á nuestro juicio que sucesivamente deben utilizarse del más simple al más enérgico y complicado.

El médico que se vea en la precisión de cohibir una hemorragia post-operatoria de la amígdala palatina, puede emplear los medios hemostáticos enumerados por el orden siguiente:

1.º Ingestión de pedacitos de hielo con una cuchara de café, ó aplicación de un collar de hielo.

2.º Compresión, utilizando mi compresor que la realiza directamente, y de no tener éste, utilizar un tapón de gasa puesto en una pinza larga. En uno y otro caso los tapones de gasa se impregnarán con cualquiera de las soluciones hemostáticas antedichas.

3.º Cauterizaciones con el gálvano ó termo al *rojo sombra*.

4.º Torsión ó ligadura del vaso.

5.º Sutura de los pilares, usando con preferencia los agrafes de Michel con la pinza de Avellis.

6.º Compresión indirecta sobre la carótida primitiva con el compresor bilateral de Doyen.

7.º Taponamiento de la faringe.

CONCEPTO A TENER, CONDUCTA A SEGUIR

Y MEDIOS A EMPLEAR

EN EL TRATAMIENTO DE LOCOS AL COMIENZO DE SU TRASTORNO MENTAL

POR

RAMIRO VALDIVIESO

Médico-Director del Manicomio provincial.

(Continuación).

Sean considerados los signos que constituyen el lenguaje como forma de expresión ó como función del contenido anímico; consistan ya en movimientos gesticulatorios más ó menos complejos, ya en movimientos con efecto concomitante de sonido ó de fonética articulada, ya en trazados residuales gráficos de letras ó de dibujos, ya en composiciones plásticas, la importancia de su examen y observación es, para el médico, extraordinaria, por ser su apreciación decisiva para el diagnóstico de los estados psicopáticos, puesto que tales signos constituyen los aspectos más demostrativos de la capacidad individual, en cuanto que estimados fundamentalmente son como referencias de las condiciones psíquicas de la personalidad, y puesto que completan los más justos medios que el hombre usufructúa para comunicarse con sus semejantes, en cuanto que juzgados formalmente son como representaciones subjetivas de relación con el ambiente social y cósmico.

De valoración exclusivamente simbólica, bajo el punto de vista de la semeiótica mental, con la denominación genérica de *asimbolias* (Finkelnburg), ó más exactamente de *disimbolias* (Morselli), compréndense todas las variadísimas anomalías del lenguaje mímico intelectual (gestos que corresponden á representaciones y conceptos), del lenguaje fónico emocional (entonación, timbre é intensidad de la voz relacionados á estados emotivos y sentimentales), del lenguaje articulado (símbolos verbales de conceptos racionales expresados por la palabra), del lenguaje escrito (palabra en forma gráfica) y del lenguaje figurado ideográfico-artístico (reproducción de impresiones sensoriales é imágenes en objetos físicos).

DISIMBOLIAS MÍMICAS.—Se examinarán los órganos primordiales encargados de la mímica voluntaria, descubriendo las condiciones anatómicas y fisiológicas de la mano, cuello y cara, ya que los músculos y nervios de estas regiones pueden estar afectados de lesiones que exageren ó disminuyan los movimientos perturbando la mímica, cual ocurre cuando hay contracturas, espasmos coréicos, parálisis, etc. Comprobada la estática y dinámica normales de los miembros dichos se observará: que en los melancólicos pasivos, en las psicosis alucinatorias y delirios patéticos la gesticulación de las manos es de intensidad varia, alternándose la vivacidad con el cansancio y la aparición súbita con la duración breve (*mano nerviosa*, de carpo flexionado, con los dos primeros intermedios digitales en flexión y dedos divergentes en adducción); que en los estados de exaltación hiperbólicos, paranoia soberbia y carácter epiléptico los actos son rápidos y fuertes y á pesar de continuados esfuerzos, las más de las veces, falta la apariencia de cansancio (*mano enérgica*; carpo

en extensión, metacarpos y falanges en extensión, dedos convergentes y pulgar en oposición incipiente); que en los estados de angustia, de terror y de ira las acciones manuales son violentas, casi espásticas, desordenadas (*mano convulsa*, predominio de los movimientos de flexión de los dedos, el pulgar contraído, carpo en extensión ó flexión según que el estado del ánimo sea de defensa ó de repulsión); y que en los estados estuporosos, apáticos, demenciales y frenasténicos tórpidos hay debilidad, incertidumbre y lentitud de esfuerzo accional (*mano débil*: prevalencia de los movimientos de flexión por asinergia de los de extensión, y disposición simétrica de las dos manos). En cuanto á la mímica de la cabeza hay actitudes estáticas en flexión ó en extensión forzada, acompañadas de desviación, á modo de tortícolis, en las formas estúpidas y catatónicas, como de sacudidas más ó menos rítmicas en sentido de extensión ó de rotación en las locuras epilépticas é histéricas; así como se aprecia que la cabeza alta y el cuello extendido corresponden á las formas mentales expansivas y la cabeza inclinada y el cuello en flexión continua á las depresivas y débiles.

Las alteraciones esenciales del lenguaje mímico en relación con los distintos estados interiores que han de expresar, pueden revelar en los locos ya una energía exagerada de la gesticulación (*hiperseμία*), ya una intensidad aminorada (*hiposeμία*) ó desaparición absoluta de la facultad gesticuladora voluntaria (*aseμία*), ya un desacuerdo entre los signos y los estados psíquicos que deben manifestar exteriormente (*para-seμία*).

La gesticulación ampliamente exagerada caracteriza las excitaciones psíquicas, y hasta alcanza formas plásticas y artísticas (*pantomima pazzesca* de Morselli). Los gestos de

afirmación y negación en los exaltados (maniacos, paranoicos orgullosos, paralíticos optimistas, por un lado; melancólicos agitados, paranoicos perseguidos, epilépticos coléricos por otro) sobrepasan los límites impuestos por las conveniencias sociales; son excesivos, violentos, reiterados hasta el fastidio; la representación mental de una persona, un objeto ó un acto provoca inmediata extrinsecación y la gesticulación se hace onomatopéica como la voz, á la cual ayuda, refuerza y explica. En algunos casos hay repetición copiada de todo gesto percibido (*hipersemita especular, ecomimia*); en otros casos, frecuentísimamente en los maniacos, en que hay pronta percepción de cualquier incidente externo, se reproducen burlescamente todas las expresiones de las personas presentes (pantomima imitada) y en otros, como en los paranoicos orgullosos, exagerando el número y amplificando la extensión del gesto, tratan de dar majestad á su porte y de hacer más ostensible á los demás su condición superior. Hay hipersemita compensadora en los afásicos orgánicos cuya lesión cortical deja íntegro el centro psico-motor de la parte superior de la cara y el de la mano, los cuales suplen con repetidos y vivaces gestos la amnesia motora fonética; y hay hipersemitas parciales, como la negativista del melancólico con delirio pesimista, en el que parece se pierde todo gesto afirmativo y en cambio los gestos de negación se hacen intensos y continuos; la oscena de los erotómanos é invertidos y la ostinadamente repulsiva del pantofóbico.

La hiposemita y la asemita pueden observarse en condiciones distintas y en su apreciación hay que distinguir su doble origen; el funcional ó el orgánico. De origen funcional es la hiposemita del melancólico, que gesticula con lento esfuerzo, con fines sólo indicativos y denotativos elementales y

raramente predicativos, sobre todo los referentes á las acciones, demostrando la ocultación ideativa por la concentración angustiosa en que sume, y cuando el loco, aun bien demostrada su capacidad comprensiva, se mantiene inmóvil, cabe en él diagnosticar ó una condición sentimental dolorosa por delirio de culpabilidad ó por temor de comprometerse, ó un trabajoso proceso intelectual por monideismo ó anideismo. La suspensión de la conciencia ó la disolución de la personalidad provocan la desaparición de la mímica intencional en los estúpidos, catatónicos y dementes, en los que ni aun con los estímulos más poderosos se obliga á hacer expresar su estado interior, ya porque las impresiones no son apercibidas ya porque aunque apercibidas no son capaces de transformación reaccional. La disminución ó abolición sémica puede ser también voluntaria, cual en los paranoicos perseguidos que, bien por mandamiento alucinatorio ó por temor de excitar á sus enemigos con el gesto, se imponen silencio absoluto y rigidez de los aparatos musculares mímicos (*asemia paranoica*). Las asemias de naturaleza orgánica debidas á lesiones más ó menos parciales del manto cerebral y conductores nerviosos, de observación frecuente en los dementes hemiplégicos, polineuríticos y afásicos son, en cierto modo, suplidas con órganos de funcionalidad indemne, como la mirada de muchos dementes orgánicos que, es de elocuencia bastante para responder á las cuestiones planteadas y para expresar sus pensamientos; y hay afásicos que imitadores de los gestos que ven son impotentes para hacerlos si á ello se les invita (*asemia amnésica de Trousseau*).

Las parasemias son debidas: unas veces á conceptos delirantes, á alucinaciones y á impulsiones morbosas, como en el delirante sintematizado que, no encontrando en la mímica

común el gesto preciso para expresar los propios conceptos, imagina especiales movimientos creando un sistema muy suyo de gesticulación; otras veces se producen por inversión voluntaria de los signos ordinarios, como en los paranóicos reformatorios, que á igual título que imaginan procedimientos de conseguir nuevas constituciones sociales, religiosas, etcétera, transformando por interpretación sofisticada los códigos actuales, dan significado negativo á la mímica afirmativa y sustituyen arbitrariamente todas las expresiones ceremoniosas por gestos estrambóticos, siendo unas y otras de estas disemias síntoma de graves modificaciones de la personalidad. En los locos con idea fija paradógica, casi siempre de origen atávico, el gesto es mostrado á modo de conjuro y se le da un valor de defensa ó de amenaza, el cual por su repetición puede ejercer influencia creadora sobre la ideación, exaltando ó modificando el delirio (*parasemia mágica*); en los enfermos angustiados por vivas alucinaciones ofrécese el fenómeno de intercalación mímica, que consiste en la actitud extravagante de la cara y mano á cualquier movimiento mímico que produzcan; y en los delirantes y en los dementes, obsérvase la gesticulación solitaria (*monólogo mímico*), que en germen mostrado en los apasionados preocupados normales, refleja en los enfermos la intensidad sistemática ó estereotipada del pensamiento, que provoca movimientos expresivos en ausencia de personas que pudieran percibirlos y comprenderlos. Otra forma de trastorno gesticular es el llamado por Morselli *parasemia mimética*, y que estriba en la imitación morbosa de ciertos gestos que llegan, por lo irresistibles é irrefrenables, á convertirse en impulso automático (tarantismo, gran corea de las formas epidémicas histéricas, *latah* de la India, *myriadsit* y *jumping* de América); los

enfermos repiten hasta la estenuación todos los actos mími-
cos que ven, sin acompañarles de las correspondientes con-
diciones emotivas y conceptuales, á semejanza del hipno-
tizado que reproduce los gestos del hipnotizador. En los
dementes con encefalopatías localizadas con afasia hay cam-
bio de los movimientos gesticulatorios por pérdida de la
memoria de su significado y, asemejándose á los acatafásicos,
expresan afirmación alargando el cuello, negación incli-
nando la cabeza hacia delante, etc.

DISIMBOLIA DE FONÉTICA EMOCIONAL.—En el examen del
lenguaje fonético simple importa averiguar cuanto tiene de
producto, esto es, cómo se ejecuta el acto de la fonación y los
caracteres objetivos de este en relación con los sentimientos,
y cuanto tiene de percibido y apreciado, esto es, cómo se
comprende el valor significativo de entonación de la voz de
otros.

La ejecución puede ser: excesiva (*hiperfonía*) y extero-
riza, entonces, fuertes sentimientos, violentas emociones,
rápida y fácil ideación, imperativo automatismo y enérgicas
reacciones, impulsivas á veces, del placer ó del dolor; defi-
ciente hasta llegar á la cesación completa (*afonía*), y es indi-
cio de sentimientos concentrados de emociones tristes, de
ideación tarde ó nula, de reacciones trabajosas ó inhibidas y
de escasa actividad de la conciencia; y pervertida (*para-
fonía*), y es propia de las afecciones de la mente más graves,
de los estados irritativos intensos de los centros nerviosos
fonéticos y de las evoluciones incompletas de la personali-
dad. Todas estas perturbaciones fonéticas en los locos obede-
cen á cambios cuantitativos y cualitativos en la emisión de
la voz; y por lo que respecta al volumen, si en los nor-
males hay estrecha relación entre la intensidad fónica y las

emociones, en los psicópatas tal paralelismo no es constante, pues estados vivísimos de la emocionalidad son expresados con voz apagada, como en los melancólicos, y estados de disolución sentimental se expresan con voces gritonas, como en los dementes agitados. En el maniaco y en el parálítico exaltado el volumen de la voz adquiere intensidad tal que llegan á esfuerzos laríngeos inconcebibles hasta que la ronquera ó una absoluta afonía les impide emitir grito alguno, que suplen con una muy expresiva pantomima; el melancólico, por el contrario, habla en voz baja y débil, reduce su vocalización á un murmullo para percibir el cual es necesario pegar la oreja á su boca, y el movimiento de sus labios para producir articulación es inútil por no estar acompañado del espirador necesario para poner en vibración las cuerdas vocales. La afonía completa se observa en los locos estúpidos y apáticos, traduciendo el silencio en que durante muchas horas permanecen, sin obediencia al estímulo exterior más intenso, el oscurecimiento de su conciencia; así como la afonía voluntaria, con apariencia de misteriosa circunspección, es sintomática de los delirios de culpabilidad y de los sintematizados de persecución (*seudomutismo vesánico*). Los cambios morbosos debidos á la altura y timbre de los sonidos, por los que la voz se hace ronca, estridulosa, gutural, trémula ó cavernosa, provocando rápida modificación de los varios registros, son comunes en todas las exaltaciones psíquicas, como en el clamor del histérico, en la vociferación extortórea del maniaco y en la verbigeración vertiginosa del hebefrénico. La voz de falsete caracteriza estados emocionales de agitación y de cólera y de buen humor; la voz de pecho, con modulación monótona, acompaña los estados depresivos y tristes; la alternativa de dos registros de la voz

(*monólogo á dos voces*) basta por sí sólo para diagnosticar intensos estados alucinatorios con ideas de persecución y de grandeza y desdoblamientos de la personalidad, así como la inversión de los caracteres sexuales de la voz es propia de los locos con delirios de inversión sexual y cronológico. Expresión de estados psicopáticos muy intensos ó muy avanzados son los *fonemas emotivos* que, cual las interjecciones, exclamaciones y demás sonidos sin preciso contenido representativo, con razón fueron llamados gestos vocales, y «cuando encontramos exagerado la emisión de estos fonemas que nos reconducen hacia la antiquísima fase de la articulación instintiva prehumana y protohumana, podemos presumir una modificación profunda del tono sentimental y una explosión de afectos más ó menos morbosos» (Morselli). La cualidad de los gritos, gemidos, lamentos, etc., permite diagnosticar el estado de ánimo del loco y también la existencia y extensión de sus trastornos intelectuales, y cuando en los casos en que tales fonemas no corresponden á determinadas emociones, sino que son de índole refleja é impulsiva, bien se puede pensar en estados disolventes ó incompletos de la personalidad, cual los de idiotismo y demencia, en los que hay emisión de gritos agudísimos á modo de rugidos, gruñidos y demás de imitación animalesca. La acentuación tonal de la voz se exagera en las distintas manías y paranoías expansivas y disminuye y se abole en las psicopatías depresivas y en las crónicas con acompañamiento monótono; en algunos casos la entonación es graduada y como acentuada para hacer comprender y distinguir bien el que escucha la importancia de ciertas palabras (paranoía-soberbia); en otros, exagerando las leyes prosódicas, se invierte la entonación normal de las frases, asociando ideas por analogías

fonéticas (maniacos graves); y en varios ya se observa que hablan en tono oratorio y patético con declamación trágica (paranoíá fantástica, delirio religioso), ya se expresan modulando la voz en sonidos rítmicos, casi siempre con caracteres de recitado (maniacos con euforia, é histéricos). El uso primordial de palabras en que abunden las vocales A é I y consonantes labiales y dento-linguales es indicio de exaltación, así como el empleo de las vocales O y U y de las consonantes nasales, palatinas y guturales, expresa depresión de ánimo.

La percepción y comprensión de los sonidos vocales pueden ser en los locos una función activa, cuando escucha, ó una función pasiva, cuando sólo oye, y conforme escuche ó nada más oiga presumimos el estado de su conciencia por su capacidad de atención y aperccepción. Los psico neurósicos, los paranóicos y los dementes incompletos sienten, comprenden, escuchan y reaccionan de conformidad y en proporción de las cosas oídas; los maniacos graves sienten, comprenden y reaccionan, pero escuchan poco ó nada; los atónitos sienten, comprenden y aun escuchan, pero no reaccionan; los estuporosos y dementes profundos sienten, difícilmente comprenden, pero no escuchan y sólo reaccionan con movimientos reflejos; los dementes orgánicos afectados de sordera verbal oyen, pero no comprenden; y los que tienen sordera psíquica no comprenden porque no oyen. Estas divergencias de los casos individuales demuestran, que la lesión de receptividad de fonación depende de causas diferentes, que á parte de las físicas y funcionales del aparato auditivo y de los centros perceptivos acústicos, son en los locos: el estado emocional, pues en las emociones profundas, aun en el hombre sano, ó no se sienten las voces ó si se sienten no se

comprenden porque no interesan; el grado intelectual, cuya influencia sobre la comprensión del significado fónico emocional es evidente; y del poder de inhibición cerebral psicológicamente designado con el nombre de atención, que en la locura se perturba profundamente.

Así como los trastornos de la fonética musical aplicados á la doctrina de las localizaciones cerebrales han sido objeto de estudio y de descripción por Kohlbach y Brazier, en la semeiótica mental han sido poco estudiados, ya porque, como dice Morselli, sólo tengan indirecta relación con la inteligencia, ya porque los conocimientos de la fisiopsicología de la música, y sobre todo de sus relaciones con la de otras formas de lenguaje, no tengan todavía suficiente verificación experimental y anatomo-patológica, ó ya porque la investigación clínica sobre la emotividad y sensibilidad posea datos más efectivos y de mayor significación; pero bueno es tener en consideración para el diagnóstico psicopático, que si la *hipermusia* (exageración de la facultad musical) es rarísima en los locos, y los sonidos rítmicos que los exaltados en general producen más corresponden á impulsiones semejantes á las verbales por excitación de los centros psico-motores, que á un aumento de la capacidad de percibirlos, sentirlos y producirlos emocionalmente; en los cánticos de maniaco, expresivos de la euforia, del buen humor y amenomanía, hay predilección por los tiempos vivaces, así como en los melancólicos los hay por los lentos, que expresan plegarias pasionales y dolorosas. Las *amusias* son muy frecuentes ora por daltonismo acústico congénito, como en los frenasténicos, ora porque el loco no escuche ni perciba los sonidos porque las impresiones sonoras hayan para él perdido sus caracteres sentimentales (maniacos, paranóicos, alucinados y estúpidos),

ora porque tienen destruídos los centros mnésicos (dementes orgánicos, paralíticos avanzados). Entre las *paramusias* consignaremos: el placer á que se entregan y que sienten muchos histéricos, maniacos é idiotas emitiendo y oyendo sónidos ásperos, violentos y disonantes; la fonofobia, ya dependiente de desorden constitucional psíquico, como en ciertos locos con delirio de duda, ya consiguiente á impresionabilidad dolorosa, como en el melancólico agitado; la amnesia tonal con paracusia estética del paralítico, que sólo halla delicia en sus cantos desentonados y disarmónicos, como en sus vociferaciones tumultuosas; y la audición coloreada de algunas histéricas en las que imágenes de determinados colores son producidas por sonidos musicales de aires variados.

(Continuará).

ACADEMIAS Y CONGRESOS

CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA, GINECOLOGIA Y PEDIATRIA

CELEBRADO EN MADRID DEL 24 AL 30 DE ABRIL DE 1911

TEMAS OFICIALES DEL CONGRESO

Obstetricia.—*Estado actual del tratamiento de la placenta previa.*

Ponente: DOCTOR CARMELO GIL É IBARGUENGOITIA (Bilbao).

Conclusiones: El estado actual del tratamiento de la placenta previa puede resumirse de la siguiente manera:

De un lado está el grupo de los partidarios de los procedimientos clásicos, que son la inmensa mayoría, por estar conformes con sus resultados, y emplean de preferencia el balón ó la versión á lo Braxton Hicks, en los casos en que estén indicados los otros métodos, tales como el taponamiento ó la ruptura de las membranas. Además, según ellos, las intervenciones en el tratamiento de la distocia que nos ocupa deben ser intervenciones que puedan estar al alcance del práctico, pues las hemorragias que acompañan á esta complicación sorprenden y obligan al médico á intervenir inmediatamente y sin pérdida de momento, no habiendo lugar para transportar estos casos á una clínica, y entienden que ordenando á las parteras que llamen al médico á tiempo, y enseñando en las clínicas á los alumnos de un modo práctico la versión combinada ó el empleo del balón, conseguiremos reducir la alta mortalidad materna que la placenta previa alcanza.

De otro lado están los cesaristas ó partidarios de la reforma quirúrgica, desde luego no para todos los casos, sino para casos de elección y en clínica; y entienden que en los últimos días ó

semanas, «ante terminum», se presentan en la placenta previa hemorragias prodrómicas, que con sólo opio y quietud en cama se contienen, que deben, por lo menos, conducir al médico al diagnóstico probable de placenta previa, y que dan tiempo casi siempre para hacer el traslado de la mujer á una maternidad.

Si hoy día se encuentra lógico el envío de una grávida ó parturiente á una clínica, una vez diagnosticada una estrechez pélvica, con objeto de conseguir un niño vivo, eso que si se prescinde de los grados de estrechez, en que es de absoluta indicación la operación cesárea, el médico práctico puede, por medio de la perforación del feto vivo, y con grandes probabilidades, salvar la vida de la madre, debe igualmente aconsejarse para los casos de placenta previa se tomen las mismas precauciones una vez se presente el primer flujo de sangre, y con tanta ó más razón, cuanto que los medios que puede poner el médico general en práctica para cohibir la hemorragia, que en estos casos le dan una probabilidad de un 15 por 100 de que muera la madre, y mucho mayor de que muera el hijo.

Ginecología.—*Indicaciones del tratamiento quirúrgico en las inflamaciones pelvianas.* Ponentes: D. ENRIQUE LÓPEZ (Valencia) y DOCTOR GÁLVEZ GINACHERO (Málaga).

DR. GÁLVEZ GINACHERO.—Conclusiones: 1.^a Los procesos inflamatorios de los órganos genitales curan sin necesidad de operación en la mayor parte de los casos.

2.^a Las operaciones deben subordinarse á la índole y al asiento anatómico del proceso.

3.^a En las infecciones de origen estreptocócico es extremadamente peligrosa la vía abdominal.

4.^a En las infecciones de origen blenorragico puede emplearse sin peligro la vía abdominal, y conviene recurrir á ella en los casos difíciles.

DR. ENRIQUE LÓPEZ (Valencia).—Conclusiones: 1.^a Pueden aceptarse cuatro tipos distintos de inflamaciones pelvianas: peritonitis, salpingo-ovaritis, flegmón del ligamento ancho, y parametritis.

2.^a La peritonitis pelviana aguda, casi siempre consecutiva á la salpingo-ovaritis, merecerá la indicación quirúrgica en las formas serosa y purulenta, enquistadas en el fondo de Douglas, mediante la incisión y el desagüe.

3.^a La peritonitis crónica es la adherencia peritoneal, que siendo consecutiva á la inflamación anexial se tratará con ella, y siendo primitiva, tan preponderante puede ser el síntoma dolor, que merecerá la laparotomía, simplemente para liberación de los órganos, ó su extirpación si la superficie cruenta es extensa.

4.^a La salpingo-ovaritis tiende á la resolución espontánea.

5.^a La salpingo-ovaritis aguda que no se mitiga, ó se hace grave por su intensidad, debe vaciarse y desaguarse por colpotomía.

6.^a La forma aguda hipertóxica, llamada genitalitis, merecerá la histerectomía vaginal de necesidad.

7.^a La salpingo-ovaritis crónica requiere, para su curación radical, la extirpación unilateral, ó la castración útero-anexial por el abdomen.

8.^a La cirugía conservadora únicamente debe admitirse *a posteriori* en vista de las lesiones, decidiéndose por la extirpación radical cuando la duda se ofrezca.

9.^a El flegmón supurado del ligamento ancho debe incidirse por la pared abdominal, por encima del ligamento de Poupert.

10. La parametritis es una afección quirúrgica que no se separa de las leyes conocidas en Cirugía general. Debe incidirse y desaguarse el absceso donde quiera que se presente, ó por la vagina, ó por las regiones inmediatas extrapelvianas, cuando hizo irrupción fuera de la pelvis.

Pediatría.—*Concepto actual de la meningitis aguda, no fímica y su tratamiento.* Ponentes: DOCTORES MARTÍNEZ VARGAS (Barcelona) y PATRICIO BOROBIO, de Zaragoza.

DR. P. BOROBIO.—Conclusiones: 1.^a El asiento anatómico de la meningitis aguda, no fímica, es la meninge blanda, leptomeninge ó píamadre.

2.^a La meningitis es infección de la meninge. La infección es la presencia de un microbio. La meningitis aguda es siempre microbiana.

3.^a El meningococo es el microbio causante del mayor número de meningitis agudas. Después de él, el pneumococo, el estreptococo, el estafilococo, el colibacilo, el bacilo de Eberth, el Pfeiffer y otros.

4.^a La meningitis es polimicrobiana. Una misma meningitis puede ser causada por distintos microbios. Un mismo microbio puede

engendrar distintas formas de meningitis. No hay correspondencia entre la bacteriología y la clínica de la meningitis.

5.^a La única meningitis que puede apellidarse por su microbio es la cerebroespinal epidémica; el meningococo es siempre su causante: es una meningitis de meningococos.

6.^a La meningitis de meningococos es el tipo clínico más completo y frecuente, al cual pueden referirse las otras meningitis.

7.^a Los síntomas de la meningitis son síntomas de substancia nerviosa encéfalo-medular, y síntomas generales de infección microbiana.

8.^a Los síntomas de primer orden que integran el síndrome meningítico son: la triada inicial, cefalalgia, vómitos y astricción: la raquialgia: las contracturas y rigideces de la nuca, dorso y miembros: el signo de Kernig: el reflejo de la nuca: el reflejo contralateral de Brudski; la fiebre.

9.^a El examen del líquido céfalo-raquídeo es indispensable para un exacto diagnóstico: sus alteraciones deciden muchas veces la existencia, y siempre la naturaleza de la meningitis.

10. El llamado meningismo no es otra cosa que un conjunto de meningitis atenuadas y curadas, cuya realidad se demuestra hoy por las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo. El único meningismo admisible es el histérico.

11. El verdadero tratamiento de la meningitis cerebroespinal son las inyecciones intrarraquídeas de suero antimeningocócico: desechadas por ineficaces las inyecciones subcutáneas.

12. El suero antimeningocócico atenúa los síntomas, abrevia la duración, reduce las complicaciones y disminuye la mortalidad de la meningitis de meningococos.

13. El suero antimeningocócico debe darse en inyecciones intrarraquídeas, repetidas en serie de tres ó cuatro días seguidos y en cantidad no menor de 30 centímetros cúbicos cada vez.

14. Para repetir las inyecciones, el único guía seguro es el estado del líquido céfalo-raquídeo.

15. La seroterapia de las otras meningitis no meningocócicas no está aún establecida.

REVISTA DE REVISTAS

FARMACOLOGIA

Anogon, (*Pharm. Ztg.*, 1911, p. 159).—Sal mercuriosa del ácido iodoxibenzolparasulfónico, $C_6H_4I_2OSO_2Hg_2$ que se presenta en polvo fino, microcristalino de color amarillo de azufre conteniendo 48,5 por 100 de mercurio y 30,7 por 100 de iodo. Insoluble en el agua, alcohol, éter y glicerina, emplease como antiséptico y en el tratamiento de la avariosis en suspensión oleosa al 1 por 10 en inyección en los músculos. Aplícase también al exterior en los accidentes cutáneos sífilíticos y en algunas afecciones de la piel. Es medicamento bien soportado por el organismo, que no origina inflamación de los tejidos y de acción suave y constante.

Epinina, (*Apth. Ztg.*, 1911, p. 174).—Es la 3—4—dihidroxifenil-etilmetilamina que preparada por la renombrada casa Burrough Wellcome y C.^ª, se presenta en cristales incoloros fusibles á 188—189°, dando con los ácidos sales perfectamente cristalizadas. Es un agente terapéutico de acción análoga á la de la adrenalina, pero de acción diez veces más débil, que produce depresión sanguínea más persistente que la obtenida con las preparaciones de las cápsulas suprarrenales. Encuéntrase también la epinina en el comercio en ampollas esterilizadas de 1c³ contenido 1 centígramo de agente medicamentoso.

Tiramina, (*Now. Rem.*, núm. 8, 1911).—Principio activo extraído del cornezuelo de centeno y que se ha obtenido también sintéticamente por reducción de la p-hidroxibenzilciamida con el sodio y el alcohol. Este nuevo alcaloide, que administrado por la vía gástrica ó por la subcutánea disminuye la tensión arterial, es indicado para la producción de las contracciones uterinas, pero no es aplicable como hemostático local: su acción, semejante á la de las glándulas suprarrenales, es más débil y lenta pero de más larga duración.

Este medicamento ha sido lanzado al mercado por la casa Burroughs Wellcome y C.^a en forma de tabletas de 0 gr. 005.

Hidropirina, (*Now. Rem.*, núm. 8, 1911).—Sal de sodio de la aspirina, soluble en el agua, de sabor azucarado no desagradable, rápidamente reabsorbida con reaparición en la orina media hora después de la ingestión. Es un buen antipirético que produce el descenso de temperatura en media hora, al mismo tiempo que provoca el sudor y disminuye la frecuencia de él. El descenso de temperatura provocado por medio gramo de medicamento es de 1,5 á 2° y de 2 á 3° por 1 gramo. En sujetos sanos 1 gramo hace descender la temperatura de 0°, 3 á 0°, 6 en tanto que la temperatura de por la mañana no es modificada. En los reumatismos articular y muscular este medicamento da buenos resultados y así también en los casos de neuralgia intercostal y en la cefalalgia. Por sus acciones diurética y diaforética es eficaz en el tratamiento de la pleuresia serosa.

F. DOMENECH

MEDICINA Y CIRUJIA

Reseña de un caso de vegetaciones adenoideas concomitante con albuminuria y cilindros renales: curación de estos trastornos después de la extirpación de aquéllas, por J. Morgan O' Meara (*The Lancet*, 6-5 1911).

El Dr. J. Morgan O' Meara relata el siguiente interesante caso clínico.

«El enfermo niño de 7 años ha sido siempre delicado y fácilmente catarroso. En mes y medio ha sufrido dos laringitis y se pensaba en operarle unas vegetaciones adenoideas. Como antecedentes familiares, cabal salud del padre y obstrucción nasal con trastornos auditivos por parte de la madre. Avisado el 1.º de febrero, me informan que el enfermo pasó la noche con gran inquietud y que rechazaba el alimento hacía dos días; su aspecto era algo pálido y amodorrado; la orina densa y escasa; marcada obstrucción nasal. No se aprecian edemas ni síntomas torácicos; el corazón es normal; lo propio la tensión sanguínea (60 pulsaciones por minuto) y la temperatura. La orina es turbia oscura y por el reposo deja gran sedimento, densidad 1014 y reacción ácida; la ebullición y el ácido acético acusan la existencia de escasa cantidad de albúmina. El examen microscópico del sedimento, descubre un gran número de

cilindros (epiteliales, granulados, hemorrágicos y hialinos) células renales y hemáties.

Someto al enfermo á la dieta láctea y al reposo en cama; el día 2 aparecía más despejado y los trastornos urinarios poco menos marcados; el día 4 mucho más despejado, decía hallarse bien: menor cantidad de albúmina pero sensiblemente la misma de cilindros; el 8 aumenta ligeramente la albúmina aunque los cilindros no parecen ser tan numerosos como en un principio; se permite levantar al enfermo y continuar con la dieta láctea indicada (frutas, pan, manteca y puddings de leche). El día 13 es bueno el estado general pero la orina permanece casi igual; el día 20 la mejoría continúa, la orina tiene trozos de albúmina y los cilindros hialinos, granulados y epiteliales son todavía muy numerosos; hay tal vez tendencia á la disminución de los epiteliales y aumento de los hialinos.

Creo entonces no será conveniente prolongar la permanencia del enfermo en casa y aconsejo la extirpación de las vegetaciones ante la idea que puedan prolongar ó agravar el estado del riñón, máxime siendo aquéllas riesgo de catarros y éstos de mayor trastorno renal por enfriamiento. El día 22 de febrero, previa anestesia clorofórmica, le fué extirpada una gran masa adenoidea; pasa bien la noche y al siguiente día creen los padres que se halla mejor que antes de la operación y que la orina es más clara; ésta no ofrece cambios decisivos microscópicamente, si bien parecen disminuir los cilindros epiteliales. El 24 se halla el enfermo admirablemente en su estado general, apareciendo los párpados inferiores más finos y oscuros, lo que me hace pensar en la existencia anterior de un ligero y desapercibido edema. Los cilindros disminuyen sensiblemente y la albúmina desaparece. Así progresa hasta que el 2 de marzo se le permite salir continuando un mes sin trastorno, sin albúmina, ni cilindros en la orina por recuperar ésta la normalidad y dar al enfermo de alta.

Reflexiones: Dos puntos llaman especialmente la atención en este caso: 1.º La asociación de un gran número de cilindros con muy poca cantidad de albúmina. Si no es por el examen microscópico hubiera podido tomarse fácilmente por orina normal. 2.º La mejoría franca apareció inmediatamente después de la extirpación de las vegetaciones á tal extremo que adelantó más en los tres días que siguieron á la operación que en las tres semanas que la precedieron.

A. M. ROMÓN

Sobre la acción sedante de la adalina en la neurastenia sexual y en otras afecciones, por Salomonski, (*Deuts. med. Wochens.*, núm. 14, 1911).

Ha experimentado la adalina (bromodietilacetilcarbamido) en 50 casos. En dos casos de irritación espinal, en que los pacientes desde algún tiempo sufrían dolores accesionales en la región dorso-lumbar el empleo de la adalina (medio gramo 3 veces al día) hizo cesar los accesos dolorosos por lo menos una semana. En un caso de *ejaculatio seminis præmatura*, que había producido gran depresión de ánimo, se obtuvo gran mejoría á los tres días de tratamiento (medio gramo *pro die* en tres veces). En dos individuos atormentados por persistentes y muy vivas ideas eróticas, de los que en uno estaba impedido todo trabajo mental y en otro se produjo gran insomnio y mucha pérdida de fuerzas, el uso de la adalina resultó muy beneficioso. En un caso de impotencia psíquica la adalina á los ocho días impidió la producción de excitación nerviosa y de las concomitantes inhibiciones que causaban la impotencia, logrando así la curación. En varios casos de onanismo, los individuos fueron capaces de resistir mejor su morbosa tendencia, tomando una ó dos tabletas de adalina (medio gramo) en los momentos de gran excitación sexual. La adalina demostró ser muy útil también en casos de prurito vaginal, de origen nervioso, en casos de polakiuria, como en casos de erección dolorosa de blenorragicos y contra los dolores osteóscopos de los sifilíticos.

VALDIVIESO

La eficacia de algunos antisépticos, en particular la tintura de yodo, Ch. Lenormant, (*La Presse Médical*, 13 de mayo de 1911).

Sabido es que desde el trabajo de Grossich en 1908, sobre la esterilización de la piel por la tintura de yodo, se ha difundido considerablemente el empleo de este antiséptico, que aplicado en un principio á la preparación del campo operatorio, no tardó en ser ampliamente utilizado en el tratamiento de las heridas de todas clases. Hoy no se discute ya respecto á esta cuestión, pues la observación diaria demuestra que, en la actualidad, es la tintura de yodo el medio más potente y más práctico de que podemos disponer,

para destruir los gérmenes en la superficie de la piel ó en las aufractuosidades de las heridas.

De acuerdo con la clínica están las investigaciones de laboratorio, sobre la eficacia de la desinfección por la tintura de yodo. Estos trabajos nos explican la razón principal de su poder antiséptico, que está en la facilidad de penetración en el seno de los tejidos. Este poder de penetración es debido por una parte al alcohol que disuelve la grasa encerrada siempre en los espacios capilares, y por otra al yodo mismo que se une químicamente á los ácidos grasos de la piel formando combinaciones muy rápidamente absorbibles. Precisamente por oponerse el lavado previo de la piel con agua jabonosa á esta penetración de la tintura de yodo, es por lo que la desinfección es más completa aplicándola directamente sin los habituales preparativos de limpieza.

Las experiencias de Walther y Touraine confirman este último hecho, demostrando que la esterilización de la piel era siempre obtenida de un modo satisfactorio y bastante duradero, cuando se hacía la aplicación sin lavado previo; en cambio era muy poco durable cuando antes se hacían lavados con jabón, alcohol y éter.

El estudio histológico de cortes de piel ha venido á demostrar de un modo visible que la penetración es mucho más profunda en el primer caso que en el segundo.

Duse ha practicado además, una serie de exámenes bacteriológicos de trozos de piel desinfectados por distintos procedimientos. Pequeños fragmentos cutáneos, comprendiendo todo el espesor de la piel hasta el tejido celular, eran cultivados en caldos. La proporción de casos encontrados estériles fué de 46 por 100 con el método de Führbringer (jabón, sublimado, alcohol); de 55 por 100 con la tintura de yodo pura; de 58 por 100 con la tintura después del lavado. Conviene hacer notar que si en 31 casos se obtuvieron cultivos positivos, sembrando pieles tratadas con la tintura de yodo sin lavado previo, sólo cuatro veces se trataba de especies patógenas (una vez estreptococo, tres estafilococo).

Seelig y Gould partiendo de la idea de que el poder bactericida de los antisépticos es tanto mayor cuanto más fácil es su difusión entre las mallas de los tejidos, han realizado experiencias con diversos antisépticos, estudiando de un modo comparativo los fenómenos osmóticos de cada uno de ellos. Estudiaron primeramente el poder de penetración al través de una membrana de *celoidina*. Para ello depositaban en una cápsula fabricada con esta sustancia, un cultivo microbiano (bacilo tífico, casi siempre); después la

cápsula era colocada, en contacto por su superficie externa, sobre la solución antiséptica en estudio, tomando cada diez minutos un poco del caldo para hacer siembras.

Las soluciones acuosas de la mayoría de los antisépticos han dado resultado negativo. Sólo el yodo disuelto en agua con yoduro potásico esteriliza los gérmenes al cabo de veinticinco minutos, comprobándose al mismo tiempo, por la reacción del almidón, que ha penetrado en la masa del cultivo.

Estudiaron después el poder osmótico y el bactericida del alcohol, que dió por resultado el demostrar que ambos estaban en razón directa de la concentración alcohólica. Por encima del 94 por 100 el contenido de las cápsulas era esterilizado en menos de diez minutos, siendo la acción más lenta y débil á medida que iba rebajándose la concentración. El alcohol de 50^{os} es de efecto nulo.

Por último estudiaron las soluciones alcohólicas de antisépticos para ver si aumentaba el poder bactericida, encontrándose con que no aportaban ninguna modificación, es decir, que el alcohol puro obra tan pronto y con tanta energía como estas soluciones antisépticas. Así se vió que la solución de Harrington compuesta de alcohol de 60^{os} ácido clorhídrico y sublimado, tarda tanto en destruir los microbios como un alcohol puro de 60^{os}. La única excepción de esta regla es la solución alcohólica de yodo. Esta tiene un poder esterilizante y de penetración mucho mayor que los alcoholes más fuertes; tanto que al cabo de tres ó cinco minutos, da el caldo contenido en la cápsula, la reacción del yodo libre por el almidón.

Para aproximarse más á la realidad imaginaron Seelig y Gould tallar un colgajo de piel ó mesenterio de un conejo, de manera que por su pedículo continuase unido al cuerpo del animal y de este modo siguiera nutriéndose y viviendo. Invertido este colgajo hacia afuera se le coloca cubriendo una cubeta que contiene la solución antiséptica, y deprimiéndole en forma de bolsa queda con su cara cutánea introducida en el líquido y la visceral, cóncava en la que se deposita el caldo del cultivo microbiano.

Los resultados de esta nueva serie de experiencias concuerdan casi por completo con los obtenidos por medio de la celoidina.

La tintura de yodo se ha mostrado más penetrante y más activa que los alcoholes de mayor concentración, al paso que los demás antisépticos, incluso el sublimado, ó no dializan ó tardan mucho en hacerlo (cuarenta y cinco minutos la solución de sublimado al 1 por 100).

Todos estos trabajos de laboratorio vienen á corroborar lo que ya la clínica ha enseñado; esto es, que la tintura de yodo es indiscutiblemente el más eficaz, podría decirse que el único eficaz, (con alcohol concentrado) de los antisépticos, y que acaso el motivo principal de su eficacia está en su gran poder de penetración osmótica.

M. G. CAMALEÑO

Tratamiento radical del hidrocele común (vaginalitis serosa idiopática) por medio de una inyección de ácido fénico puro liquidado en la cavidad vaginal, por el Dr. D. Luis del Portillo, (Revista Española de Dermatología y Sifiliografía, Junio 1911).

La técnica es muy sencilla. Previa asepsia de la región y del instrumental, se hace la punción del hidrocele por medio de un trócar delgado, hasta expulsar todo el líquido. Hecho esto, por el mismo trócar se introduce en la cavidad, ya virtual, de la vaginal unos ocho ó diez centímetros cúbicos de ácido fénico liquidado al calor (sin alcohol), á una temperatura de 38°, que en seguida se procura extraer lo más completamente posible por la misma cánula del trócar, por medio de suaves presiones y cambios de posición de todo el escroto, cuidando mucho de proteger éste para evitar las quemaduras que el fenol produciría en la piel si tocase en ella al evacuarse. Se retira después con rapidez el trócar; se comprime la picadura unos momentos para hacer hemostasia de la misma, y se coloca después sobre dicha picadura una capa de colodion elástico. Desechado éste, complétase la operación colocando una capa gruesa de algodón hidrófilo, envolviendo el testículo y un suspensorio. Es conveniente que el paciente guarde cama tres días y que lleve el suspensorio durante un mes.

La operación es completamente indolora; no hace falta, por tanto, ninguna clase de anestesia. La punción es casi indolora, por la rapidez con que se hace y por la pequeñez del trócar que se emplea. Al inyectar el ácido fénico, el paciente percibe de pronto una sensación de calor intenso, no dolorosa, que dura un cuarto de minuto escasamente, porque enseguida actúa el ácido fénico como anestésico local de las mucosas. El máximum de reacción consiguiente ó inflamación aséptica, tiene lugar á las ocho ó diez horas, y se soporta bien por los enfermos. Esta inflamación adhesiva es la que determina la curación radical.

Hace más de diez años que emplea este método con excelentes resultados. En 23 casos de hidrocele en que lo ha usado, no ha tenido el autor ninguna recidiva. Debe emplearse en todos los hidroceles puros, estando contraindicado en aquellos que son sintomáticos de tumores del testículo, en los que, el método, según su práctica, no da resultado tan brillante.

Este método, tal como fué propuesto por Levis (1), daba resultados desastrosos. Hoy, con la asepsia y con la modificación del autor de no dejar el ácido fénico en la vaginal, sino extraerlo lo mejor posible, los resultados son inmejorables.

Ha observado también que en todos los casos la integridad ulterior de la glándula y de sus envolturas es completa. En cambio, con el clásico procedimiento radical quirúrgico suelen quedar deformaciones del testículo, debidas, sin duda, á desigual retracción de la sutura que se hace después de reseca la vaginal sobrante. Igualmente, la conocida cura radical con la tintura de iodo, sobre ser dolorosísima, da lugar también á deformaciones ulteriores de la glándula, cuya génesis no ha podido explicar satisfactoriamente.

Por consiguiente, espero que este método de tratamiento radical del hidrocele, que hoy da á conocer con todo detalle el Dr. D. Luis del Portillo, ha de ser de gran utilidad á los médicos prácticos.

E. CUADRADO

Elefantiasis doble de los árabes, por el Dr. R. Gutiérrez Lee (2).
(*La Prensa Médica*, Habana 15 mayo 1911).

El caso que sometó á vuestra consideración es, á mi parecer, un notable ejemplar de lo que vale la perseverante asistencia é higienización de una paciente, que, desde la joven edad de 17 años, principió á sufrir procesos febriles de alta temperatura y manifestaciones locales de la pierna derecha de linfo adenitis y coloración roja á manera de una erisipela; siendo frecuentes las crisis sufridas en esa pierna, quedaban los tejidos dérmicos duros y aumentados en su textura.

(1) Levis.—*The treatment of hydrocele and serous cysts in general by the injection of carbolic acid.* (Boston med. ad surg. Journ., 8 Diciembre 1881, t. CV, pág. 540).

(2) Leído en la «Sociedad de Estudios Clínicos», el día 20 de abril de 1911.

Al contraer matrimonio se sucedió la familia; y, con las gestaciones repetidas, ambas piernas variablemente manifestaban las crisis febriles descriptas á intervalos anuales, semestrales, mensuales y hasta semanales.

Pasaron los años en situación desesperante; pero al llegar á la menopausia, los tejidos fibrosos é hipertrofiados se convirtieron en masas esclerósicas con signos de esclerosis y tubérculos correspondientes al dermis y tejidos subyacentes que caían sobre los pliegues de la articulación tibio tarsiana como masas carnosas que impedían los movimientos de la región.

Las innumerables ulceraciones y fisuras de ambas piernas, así como la supuración permanente y la secreción del fluido seroso que de los tejidos se desprendían, daban al ambiente la insoponible fetidez de tantas materias fermentadas y haciendo de la vida de la paciente un verdadero tormento.

Al tomar las medidas de ambas pantorrillas, medían 64 centímetros de circunferencia, y las úlceras correspondientes á las regiones externas de ambas piernas medían 15 y 17 y 15 y 20 de longitud y latitud respectivamente.

El resto de la pierna se completaba por innumerables fisuras y úlceras pequeñas, que segregaban grandes cantidades de pus al extremo de tener levantadas las piernas durante años enteros sin caminar ni descansar en la cama.

La fiebre, enervante, precedida de escalofríos y de hipertemia insufribles.

Profesores consultados, le aconsejaron la amputación de ambas piernas; pero ella no aceptó los consejos de la ciencia y prefirió morir con sus dos miembros.

En este estado accidentalmente me hice cargo de su asistencia, considerando á la paciente en un estado caquéctico, agotada y debilitada por los estadios febriles y la inmensa supuración.

Fué mi primera indicación hacer grandes lavados jabonosos en ambas piernas, utilizar la acción antiséptica de la creolina disuelta en agua para lavados oxigenados, ya diluídos, ya concentrada la solución.

Al interior, el uso del ácido arsenioso formulado en forma intensiva: ácido arsenioso, 5 centigramos; lactosa, 3 gr.; divídanse en 50 papeles á tomar un papelillo en cada comida y aumentar un papelillo más cada semana hasta llegar á 5 y 5 en cada comida. Es decir, un centígramo diario de ácido arsenioso.

El mejoramiento general y la tolerancia que manifestó durante

los primeros meses de usar 10 miligramos diarios fué muy notable, porque, renovado el apetito, asimilado lo ingerido y transformada la nutrición, la señora llegó á aumentar en muchas libras de peso y á sentirse verdaderamente rejuvenecida á pesar de sus 65 años, después de 15 años de completa tortura.

Una indicación más he llenado á la que atribuyo en gran parte el triunfo obtenido, porque desde el principio y en cada crisis que la paciente sufría le inyectaba una serie de ampulas de á 10 centigramos de nucleinato de sosa, el que hacía desaparecer la fiebre y, en una palabra, la crisis productora de la dermatitis fibrosa é hipertrófica; habiendo empleado más de 125 ampulas durante el período descripto.

He querido traer la paciente á vuestra vista para que, personalmente, os informéis de su estado pasado y de su estado actual, vereis las cicatrices inmensas, vereis la disminución de las circunferencias reducidas á 50 centímetros, observareis que las masas carnosas caídas sobre los pliegues articulares y esclerosados manifiestan ya una conformidad y una resistencia superior al tiempo pasado.

Quedan, en verdad, puntos y núcleos verdaderamente patológicos; pero el carácter de ellos y la tendencia cicatricial de las úlceras que en la actualidad vemos y la falta de crisis febriles alejadas por tanto tiempo nos inducen á creer que la curación se completará; pero que el resultado obtenido hasta el día es bastante importante para llamar vuestra atención.

La observación actual llegó á un extremo desesperante; tal vez casos en personas jóvenes y no llegadas á esa situación, el tratamiento que os propongo, y que he aplicado en ese único caso en mi práctica, dé mejores resultados.

Al contribuir con ese pequeño trabajo, cumplo el deber de presentarlo á la «Sociedad de Estudios Clínicos» y daros las gracias por la atención que me habeis dispensado.

OBSTETRICIA

El uso del pantopón en obstetricia, por Aulhorn (*Münch. med. Wochens*, núm. 12. 1911).

Para aliviar los dolores del parto ha empleado, primeramente en una decena de casos, inyecciones simples de pantopón (cuando más dos inyecciones de un centígramo cada una con intervalo

de una hora), pero los resultados en conjunto, fueron poco satisfactorios. Después, en una centena de casos, usó el pantopón asociado á pequeña cantidad de escopolamina; cuando los dolores comenzaban á ser muy intensos inyectaba 1 centígramo de pantopón y 3 diezmiligramos de escopolamina; después de media ó una hora inyectaba la misma cantidad de pantopón con 1, 2, 3 diezmiligramos de escopolamina; sólo en raros casos hizo una tercera inyección (de pantopón sólo: 1 centígramo). Los resultados obtenidos con este método fueron bastante favorables en el 65 por 100 de casos, no, sin embargo, en el sentido de abolir completamente los dolores del parto, puesto que los del período expulsivo no se mitigaban del todo; la ventaja consiste esencialmente en el hecho que, después de la segunda inyección, las contracciones uterinas, conservando su energía normal, se hacían muy poco dolorosas. Las inyecciones sólo se hicieron en casos que hacían esperar un parto normal. Para conseguir los resultados favorables es necesario que las inyecciones se hagan ni muy prematuramente ni demasiado tarde.

Un caso curioso de retención fetal, por el Dr. Juan Bravo (1).

(Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría. mayo 1911).

El autor cita el caso de una mujer que ingresó en su clínica del Hospital general en los primeros días de marzo del corriente año. De 32 años de edad, bien constituida, pero tan demacrada que la era imposible sostenerse sobre sus propios miembros.

Manifestó que bien menstruada desde muy joven y sin antecedentes genitales, se casó hace año y medio haciéndose embarazada, abortando á los seis meses sin causa conocida. Concibió de nuevo, llegando su embarazo á término en octubre último. Parto con presentación de nalgas.

«Cuenta la enferma que después de haber expulsado el tronco y las extremidades del feto, la salida de la cabeza tropezó con dificultades insuperables, que el compañero que la asistía acudió á todos los medios para conseguir su extracción y que, juzgando, sin duda, que ésta le resultaría más fácil después de separada del feto, acaso porque pensara aplicar en ella el forceps, ó el cefalo-

(1) Trabajo presentado al Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de Madrid.

tribo, ó algún instrumento semejante, es lo cierto que seccionó el cuello del feto y dejó la cabeza en el interior de la matriz.

No terminaron con esto ni los sufrimientos de la enferma ni las maniobras del tocólogo, pues aunque aquélla no sabe ya referir detalladamente lo que pasó, sí recuerda que al cabo de mucho tiempo, de consultas é intervenciones de otros médicos y de llegar por su parte al límite de la resistencia, la dijeron que la cabeza había podido ser extraída, pero que había quedado encerrada la placenta, sin que ya fuera posible su extracción.

Lo que siguió se comprende fácilmente, aunque la realidad fuera inferior á lo que pudiera esperarse; se encendió la fiebre, se inflamó el vientre, se presentaron dolores violentísimos y empezó á expulsar un flujo de aspecto purulento, abundantísimo, y de un olor nauseabundo, á pesar de todo lo cual la enferma no se murió, sino que con ligeras variaciones permaneció en este estado durante dos meses, al cabo de los cuales empezó á salir, mezclado con el flujo, el excremento por la vulva, aumentando en cantidad progresivamente, hasta salir todo él por la indicada vía, y la enferma llegó sin variación, pero en el estado que es de suponer, al mes de marzo de este año, en cuyos primeros días ingresó en mi clínica del Hospital general.

Su estado general era en aquel momento, como ya he dicho, de lo más precario, estenuada, esquelética, con fiebre continua, aunque no muy alta, y ese aspecto especial de los enfermos infectados crónicamente por cualquier camino, bastando acercarse á ella para percibir un olor nauseabundo de excremento y putrefacción.

Suponiendo que se trataría de una vulgar fistula recto-vaginal, procedimos á la exploración por el tacto vaginal para darnos cuenta de su tamaño, de la altura á que estuviera colocada y de la existencia ó ausencia de tejido cicatricial en la vagina, etc., y aunque la poca docilidad de la enferma y el dolor agudísimo que la exploración le ocasionaba no nos permitió efectuarla con la detención necesaria, desde luego pudimos apreciar que la vagina estaba íntegra, y sólo escoriada y exulcerada su mucosa por el contacto permanente con el excremento, pero sin ninguna perforación ni cicatriz que nos pudiera hacer diagnosticar una fistula recto-vaginal.

Como, por otra parte, la exploración era tan dolorosa, como ya he dicho, que arrancaba gritos agudísimos á la enferma, decidimos darla cloroformo y hacer bajo su acción una exploración completa. Con este recurso pudimos ver que efectivamente no existía

orificio fistuloso vaginal y que el excremento salía por un cuello de matriz pequeño, ulcerado, reblandecido y casi destruido, por cuanto no era otra cosa que un orificio colocado en el fondo de la vagina.

La palpación abdominal, hecha también bajo la acción del cloroformo, nos reveló la presencia de una tumoración dura, del tamaño de un puño, que se remontaba unos 8 centímetros por encima del pubis, bastante fija y de límites no muy claros, como difundidos, pero que la palpación, combinada con el tacto vaginal, demostraba que estaba formada por la matriz, anormalmente aumentada de volumen. No nos fué posible la histerometría.

Con estos datos de historia y de exploración, nuestro juicio fué el siguiente: Parto distócico, con maniobras prolongadas y difíciles, y empleo de instrumental, probablemente agresivo (gancho agudo ó romo), y retención de la placenta; es muy posible que el cuerpo de la matriz fuera herido, ó por lo menos contundido; se formaría alguna escara que, favorecida por el foco infectivo que en la matriz se formaría, por la putrefacción de la placenta, profundizaría lo necesario para que al desprenderse perforase el órgano; perforación que no trajo sus funestas consecuencias habituales porque, con anterioridad, la metro-peritonitis puerperal había pegado las asas intestinales á la matriz, y al abrirse ésta no cayó su contenido en la cavidad del peritoneo, sino en la cavidad de un intestino, y salvación de la enferma de este modo, pero establecimiento de una fistula entero-uterina, que era lo que esta enferma padecía.

Claro está que partíamos del dato de que la cabeza del feto fué extraída, y tampoco concebíamos que si esto no hubiera sucedido la enferma hubiera podido sobrevivir, y el considerable volumen del útero lo atribuíamos á una involución imperfecta, por una parte, y al aumento de tamaño que una inflamación crónica y séptica había de producir, por otra; teniendo los dolores agudos la explicación de esta misma inflamación, y de las adherencias intestinales y epiplóicas, cuyos estiramientos suelen ser muy dolorosos en afecciones iguales ó semejantes.

Con este diagnóstico y esta interpretación de los síntomas observados, la terapéutica tenía que ser forzosamente quirúrgica, y dentro de ella, con un plan que excluía todas las operaciones vaginales, toda vez que por esta vía no era posible alcanzar el orificio fistuloso, y aunque se hubiera alcanzado hubiera sido muy difícil de cerrar. En su virtud, pensamos que era necesario practicar

una laparatomía; buscar por el vientre el asa ó asas intestinales adheridas y perforadas, despegarlas de la matriz y restaurar las perforaciones, tanto del intestino como de la matriz, si era posible, y si no, hacer una enterectomía y enterorrafia por un lado, y una histerectomía por el otro, sin desconocer la extraordinaria gravedad de una intervención semejante, sobre todo en el grado de debilidad extrema de la enferma, y con cuyas energías contábamos, sin embargo, mucho, cuando había podido llegar viva hasta nosotros después de cinco meses de lucha titánica con la muerte.

Expuesta la situación y su gravedad á la enferma y á su familia, y resueltas ambas á poner término al martirologio de la primera, fué operada el día 11 de marzo bajo la anestesia clorofórmica.

Empecé haciendo laparotomía media subumbilical, y al penetrar en la cavidad peritoneal vimos, desde luego, que todo el gran epiplón se encontraba adherido á la cara anterior de la matriz, lo dividimos en dos pedículos que ligamos y cortamos, y separamos hacia arriba esta primera dificultad. Tocando entonces la matriz, pudimos apreciar que contenía algo de una extremada dureza, y vimos que pegados á su fondo, y unidas entre sí en confuso montón, se encontraba un gran número de asas intestinales delgadas y gruesas. Cuando suavemente exploramos estas asas para darnos cuenta de la disposición en que estaban, percibimos un escape de gases fétidos, indicador de que se había hecho una perforación, y, en efecto, entre la cara anterior de la matriz y un asa delgada, vimos una perforación, por donde salía el pico agudo y cortante de un hueso. Rápidamente cortamos con dos pinzas elásticas la corriente intestinal del asa perforada, protegimos con compresas de gasa el campo operatorio, y con el dedo continuamos despegando el intestino de la matriz, poniendo al tiempo que lo hacíamos al descubierto un hueso plano de la cabeza del feto que nos dijeron extraída. Vimos entonces que otro intestino estaba también formando parte de la cavidad que contenía el hueso, y éste era el ciego pegado por todo su fondo á la matriz y abierto en dos valvas; cortamos con una pinza la unión del ciego y el colon ascendente, y lo despegamos también, saliendo entonces, no ya un solo hueso, sino cinco, todos los de la bóveda del cráneo (dos mitades del frontal, dos parietales y el occipital), mezclados á una pulpa repugnante compuesta de excremento, pus y detritus de todas clases.

Limpiamos bien, y entonces pudimos ver que la matriz estaba completamente abierta por su fondo, de trompa á trompa, en dos

mitades, y que por tanto los huesos estaban contenidos en una cavidad formada por las dos mitades de la matriz, como pared anterior y posterior, y por un techo que formaba el ciego abierto por su fondo y un asa intestinal del ileon, pegada al ciego y á la matriz, y á su vez abierta en una extensión al menos de 6 á 8 centímetros.

Procedimos á la restauración, suturamos el fondo del ciego, suturamos el asa delgada en forma romboidal para evitar estrechamientos y restauramos también la matriz suturando su fondo, y dejando un desagüe de gasa por la vagina y otro por el abdomen, y, por último, suturamos en tres planos la herida de la pared abdominal.

La operación, á pesar de su laboriosidad se hizo en una hora escasa, y aunque procuramos evitar por todos los medios la infección peritoneal, era tan difícil conseguirlo por la multiplicidad de focos infectantes y de maniobras necesarias para llegar al fin, que la serosa, sin duda, se infectó, y si á fuerza de suero, cafeína y aceite alcanforado, conseguimos prolongar la vida de esta enferma cuarenta y ocho horas, no logramos en cambio, impedir el fin funesto, muriendo la paciente en el indicado tiempo».

De este hecho deduce el autor la cantidad extraordinaria de defensas orgánicas puesta en juego por el organismo, para defenderse de causas de infección tan poderosas y poder sobrevivir á ellas cinco meses; y la conveniencia de que los encargados de la enseñanza de la Obstetricia enseñen á sus discípulos lo indispensable en estos casos de recurrir á todos los medios, incluso á la cesárea vaginal ó abdominal, antes de dejar á los esfuerzos de la naturaleza la resolución de estas situaciones. No deduce, y es lástima, la contraindicación de la laparotomía en casos como el que operó, á pesar de ser la conclusión más práctica de su trabajo.

Teoría mamaria acerca del veneno de la eclampsia, por Hugo Sellheim. (*Zentralb. f. Gyn.*, 1910, núm. 50).

Considera Sellheim que el veneno productor de la eclampsia se elabora en la mama y no en la placenta. Habla en contra del origen placentario el hecho de presentarse la eclampsia en la última etapa del embarazo ó después del parto, no cuando la placenta comienza á funcionar, sino cuando lo hacen las mamas ó cuando se aumenta la función de éstas. En las mamas pueden producirse muchos cuerpos antagónicos, y la eclampsia puede ser originada

por la supresión de algunos de éstos, razón por la que se debe ensayar en esta complicación el «extracto de glándula mamaria». Funda el autor su teoría en dos casos observados, en los que los ataques comenzaron después del parto: el primero se curó después de inyectar en la mama una solución de ioduro potásico, y el segundo extirpando todo el tejido mamario. Considera Sellheim la enucleación de todo el tejido mamario menos grave que la decapsulación del riñón, y, á la vez, más eficaz.

P. ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

Irido-coroiditis consecutiva á la gastro-enteritis de los niños, por Villard. (*Soc. franc. d' ophthalm.*, mayo 1911).

Presenta el autor dos casos idénticos que ha observado en dos niños, uno de cuatro meses y el otro de tres años. En el curso de una gastro-enteritis muy grave, aparecieron las perturbaciones oculares que por su poca intensidad pasaron casi desapercibidas. Contra lo esperado, curaron las gastro-enteritis y solamente entonces notaron los padres algo anormal por parte de los ojos. Consultado el autor en este momento, diagnosticó una irido-ciclitis plástica en vías de extinción que, en los dos casos, produjo la pérdida de la visión del lado atacado.

Estos dos casos son interesantes por ser una curiosidad desde el punto de vista etiológico; el autor no ha encontrado casos parecidos en la literatura oftalmológica. A la lista ya conocida, de las afecciones susceptibles de producir una inflamación del tractus uveal, habrá que añadir la gastro-enteritis de los niños. Patogénicamente, hace notar el Dr. Villard que esta irido-coroiditis, es claramente consecutiva á la gastro enteritis y no á una infección secundaria. Según él esta inflamación ocular ha sido provocada, no por una embolia microbiana, que hubiera producido reacciones más violentas, sino por la acción inflamatoria de las toxinas segregadas por la flora microbiana tan abundante y variada que se ha encontrado en el intestino de los niños atacados de gastro-enteritis aguda. Habrá pasado en estos dos casos de irido-coroiditis, algo análogo á lo que ocurre en las meningitis que sobrevienen en el curso de las gastro-enteritis y que son casi siempre amicrobianas, como lo demuestra el examen del líquido céfalo-raquídeo extraído por punción lumbar.

Coroiditis diseminada de origen genital, por Chevallereau. (*Soc. franc. d' ophthalm.*, mayo 1911).

Refiere el autor las observaciones de cuatro enfermas, de las cuales, tres sobre todo han sido estudiadas durante años y que, entre otros fenómenos oculares, han presentado una coroiditis exudativa diseminada en un solo ojo, provocada por alteraciones de la menstruación. Las lesiones oftalmoscópicas y la agudeza visual han seguido oscilaciones paralelas á las del estado general y la etiología no parece ofrecer duda alguna.

En cuanto á la patogenia de estos accidentes, el autor, basándose sobre diversas experiencias que demuestran la toxicidad de los cuerpos amarillos en ciertas circunstancias, la atribuye á una verdadera intoxicación causada por la entrada brusca, en el torrente circulatorio, de los productos de los cuerpos amarillos, en un organismo no habituado ó poco resistente.

Tuberculosis del nervio óptico, por Reye. (*Münch. med. Wochens.* junio 1911).

Dada la frecuencia de la meningitis tuberculosa, parecía que la tuberculosis de los nervios ópticos no debiera ser rara; sin embargo Reye no ha encontrado más que cuatro observaciones de tuberculosis de la porción intra-craneana de los nervios ópticos. Publica un nuevo caso de un niño de 22 meses, muerto de meningitis tuberculosa.

Todo el quiasma y la porción intra-craneana del nervio óptico izquierdo, se habían convertido en una masa caseosa, en tanto que el nervio óptico derecho no estaba afectado más que en las inmediaciones del quiasma. Había además tubérculos conglomerados en el cerebelo y en los dos hemisferios cerebrales.

Etiología y pronóstico de la neuritis retro-bulbar aguda, por Lindenmeyer. (*Münch. med. Wochens.*, abril 1911).

Lindenmeyer describe 18 casos de neuritis retrobulbar aguda. En cinco no pudo encontrar la causa, tres casos fueron debidos á la sífilis y curaron. En dos casos había infección ó intoxicación. Una vez influenza y otra vez quemadura muy intensa de los dos brazos

y de la cara. Cinco veces apareció la neuritis como síntomas de la esclerosis en placas, cuyas manifestaciones generales tardaron en presentarse dos ó tres años. La neuritis fué siempre unilateral y la curación total. Por último, en tres casos la neuritis fué producida por una enfermedad del etmoides ó del esfenoides. En estos casos es también benigno el pronóstico, si la afección de los senos es operada á tiempo.

PABLO ALVARADO

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Tratamiento del catarro naso-faríngeo crónico, (*Le Larynx*, número 6, 1910).

El catarro naso-faríngeo lo mismo es una entidad morbosa que una reacción local de la mucosa por diversas influencias patógenas.

La exposición á la intemperie, la atrofia ó hipertrofia de la mucosa nasal, todas las lesiones de las fosas nasales pueden determinar y entretener el catarro naso-faríngeo, que puede ser igualmente la resultante de una supuración del seno esfenoidal, de la cueva de Higmore ó de las células etmoidales; es natural que los síntomas objetivos sean variables y que la terapéutica sea distinta según la variedad clínica de la afección.

Tratamiento general: será sobre todo profiláctico. Bajo el punto de vista terapéutico varía según sea la forma seca ó húmeda.

Tratamiento local: Hacer desaparecer todas las lesiones nasales ó anesiales y recurrir enseguida según los casos: 1.º al baño nasal; 2.º irrigación retro-nasal; 3.º fumigaciones; 4.º pulverizaciones; 5.º toques medicamentosos; 6.º masaje vibratorio.

En las formas secas el tratamiento da muy poco resultado. Por el contrario en las formas hipertróficas, cuando existe un estado granuloso de la mucosa del naso-faríngeo, las cauterizaciones con los cáusticos ó el gálvano, dan excelentes resultados. La resección de la mucosa hipertrofiada y la ablación de la amígdala de Suschka. Tal es la terapéutica por excelencia que casi siempre da resultados definitivos.

Espejo laríngeo y enfermedades nerviosas, por el profesor Gerber de Kœnigsberg, (*Beiträge fur Physiologie med. Pathologie*, 1910).

El autor cita dos casos de los cuales el examen laringoscópico pone en la pista de una afección del sistema nervioso central. Un caso con paresia de los dos dilatadores de la laringe y paresia de los músculos de la glotis, fué el primer signo de una tabes que se desarrolló más tarde. En otro caso se encontró paresia de los crico-aritenoideos; más tarde se desenvuelve igualmente una ataxia locomotriz progresiva. Un tercer enfermo sifilítico, presenta; la epiglotis caída, la base hacia la derecha, el borde libre hacia la izquierda. La mitad derecha de la laringe está inmovilizada tanto á la respiración como en la fonación. Otros síntomas; desviación hacia la derecha de la punta de la lengua, caída del pilar derecho; signos oculares y eléctricos hacen fijar el diagnóstico del territorio y no de los nervios: (recurrente, espinal, hipogloso y motor ocular-externo). Los síntomas laríngeos habían sido los primeros que se presentaron. En fin un caso de histerismo en un caso de tuberculosis con la laringe normal provocado por creerse tísico laríngeo.

Los anteriores ejemplos ponen de relieve la importancia del laringoscopio en el dominio de la laringología.

Tratamiento del cáncer laríngeo por los rayos X, por P. Vinso-radoff (*Journal mensuel des maladies de oilles, de la gorge y du nez*, núm. 11).

Con motivo de tres casos personales, el autor estudia el método operatorio y hace el análisis de las observaciones que ha encontrado en la literatura sobre este punto. De este estudio saca la conclusión de que en el caso que es posible hacer la ablación del tumor maligno de la laringe, se debe operar y después antes de cicatrizar la herida operatoria es útil hacer más sesiones de rayos Röntgen para evitar las recidivas. En el caso que el tumor sea inoperable, se debe someter el tumor á los rayos X para hacer disminuir el tumor; la vida del enfermo se prolonga y algunas veces se ha obtenido la curación como en el caso de Scheppegrell y en otro personal.

Es un procedimiento de gran porvenir, sobre todo cuando el instrumental esté más perfeccionado.

PARASITOLÓGIA

Un nuevo hongo patógeno para el hombre, Matruchot (*C. R. de la Ac. des Sc.*, feb. 1911, tomo CLII).

Este hongo ha sido aislado de un cáncer verrucoso de inoculación de dos manos y de los codos con linfagitis ascendente gomosa de los dos brazos. Se le ha denominado *Martigocladium Blochii* y es un Ascomiceto de la familia de las Hipocráceas, conocido bajo forma de conidio y de estroma de numerosas pseudo peritecas conidias.

Es el primer hongo de esta familia que se indica como parásito del hombre y de los vertebrados.

DOMENECH

UROLOGIA

Retención completa de orina en el curso de una cistitis ulcerosa en la mujer, por los doctores Georges Gross y Henlly. (*Annales des maladies des organes genito-urinaires*, n.º 9).

La retención de orina es un síntoma anormal en el curso de la cistitis, entendiendo, claro es, estas retenciones independientes por completo de un obstáculo uretral, siendo, sin embargo, conocidas desde hace mucho tiempo, puesto que Cidiale y Chopar la habían observado.

No hay que pensar que la vejiga inflamada, más sensible, adquiriera más energía, contrayéndose, por lo tanto, con más fuerza que en el estado sano, todo lo contrario, se hace impotente, cesando de obrar hasta que la flogosis de sus paredes desaparezca.

La retención de orina aguda, había adquirido derecho á ser citada entre las complicaciones de la cistitis, cuanto á las teorías patógenas corrientes (espasmo de la uretra, inflamación de la próstata, contractura del esfínter, tetania uretral de Mauriac), Bazy añade en 1834, la noción de la parálisis del músculo vesical, consecutiva á la inflamación de la mucosa, creando de este modo, las retenciones sin obstáculo mecánico. El luminoso informe presentado al Congreso de Urología de París en 1908 por Albarrán y Nogués, aclara esta cuestión definitivamente.

El grupo de retenciones dependiendo únicamente de lesiones vesicales, fué subdividido: en retenciones asépticas, debidas á una

degeneración de las paredes del órgano, y en retenciones sépticas, producidas por cistitis. Es entre las retenciones sépticas donde debe incluirse el caso que los autores citan cuya observación extractada es la que sigue:

H. K., 68 años, entró en el servicio de M. Gross de Nancy el 26 de enero de 1911; no había orinado desde la última visita de su médico, que se vió obligado á sondarle. A la entrada de la enferma en el Hospital, la retención existe desde hace 20 horas, el globo vesical rebasa el pubis cuatro traveses de dedo, la palpación excesivamente dolorosa; la introducción de una sonda Nelaton número 18 es fácil, dando salida á 1200 gramos de orina, roja y concentrada, conteniendo coágulos sanguíneos que obstruyen varias veces la sonda, formando rápidamente un depósito constituido por pus y sangre.

Hacía algunas semanas que tenía frecuentes deseos de orinar, siendo la micción dolorosa y conteniendo la orina pus y sangre; la víspera del ingreso de nuestra enferma la retención completa se estableció, hasta la visita del Médico de cabecera, quien la evacuó la vejiga; su estado general precario, con lengua seca y fiebre; un dolor agudo, imposibilita la palpación de la región hipogástrica, el cual se extiende hasta los riñones y recto; el tacto rectal negativo, el vaginal hace notar por delante de la matriz, una masa dura, acartonada, del tamaño de una mandarina y que parece ser la vejiga; el útero es pequeño y móvil, los fondos laterales libres; la existencia de una neoplasia vesical no parece probable. El examen de otros aparatos, descubre la existencia de una tuberculosis cavitaria del lóbulo superior del pulmón izquierdo; los reflejos, sensibilidad y motilidad de los miembros inferiores, normales.

En los siguientes días, la retención completa persiste, sin expulsar espontáneamente una gota de orina; tres veces al día la vejiga es evacuada por cateterismo, habiéndose visto obligados á prescindir de todo tratamiento tópico local por los insoportables sufrimientos que producía, y de toda exploración citoscópica, por lo cual un tratamiento médico fué instituido. Las orinas siguieron conteniendo sangre y pus en abundancia, el estado general debilitándose, la lengua seca, embotándose el sensorio, hasta el 1.º de febrero que sucumbe la enferma, después de haber orinado espontáneamente en la cama.

La autopsia permitió comprobar la existencia de una tuberculosis pulmonar en evolución, la vejiga muy dura, leñosa, sin existir neoplasia; hendida sagitalmente, el espesor de su pared es tres

veces mayor que de una vejiga contraída sana, del mismo volumen; la superficie de la mucosa vexical aparece con una coloración obscura violácea y un verdadero semillero de vexículas purulentas; la uretra no presenta ninguna lesión patológica. La existencia de una tuberculosis pulmonar, nos hizo pensar en una cistitis tuberculosa, mas del examen macro y microscópico del aparato urinario, eliminamos tal suposición; se trataba exclusivamente de una cistitis ulcerosa, con caída total del epitelio, dilatación vascular muy intensa, é infiltración leucocitaria. La capa muscular, como todas las de la vejiga, más que espesadas, están hipertrofiadas, siendo la hipertrofia más aparente que real, ya que es debida á una esclerosis intersticial. El aumento de espesor es pues inflamatorio.

En resumen, existía en esta enferma una cistitis con algunas semanas de fecha, cuando apareció bruscamente la retención que se mantuvo durante 15 días, sin que se pudiera invocar un obstáculo mecánico ó de otro orden. Esta observación interesante bajo el punto de vista del sexo, de la variedad de retención (retención completa), de la falta de micción por regurgitamiento, es por último, demostrativa en lo que concierne á la falta de obstáculo mecánico. Porque si la cistitis con retención, se encuentra con frecuencia en el hombre, en el cual independientemente de un obstáculo real prostático ó uretral, puede ser debida á un reflejo partido de una próstata congestionada ó de una cicatriz del canal, estas condiciones anatómicas que favorecen la retención faltan en la mujer, por cuya razón la mayor parte de las observaciones de esta curiosa complicación pertenecen al sexo masculino y en la tesis que Barhin ha consagrado á la retención de orina en la mujer, no hay ninguno semejante al nuestro.

De las investigaciones llevadas á cabo por Desnos sobre las mujeres de la Salpetriere, resulta que sobre 100 mujeres de más de 65 años, en 5 se encuentra una retención incompleta sin cistocele ni cistitis; esta proporción elevada de 1 por 20, vendría á demostrar que la retención incompleta es más frecuente de lo que ordinariamente se cree, por lo menos en las mujeres de avanzada edad, en las cuales esta satisfacción incompleta de la necesidad de orinar, viene á completar el cuadro clínico descrito por Cheralier bajo el nombre de prostatismo vexical.

La retención completa está lejos de tener esta frecuencia; de una manera general la retención séptica completa por cistitis, ha sido observada raramente en el hombre; Condamy en su tesis

inspirada por Bazy, no señala más que 5 observaciones, entre las cuales dos enfermos tenían una estrechez ancha, quedando solamente 3 observaciones en las cuales se pudiera eliminar todo obstáculo mecánico y perteneciendo todas al sexo masculino. Más frecuente es la retención incompleta en el curso de las cistitis, siendo un hecho bien conocido en las clínicas de estos enfermos, y Albarrán ha tenido el cuidado de hacerlo constar en su informe, apesar de no haber podido reunir más de 10 casos publicados. Las 3 observaciones de Cealie y Strominger, han aumentado esta lista, y precisamente una de estas tres enfermas, una niña de 5 años atacada de cistitis colibacilar con una retención incompleta habitual de 500 gramos, presenta repetidas veces, retención completa aguda, pero pasajera. En lo que concierne á nuestra enferma admitida en el hospital en plena retención, sin haber sido tratada por ningún médico hasta la víspera de su ingreso, no podemos saber si antes existía una retención incompleta, y por tanto afirmar, si se trataba de una retención completa desde el principio, ó de una incompleta bruscamente completada.

Lo más frecuente en la mujer cuando la retención es completa, es que la micción por regurgitamiento se establezca, siendo debido á la poca importancia del aparato esfinteriano en este sexo; en el caso presente faltó dicha micción dejándose dilatar sin resistencia la vejiga aun produciendo sufrimientos, para constituir así un ejemplo claro de disociación entre la sensibilidad y contractibilidad. Señalado ya por Albarrán, este fenómeno ha sido observado fuera de la retención incompleta, siendo demostrativo el caso señalado de Strominger, en el que con un residuo de 500 gramos habitual, no podía tolerar por inyección después de vaciada la vejiga, más de 80 gramos de líquido, produciendo una imperiosa necesidad de orinar, sin contracción vexical, permaneciendo inerte la vejiga, existiendo casos en que se dejaría distender hasta producir su rotura.

Habitualmente no son las cistitis banales, las que se acompañan de retención completa, este carácter pertenece más bien á las cistitis tuberculosas, en las cuales la destrucción de las tunicas mucosa, submucosa y alguna vez la muscular no deja, según la expresión de Albarrán, más que una capa fibrosa, rígida, inerte, incapaz de toda contracción. Tampoco es raro que en el curso de una neoplasia vexical, la cistitis intervenga como factor de retención, hecho sobre el cual en otro tiempo, llamó Guyón la atención.

La cistitis que nosotros hemos observado, es una cistitis ulcerosa muy pronunciada con destrucción epitelial, siendo sin duda la causa de la retención, la intensidad anormal de esta cistitis. Sin querer recordar la teoría de Civial, es fácil comprender, que la inhibición de la contracción vexical es más intensa cuando las lesiones son más acusadas. Por otra parte el examen histológico ha demostrado la existencia de una musculosa más espesada que normalmente y apenas invadida por la esclerosis intersticial que ha modificado completamente la submucosa; esta particularidad permite afirmar categóricamente, que no estamos en presencia de un caso de parálisis idiopática de la vejiga, que no se trata de una vejiga senil, tal la han descrito Guyón y Lannois, caracterizada por la degeneración esclerosa de las fibras musculares y de cuyo tipo, presentaba Casper el año último un caso á la Sociedad de Medicina de Berlín.

Esta observación de retención sin obstáculo, en una mujer atacada de cistitis es particularmente demostrativa todavía, en razón de la independencia de los órganos genitales y urinarios; en ella ninguna duda es posible por no ser la uretra asiento de estrechamiento, cálculo ó espasmo; en el hombre al contrario, cuando es atacado de retención en el curso de una cistitis, la cosa no es sorprendente, ya que existen obstáculos en los cuales hay que pensar, y sobre los que se piensa demasiado pronto; se achaca casi siempre la causa á fenómenos de congestión ó inflamación prostática contentándose para afirmar tal diagnóstico por la existencia de una prostata un poco dolorosa ó hinchada, sin comprobar de un modo cierto, si hay tal obstáculo; si nada anormal existe de ese lado, á fenómenos congestivos del cuerpo esponjoso ó al nivel de una estrechez uretral, se achaca la retención, causas bien problemáticas según las demostraciones de Wassermann y Hallé.

Estos obstáculos pueden existir, más no es forzoso encontrarlos; hay que pensar también en la inflamación de la mucosa vexical y en los fenómenos de inhibición que ella provoca; hace falta en una palabra acordarse del aforismo de Guyón «se orina con la vejiga más que con la uretra».

Curación espontánea de la pielitis aguda, por el Dr. Echambard.

(Annales des maladies des organes genito-urinaires, núm. 10).

Difícil es apreciar con seguridad, el papel que ha podido jugar la medicación administrada, en la curación de una enfermedad

aguda, de marcha cíclica, con tendencia natural á curar; tal curación es espontánea ó debida al tratamiento instituido ¿si esta terapéutica ha sido variada (lo que es el caso habitual) á cuál de los elementos hay que atribuir la curación? Estas nociones no tienen importancia cuando se trata de la pulmonía ó erisipela, de las cuales conocemos perfectamente su ciclo evolutivo; la pielitis aguda coexistente ó fuera del embarazo, nos coloca en presencia de las mismas dificultades, cuando se trata de apreciar el valor de un agente terapéutico.

La vacuno-terapia colibacilar ha sido presentada á la Sociedad de Cirugía el 9 de junio de 1910 por Tuffier, como un método capaz de hacer desaparecer rápidamente los accidentes agudos y la temperatura. Sin discutir el valor general de la vacuno-terapia colibacilar y sin negar su valor sobre la pielonefritis, hemos pensado interesante demostrar una vez más, que los síntomas agudos y la temperatura, desaparecen seguidamente, espontáneamente, ó poniendo en práctica los medios usuales, hechos bien conocidos de todos.

M. Bazy ha insistido desde hace mucho tiempo y ha publicado numerosos casos en la tesis Juy; y en la Sociedad de Cirugía contestando á Tuffier, ha referido una observación en la que, si se hubiera empleado la vacuno-terapia, sería tan concluyente como la de dicho autor.

La observación que nosotros publicamos, presenta el interés de haber pensado someterla á dicho tratamiento, lo cual si hubiera sido hecho, la consideraríamos en rápida mejoría, como lo prueba la curva térmica, al empleo del nuevo método.

La observación reasumida es como sigue:

Marie S., 31 años, entra en el Hospital Beaujon en la Clínica de Bazy, quejándose de un vivo dolor en la región lumbar derecha, de malestar y fiebre. Los antecedentes patológicos se reducen á una fuerte angina hace 4 años. Durante los ocho días precedentes á los accidentes agudos, malestar, fatiga y anorexia, ignorando si hubo temperatura; el 30 de octubre de 1910, comienzo brusco por una crisis dolorosa en la región lumbar derecha; dolor continuo y violento, con exacerbaciones paroxísticas é irradiaciones á todo el flanco y fosa iliaca derecha: vómitos alimenticios, que se hicieron luego biliosos y temperatura de 40.º; este estado duró sin mejoría ninguna hasta el 4 de noviembre que ingresó en el hospital.

En este día, el estado general bastante alterado, facies pálida y muy fatigada; pulso débil y rápido, temperatura 39.º 8; la palpación

del abdomen no es dolorosa, no sintiendo dolor al nivel de los anejos, del apéndice, de la vexícula, ni defensa muscular. La palpación de la fosa lumbar derecha, en el punto que la enferma indica como sitio del dolor, acusa una viva sensibilidad y cierto grado de empastamiento, sin poder sentir francamente el riñón. El tacto vaginal no percibe nada del lado de los genitales y vejiga urinaria; el ureter derecho está engrosado, rodando sobre el dedo, y doloroso; nada en el izquierdo.

El examen de las orinas, que están muy turbias y con abundante depósito en el fondo de la copa, acusa 2 gramos de albúmina, con abundantes leucocitos alterados (pus) y numerosos colibacilos, sin elementos sanguíneos; el cultivo sobre agua peptonada y gelosa, confirmó la existencia de tal agente.

Durante dos días, el estado fué estacionario; el 6 de noviembre por la tarde 40.° 4 de temperatura para descender después rápidamente, llegando el día 10 por la mañana á tener 36.° 8, permaneciendo después en 37.° con un estado general bueno y con modificaciones de la orina rápidas, aclarándose pronto y desapareciendo la albúmina y los leucocitos, cada vez menos numerosos, y los colibacilos desaparecidos casi por completo; después se produjo una descamación epitelial del tramo urinario, y la enferma abandona el hospital el 19 de noviembre completamente bien.

El tratamiento empleado no pudo ser más simple; durante el período agudo reposo en cama, ventosas secas en la región lumbar, aplicaciones húmedas calientes, diuréticos, leche y tisana; después de la defervescencia, urotropina á la dosis de 1,50 por día.

Si se hubiera empleado la vacuno-terapia, se habría comprobado el colibacilo el día 5, haciendo la inyección el día 6 con elevación de la temperatura por la tarde, hasta 40.° 4, indicio de reacción favorable; al día siguiente defervescencia completada en tres días.

El caso sería de los más demostrativos y publicado como un éxito de la vacuno-terapia; por estas razones hay que guardar muchas reservas cuando se trata de apreciar el valor de un método terapéutico.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFIA

Misión social de la Medicina y del médico, Discurso leído en el Ateneo Barcelonés, el día 4 de mayo de 1911, por el Dr. Rodríguez Méndez.

Es el ilustre profesor Rodríguez Méndez un verdadero *maestro* que no se contenta con difundir, con el innegable talento de todos reconocido, la mucha ciencia que su vasta erudición, asesorada por un sólido y claro criterio y una larga experiencia personal, le han hecho adquirir. Aspira á más. Pretende que todos los médicos sean, antes que hábiles en la práctica profesional, hombres que informen su conducta en la moral más estrecha y se atengan estrictamente á los severos preceptos de la Deontología médica.

Y como indudablemente se ha convencido de que esta aspiración es por desgracia irrealizable por ahora, se vislumbra al través de la gran bondad que impregna todos los períodos de su hermosa conferencia, un fondo de amargura, que viene á ser como el poso ó sedimento que en él han ido dejando el tiempo y los desengaños.

Las insanas ambiciones personales; el mercantilismo y la farsa en el sagrado ejercicio de nuestra profesión; los odios y envidias que á los médicos dividen; la forma brutal é indigna de luchar por la existencia, le sugieren amargas reflexiones y le hacen lanzar sentidas quejas é indignados reproches.

Antes que *medendi peritus* es preciso ser *vir bonus*, y esta frase puede decirse que es la esencia, la moraleja del discurso.

Pero en medio de irremediables pesimismo revela gran confianza en la misión social de la medicina, cuyo importantísimo papel hace resaltar.

•Es cierto, dice, que hoy se mueren las gentes como en tiempos de Hipócrates y Galeno; pero lo es también que la morbosidad y mortalidad son menores que en aquellos pasados tiempos, allí en

donde la Medicina, en su más lata acepción, ha sido la directora. Hay enfermedades extinguidas, otras han sido atenuadas, las más temibles son vencidas, las epidemias no son tan horrorosas; para cada dolor, hay un remedio; para cada pena un consuelo..... El no ser omnipotente no es ser inútil ni erróneo.....

La Medicina tiene una gran misión social, que va realizando con tanto trabajo como persistencia, que el camino está interceptado por la ignorancia y por la maldad de los hombres».

Las preocupaciones principales del autor respecto á la misión social del médico, á lo que éste debe ser pública y privadamente, lo revelan bien á las claras los siguientes párrafos que no quiero dejar de copiar.

Refiriéndose al alumno de nuestras facultades dice..... «quizás venga con el propósito de hacerse rico, fascinado por la apariencia de los médicos que van en coche. El espíritu utilitario de la época tuerce las mejores intenciones. Lo que importa es ser rico á toda costa».....

«De nuestras Universidades salen titulares, no siempre hombres ni ciudadanos. Es preciso que se inculquen y refuercen los sentimientos del deber, de la bondad, del heroísmo, si es preciso, por una parte; de la abnegación, de la responsabilidad, por otra».....

«Médicos honrados, médicos instruidos, los hay en abundancia, pero no es ciertamente la confraternidad, la más relevante de nuestras cualidades. De años data la justificada frase *invidia medicorum pesima*..... En vez de ser indulgentes, afables, cariñosos con los colegas; en vez de ir en apretado haz á un común esfuerzo; en vez de dispensarnos mutuamente la distinción y aprecio que exigen las personas bien nacidas; en vez de mirar como propias de la clase las satisfacciones y triunfos individuales, se emplea el tiempo que al estudio debiera dedicarse, en roer reputaciones, en exagerar pequeños defectos, en inventar hechos ofensivos, en cultivar la injuria y la calumnia.....

.....Y á fe que conducta tan reprochable, lo mismo es demostrativa de una falta de educación..... que de la pérdida del instinto de conservación, pues las gentes se percatan de los disentimientos y diatribas, de lo cual no resulta bien librada la clase médica ni es acreedora al respeto que debiera».

«El médico es enemigo de sí propio y de sus colegas por exagerado exhibicionismo, por llevar á la prensa política asuntos puramente médicos, por certificar sin limitaciones sobre la multitud de productos que no conoce ni emplea, por holgazanería».....

«El remedio á estos males está en aumentar el nivel moral é intelectual de los médicos, en dirigir al alumno desde el primer día hacia levantados ideales severa é inflexiblemente y en no dar motivo alguno para que un nuevo Molière diga que el arte médico es un oficio explotado gracias á la credulidad humana, pues si la mayoría nos dedicamos á esta carrera para subsistir, hemos de hacer compatibles, no enemigas, la utilidad y la moralidad».

Aunque no cueste gran rubor el confesarlo, no podemos desconocer que las líneas anteriores encierran verdades muy amargas. Por muy duros que sean los tiempos actuales, por ruda que sea la competencia entre los médicos, no tiene justificación el desbordamiento de malas pasiones y de odios que suelen enconar y envenenar sus relaciones personales, cegándoles hasta el punto de desconocer ú olvidar lo práctico y útil del viejo aforismo «la unión hace la fuerza». Esta falta de cohesión y de unidad de miras es suicida para la clase y el suicidio de una colectividad es siempre debido á la locura ó á la ignorancia de sus individuos.

Qui potes capere capiat.

M. G. CAMALEÑO

CASOS Y CONSULTAS

Tratamiento y profilaxis de la coqueluche.

Un compañero que ejerce en esta región nos hace la siguiente pregunta:

»Habiéndose iniciado en el pueblo donde ejerzo, una epidemia de tos ferina, deseo me digan en su REVISTA, el tratamiento más eficaz en la coqueluche sin complicaciones y los medios para evitar la propagación de la epidemia».

La contestación á tan extensa pregunta exigiría, de hacerla con algún detenimiento, un espacio en esta REVISTA del que seguramente no podría disponer.

En líneas generales y concisamente señalaré algunos puntos de vista.

Tratamiento específico contra la tos ferina no lo hay: por eso son tantas las docenas de remedios que se preconizan para combatir esta enfermedad. Cada autor tiene su opinión particular y sus afecciones terapéuticas. Por mi parte sólo me atrevo á señalar, que la primacía en la terapéutica de la tos ferina, corresponde, según mi parecer, á la higiene. Ventilación, condiciones de temperatura favorable en la casa, procedimiento de las dos habitaciones (una para el día, ventilada por la noche y otra para la noche, ventilada por el día), aire libre, limpieza de boca y faringe y desinfección de ropas. Un procedimiento que he practicado alguna vez con éxito ha sido la desinfección regular, cada dos días, de las habitaciones del enfermo por medio de un aparato de formol.

Medicamentos que he usado con éxito variable en estos últimos tiempos, aparte de los tratamientos clásicos: agua fluoroformada al 2,80 por 100 de la casa Adrián (tratamiento de Tissier), eulatina, de Ostreicher (Berlín), etona, pertusina (ésta última con muy pocos

resultados); pero sobre, todos ellos, de los que he quedado más satisfecho ha sido de las inhalaciones de ozono (no muy fáciles de practicar en la visita ordinaria) y de las de oxígeno (procedimientos de Weil y Moringenau); estas últimas á las dosis elevadas (150-250 litros en 24 horas) en que conviene emplearlas tienen el inconveniente grande de constituir un tratamiento caro.

Cuando se siguen todas las reglas de la higiene, se ve que las complicaciones disminuyen en la tos ferina; procedimientos especiales para evitarlas no los conozco.

La evitación de la propagación de la epidemia se consigue, aparte de la desinfección, por el aislamiento.

La última novedad respecto á este asunto nos la dan los trabajos recientes de Bordet y Gengou y de Delcourt de Bruselas. La aplicación al diagnóstico de la secreción específica de aquellos autores, hecha por el último, ha demostrado que en épocas de epidemias de tos ferina, existen muchos casos de bronquitis específica, capaces de propagar la enfermedad y que constituyen verdaderas formas frustradas de la coqueluche, más peligrosas, por que pasan más desconocidas, por la falta de los caracteres patognomónicos del período espasmódico. Por lo tanto, respecto al aislamiento, convendrá hacerlo no sólo con los enfermos atacados, sino con aquellos *tosedores* sospechosos, por su proximidad á los enfermos, de ser quizá portadores del germen descubierto por Bordet y Gengou.

SUÑER

Valladolid 13 Junio 1911.

INDICE ALFABÉTICO DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO

ARTICULOS ORIGINALES

	<u>Páginas.</u>
Amígdala palatina. —(Contribución al estudio del tratamiento de la hemorragia quirúrgica de la), <i>Dr. Alfredo Rodríguez Vargas</i>	442
Astigmatismo. —(Estudio clínico del), <i>Dr. Pedro Alvarado</i>	89
Basedowianos y Basedowiados. — <i>Dr. Dacio Crespo Alvarez</i>	161
Cefalea. —(Etiología y tratamiento de algunas formas de), <i>Dr. Antonio M. Romón</i>	177
Ehrlich. —(Hata «606». Nuevo tratamiento de la sífilis), <i>Dr. Félix Domingo</i>	34
Ehrlich. —(Hata «606». Nuevas aplicaciones), <i>Dr. Félix Domingo</i>	425
Esófago. —(Un caso más de cuerpo extraño del), <i>Dr. Alfredo Rodríguez Vargas</i>	186
Estado general en las manifestaciones locales. —(Intervención del), <i>Dr. Isaias Bobo</i>	24 y 102
Locos al comienzo de su trastorno mental. —(Concepto á tener, conducta á seguir y medios á emplear en el tratamiento de), <i>Dr. Ramiro Valdívieso</i>	113, 190, 272, 370 y 458
Peste. —(La), <i>Dr. Miguel G. Camaleño</i>	241
Raqui-estrieno-estovainización de Jonnesco. —(Consideraciones acerca del procedimiento de anestesia denominado), <i>Dr. Vicente Sagarra</i>	252 y 337
Retina. —(Desprendimiento de la), <i>Dr. Emilio Alvarado</i>	1

Salvarsán.—(El) en aplicación intravenosa, <i>Dr. Ricardo Pérez Mínguez</i>	45
Sangría.—(Accidente consecutivo á una), <i>Dr. Juan de Dios Aguado</i>	386
Sifilíticas terciarias de localización craneal en los niños.—(Peligros de ciertas intervenciones en las lesiones), <i>Dr. Enrique Suñer</i>	53

ACADEMIAS Y CONGRESOS

Abscesos del hígado.—(Diasgnóstico y tratamiento de los) <i>Moluonquet</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	66
Absceso de la fosa iliaca derecha de origen cecal. <i>Patel</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía... ..	67
Afasia por trauma. <i>Bastianelli</i> . XX Congreso de Medicina interna de Roma.....	130
Antígenos pancreáticos y neoplásticos. Sobre la no identidad. <i>Faginoli</i> . XX Congreso de Medicina interna de Roma.....	134
Bocio exoltálmico.—Tratamiento quirúrgico del). <i>Delore</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía... ..	60
Cadera paralítica.—(Contribución á la cura de la). <i>Menciére</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía... ..	66
Cánceres de la cara y de la cavidad mucofaríngea.—(Extirpación de los glanglios en los). <i>Morestin</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	66
Cáncer.—(Valor de la fulguración en el tratamiento del). <i>Juge</i> . XXIII. Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	69
Cáncer uterino.—(Algunas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico del). <i>Dr. de la Villa</i> . Real Academia de Medicina de Valladolid.....	288
Cesárea.—Contribución á la operación. <i>Bumm</i> . V Congreso internacional de obstetricia y ginecología celebrado en San Petersburgo.....	209
Cesárea vaginal.—(Incisiones del cuello uterino durante el parto y). <i>Jeannin y Garipuy</i> . VI Congreso francés de obstetricia, ginecología y pediatria.....	202
Ciego.—(Vólculo del). <i>Lenormant</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	63
Cirrosis hepática.—(Contribución al estudio de la anatomía patológica de la). <i>Breccia</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	135

	Páginas.
Cólera. —(Diagnóstico del). <i>E. Maragliano</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	133
Corazón. —(El esfuerzo del). <i>Michelazzi</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	128
Cordón umbilical. —(Ulceración del). <i>Audeber y Nanta</i> . VI Congreso francés de ginecología, obstetricia y pediatría, celebrado en Toulouse.....	208
Coxalgia y tuberculosis justa-coxal. —(Diagnóstico radiográfico. <i>Ménard</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	66
Descomposición cerebral con abertura del cráneo y sus indicaciones. <i>Lucas Championere</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	65
Desviaciones y descensos uterinos. —(Valor comparativo de los diferentes procedimientos operatorios en el tratamiento de las). <i>Hofmeier</i> . V Congreso internacional de obstetricia y ginecología celebrado en San Petersburgo.	210
Endocarditis tóxica. <i>Panichi</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	129
Enfiseña pulmonar y cardiopatía. <i>Nissim</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	129
Escrofulosos y tuberculosos. —(Observaciones sobre el recambio material en los). <i>Cambiaso</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	135
Esófago. —(Frecuencia relativa de las distintas afecciones del). <i>Guisez</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	62
Estómago. —(Dilatación aguda post-operatoria y sus relaciones con la aereofagia en los operados). <i>Lardennois</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía...	64
Fiebre de malta bajo el punto de vista quirúrgico). <i>Phocas</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía...	67
Fiebre de Malta en el archipiélago griego. <i>Gabbi</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	133
Fístula de Eck. —(Nueva técnica operatoria para su ejecución). <i>Martel</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	65
Fístulas y cavidades tuberculosas. —(Las inyecciones de subnitrate de bismuto en las). <i>De Furmestraw</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	62
Fracturas del miembro superior. —(Tratamiento con los aparatos de extensión continua). <i>Judet</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	63
Glucosuria y diabetes. <i>Paré</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	130
Hematies granulosos á la acción terapéutica del Fe y del As. —(Cómo se conducen los). <i>Ravenna</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	136

Hemoglobinuria paroxística. <i>Silvagni</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	135
Hemorragias obstétricas.—(Nota sobre los signos generales de las). <i>Lepage</i> . VI Congreso francés de ginecología, obstetricia y pediatría, en Toulouse.....	205
Hernia pre-inguinal. <i>Vauverts</i> . VI Congreso francés de ginecología y pediatría, celebrado en Toulouse.....	209
Hilo reabsorbible. <i>Chortenet de Gery</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	60
Ictericias hemolíticas. <i>Galli</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	135
Inflamaciones pelvianas.—(Indicaciones del tratamiento quirúrgico en las). <i>Dr. Enrique López y Dr. Gálvez Ginachero</i> . Congreso nacional de obstetricia, ginecología y pediatría, celebrado en Madrid.....	471
Inversión uterina.—(Dos casos seguidos de curación. <i>Lepage y Willette</i> . VI Congreso francés de ginecología y obstetricia celebrado en Toulouse.....	207
Kala-azar.—(Nuevos casos observados en Catania). XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	134
Laminectomía tardía por paraplegia consecutiva á una fractura raquídea. <i>Peugniez</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	67
Lenguaje.—(Funciones bilaterales del). <i>Mingazzini</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	137
Litiasis biliar y tuberculosis peritoneal en individuos jóvenes.—(Coexistencia de la). <i>Berthomier</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	59
Luxación congénita de la cadera en los niños de pecho.—(Diagnóstico de la). <i>Petit de la Villión</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	67
Malaria.—(La reacción de Wassermann en la). <i>De Blasi</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma..	130
Médula.—(Sección de sus raíces posteriores por crisis gástricas tabéticas. <i>Lambret</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	64
Megacólón. <i>M. Patel</i> . VI Congreso francés de ginecología, obstetricia y pediatría, celebrado en Toulouse.....	205
Meningitis agudas no fímicas y su tratamiento.—(Concepto actual de la). <i>Dr. Martínez Vargas y Dr. P. Borobio</i> . Congreso nacional de obstetricia, ginecología y pediatría, celebrado en Madrid.....	472
Meningitis serosas agudas.—(Tratamiento operatorio de las). <i>Girard</i> . XXIII Congreso de la Asociación francesa de cirugía.....	62
Metrorragias.—(Tratamiento por pellizcamiento instrumental del cuello). <i>M. Pollosson</i> . VI Congreso francés de ginecología, obstetricia y pediatría, celebrado en Toulouse.	201

Metrorragias virginales. <i>Siredey y Leeneire</i> . VI Congreso francés de ginecología, obstetricia y pediatría, celebrado en Toulouse.....	206
Parálisis infantil.—(A propósito del tratamiento de la). <i>Barbarin</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	59
Parálisis del nervio cubital consecutiva ó antiguas fracturas de la extremidad inferior del húmero.—(Cura de la). <i>Bedard</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	68
Pelagra con síndrome addisoniano.—(Algunos casos de). <i>Rubinat</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	136
Pene.—(Nueva operación de amputación total del). <i>Reynés</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía....	68
Placenta previa.—(Estado actual del tratamiento de la). <i>Dr. Carmelo Gil</i> . Congreso nacional de obstetricia, ginecología y pediatría celebrada en Madrid.....	71
Pneumonía.—(Profilaxis de la). <i>Ceci</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa da cirugía.....	60
Priapismo prolongado no coincidente con lesiones nerviosas. <i>Dujon</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	62
Prostatotomía transvexical. <i>Luys</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	65
Quemotaxia y sus relaciones con los fenómenos de fagocitosis, diapedesis y leucocitosis. <i>Mari</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.	136
Recto.—(Curación de una antigua estenosis sifilítica del). <i>Demons</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	61
Recto. Su extirpación por vía sacra. <i>Delbet</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	62
Retención de membranas.—(Tratamiento por el drenaje profiláctico de la). <i>Berny</i> . VI Congreso frances de ginecología, obstetricia y pediatría celebrados en Toulouse....	204
Rinoplastia con armadura metálica. <i>Claude y Martín</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía....	60
Röntgenterapia en medicina interna. <i>V. Maragliano</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	131
Sinusitis frontales crónicas.—(Curación por vía endonasal). <i>Vacher</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	69
Suero de la sangre.—(Sobre el poder reductor del). <i>Mirano</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma....	134
Sustancias de la sangre precipitables con ácido acético.—(Sobre el valor clínico de dos). <i>Rivalta</i> . XX Congreso de medicina interna celebrado en Roma.....	134

Traumatismos del istmo uterino. <i>M. Roulland</i> . VI Congreso francés de ginecología, obstetricia y pediatría celebrado en Toulouse.....	206
Trombus del cuello. <i>J. Rouvier</i> . VI Congreso francés de ginecología, obstetricia y pediatría celebrado en Toulouse.....	205
Tuberculosis externas.—(Tratamiento con inyecciones resolutivas seguidas de punción). <i>Calot</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	59
Tuberculosis renal y vexical primitiva. <i>Newmann</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	66
Úlcera duodenal y su cura quirúrgica. <i>Ricard y Pauchet</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	68
Varices no complicadas.—(Resultados obtenidos en la cura cruenta de las). <i>Jeannel</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	63
Varices.—(Resultados obtenidos en el tratamiento de sus complicaciones. <i>Mauclair</i> . XXIII Congreso de la asociación francesa de cirugía.....	65

REVISTA DE REVISTAS

Adalina. Su acción sedante en la neurastenia sexual y en otras afecciones. <i>Salomonski</i>	477
Afecciones oculares en las fiebres palustres. <i>Morano</i>	414
Afecciones tonsilares inflamatorias. Su relación con las enfermedades infecciosas. <i>Curschmann</i>	320
Albúmino-reacción en la tuberculosis pulmonar. Nuevas investigaciones. <i>Dr. Codina y Castellvi</i>	141
Alienados.—(El ojo y la mirada en los). <i>Bureau</i>	417
Alucinación en los tabéticos. Sus relaciones con las alteraciones de la vista. <i>Bouziguez</i>	416
Amaurosis quínica. <i>Schmeintz</i>	317
Anginas pseudo-membranosas no diftéricas.—(Acción del suero antidiftérico en las). <i>Mourignand</i>	320
Anogón.....	474
Apendicitis.—(Fenómenos nerviosos reflejos del aparato urinario en las). <i>Jinocchiaro de Meo</i>	72
Aritmia.—(La doctrina miogénica de la actividad cardíaca y sus relaciones con la). <i>Musser</i>	402
Arseno-benzol.—(Accidentes consecutivos al empleo del). <i>Finger</i>	70
Artritis blenorragica en un niño de tres semanas. <i>Lydston</i>	310
Bacilos tuberculosos de origen bobino y humano. Su importancia relativa en la contaminación del hombre. <i>A. Colmette</i>	393
Bacteriuria de estafilococos. <i>Drs. Lepentre y David</i>	78

Cáncer del paladar y de las amígdalas, curado por las radiaciones. <i>Dionisio</i>	232
Cánceres inoperables del cuello uterino y de la vagina. Tratamiento por las aplicaciones masivas de radiaciones ultrapenetrantes de radium. <i>H. Cheron y Rubens-Duval</i>	225
Cáncer laringeo. —(Tratamiento por los rayos X). <i>Vinso-radoff</i>	492
Catástrofes abdominales. <i>Moynihan</i>	302
Catarro crónico seco del oído medio. —(Modo de tratar las formas antiguas del). <i>Schwanebach</i>	232
Catarro naso-faríngeo crónico	491
Cistitis dolorosas. <i>Postner</i>	326
Cistitis ulcerosa en la mujer. —(Retención completa de orina en el curso de una). <i>Gross y Henlly</i>	493
Cólera. —(Sobre el tratamiento del). <i>Rogers</i>	217
Coroiditis diseminada de origen genital. <i>Chevallereau</i>	490
Crup. —Recidiva con ocasion de una varicela. <i>Halipré y Fregonel</i>	322
Crup. —(Su tratamiento en el hospital Herold). <i>Garbau</i>	322
Chancros extragenitales. —(Dos casos de). <i>Gaucher, Levy-Frankel y Dubose</i>	410
Derivación curiosa y útil del tratamiento por el «606». <i>Gibbs y Calthop</i>	311
Desinfección de las manos y campo operatorio en los diez últimos años. <i>H. Joseph</i>	229
Diabetes azucarada. —(Teoría y tratamiento de la). <i>Noorden</i>	212
Diosidiamido-arsenobenzol. —(Un aceite que contiene el 40 por 100 de). <i>Schindler</i>	153
Diurético. —(Observaciones sobre elección de un). <i>E. Smith</i>	307
Eclampsia. —(La sangría masiva en la). <i>Potocki</i>	144
Id. —(Teoría mamaria acerca del veneno de la). <i>Hugo Sellheim</i>	488
Eclampsia. —(Tratamiento por el método de Stroganoff). <i>Roth</i>	413
Elefantiasis doble de los árabes. <i>Gutiérrez Leé</i>	485
Embarazo extrauterino con esqueleto fetal. <i>Deletrez</i>	227
Enfermedad de Bright. —(Los grandes síndromes de la). <i>F. Wida</i>	395
Enuresis nocturna de los niños y la espina bífida oculta rudimentaria. —(Relaciones entre). <i>A. Fuchs</i>	149
Epirina	474
Espejo laringeo y enfermedades nerviosas. <i>Gerber</i>	492
Exantemas medicamentosos. —(Nuevas investigaciones sobre la significación de los). <i>C. Bruck</i>	311
Faringitis aguda simple. <i>Levinstein</i>	417
Faringodinia gripal en forma dolorosa de la angina gripal. Su relación con la angina herpética clásica. <i>Escat</i>	321

Fiebre de Malta.—(Tratamiento por el azul de metileno).— <i>V. Audibert y Roussacroix</i>	139
Fiebre de tres días, ó fiebre de pappatacis ó estival.—(In- vestigaciones experimentales sobre la). [<i>Melchiorre, Fe- dereschi y Dopter</i>	391
Hemorragia cerebral. —(Sobre el valor de la punción lum- bar en la). <i>A. Rossi</i>	407
Hemorragias tardías del puerperio. <i>Kuster</i>	412
Hidrocele común (vaginalitis serosa idiopática). Su trata- miento radical. <i>Dr. Luis del Portillo</i>	480
Hidropirina.....	475
Hiperclorhidria.—(El peróxido de hidrógeno en la). <i>Girardi</i> .	152
Hiperhidrosis.—(Su curación por los rayos X). <i>Pirie</i>	410
Hongo (un nuevo), patógeno para el hombre. <i>Matruchor</i> ...	493
Infecciones de las vías urinarias.—(Tratamiento por las vacunas bacterianas). <i>Hartwell y Strecker</i>	234
Inertos pilosos en la reparación de las heridas cutáneas.— (Técnica de los). <i>Carnot</i>	138
Insuficiencia aórtica.—(El pulso de la lengua en la). <i>Mi- nervini</i>	400
Irido-coroiditis consecutiva á la gastro-enteritis de los niños. <i>Villard</i>	489
Lesiones cardíacas en el embarazo, parto y puerperio. <i>J. F. Morán</i>	145
Localizaciones cerebrales, psicanálisis de Jung y la inter- pretación de los sueños.—(La nueva teoría de Von. Mo- nackw sobre las). <i>E. W. Scriture</i>	220
Mastitis puerperales. —(Tratamiento abortivo de las). <i>Doctor Becerro de Bengoa</i>	224
Meningitis cerebro-espinal. —(Alteraciones oculares inme- diatas en una epidemia de). <i>Terrien y Bocerdier</i>	416
Mielitis y polineuritis en el curso de vómitos tóxicos de origen gravídico. <i>Louis Job</i>	314
Nefritis sin albúmina. <i>Howland</i>	235
Nervio óptico.—(Afecciones consecutivas á la ingestión de combinaciones arsenicales, orgánicas y minerales.) <i>Schirmer</i>	318
Neurasténicos.—(El insomnio en los). <i>Deschamps y De- jerine</i>	406
Neuritis retrobalbar aguda.—(Etiología y pronóstico de la). <i>Lindenmeyer</i>	490
Novocaina.....	230
Oído. —(El serodiagnóstico de la sífilis en sus relaciones con las enfermedades del). <i>Prince Fowler</i>	418
Ojos.—(El «606» y las enfermedades de los). <i>Lapersonne y Leri</i>	147
Orinas de los niños que maman.—(Reacción de las). <i>Engel y Furnau</i>	151

Pantopón. —(El) en obstetricia. <i>Aulhorn</i>	483
Parálisis general. —(Resultados lejanos del tratamiento con el nucleinato sódico). <i>Donath</i>	153
Parálisis velo-palatina secundaria á una difteria latente, insidiosa y benigna estrictamente localizada en las fosas nasales. <i>Escat</i>	319
Pelada y sífilis. <i>Wilian</i>	411
Pielitis aguda. —(Curación espontánea de la). <i>Echambard</i> ..	497
Id. primitiva. <i>Saatroff</i>	328
Pomada de Schmieden (rojo escarlata) de Hayward (pomada escarlata) y gasa de amidoazotoluol, (epidermolgasa). Resultados del empleo en otología. <i>Fritz</i>	230
Quieste del ovario y embarazo. <i>José E. Casuso</i>	413
Retención fetal. —(Un caso curioso de). <i>Dr. Juan Bravo</i>	484
Riñón. —(Contribución clínica experimental al estudio de la acción del bacterium coli sobre el). <i>Cuturi</i>	232
Riñón curado hace nueve años por la nefrolitotomía. —(Estado anatómico é histológico de un). <i>Nicolich</i>	77
Sordera crónica progresiva. —(La reacción de Wassermann en la). <i>Zange</i>	231
Teofilina. —(Sobre las combinaciones soluble de la). <i>Grüter</i> .	152
Tetania en las mujeres embarazadas. <i>Franck</i>	314
Tintura de iodo. —(La eficacia de algunos antisépticos y en particular de la). <i>Lenormant</i>	477
Tiramina	474
Tos ferina frustada. Diagnóstico por la reacción de Bordet-Gengou. <i>Albert Delcourt</i>	148
Tratamiento tonsilar de las enfermedades reumáticas. —(La influencia del). <i>Schichold</i>	321
Traumatismo de la espalda. —(Síndrome simpático complejo á consecuencia de un). <i>Rollet y Grandclement</i>	415
Tubage de Kuhn. <i>L. Mahler</i>	230
Tubage en los casos de cuerpos extraños de las vías respiratorias. <i>Gioseffi</i>	231
Tuberculosis del nervio óptico. <i>Reye</i>	490
Tuberculosis renal. —(Las vías de infección en la). <i>Brongersma</i>	233
Tuberculosis renal no operada. —(Observaciones prolongadas de). <i>Rochet</i>	233
Tumores cerebrales en los niños. —(Sobre algunas particularidades de los). <i>Chalvignac</i>	415
Tumores de la cavidad abdominal. —(Sobre un sintoma para el diagnóstico diferencial de los). <i>Eremitch</i>	150
Úlcera duodenal. —(Diagnóstico y terapéutica de la) <i>A. Kühn</i> .	399
Varicocele. Análisis de 403 casos. <i>Dellinger Balney</i>	77
Vegetaciones adenoideas concomitantes con albuminuria y cilindros renales. <i>Morgan O' Meara</i>	475
Vioformo (El) en la práctica oto-rino-laringológica. <i>Bo</i>	230

BIBLIOGRAFIA

Cloroformo (El) y la nutrición. (Dr. Julio Toledo y Manzano), <i>F. Domenech</i>	330
Conciencia personal (La) y sus caracteres en los psicosténicos. (Dr. Ramón Alvarez G. Salazar), <i>Valdivieso</i>	237
Infección puerperal de origen uterino.—(Tratamiento de la). (Dr. Antonio Villanueva), <i>Zuloaga</i>	236
Medicaciones .—(Idea general de las), (Dr. Camilo Calleja), <i>Valdivieso</i>	84
Medicina y del Médico .—(Misión social de la), (Dr. Rodríguez Méndez), <i>G. Camaleño</i>	500
Sifilis .—(El «606» en el tratamiento de la) (Drs. Sáenz Alonso y R. Camiña), <i>F. Domingo</i>	
Tabaco y sus efectos tóxicos. (El abuso del), (Dr. Rodrigo Fernández Rodríguez), <i>Cuadrado</i>	419
Tuberculosis y á su bacilo.—(Errores doctrinales concernientes á la), (Dr. J. Ferrán), <i>G. Camaleño</i>	82

CASOS Y CONSULTAS

Acceso disnéico de origen cardio-pulmonar en un enfisematoso.— <i>Dr. M. Romón</i>	158
Bronquitis crónica .—(Complicación invernal frecuente en la), <i>Dr. Moreno</i>	86
Coqueluche .—Tratamiento y profilaxis de la), <i>Suñer</i> .	503
Endometritis cervical . Su tratamiento.— <i>Zuloaga</i>	421
Oftalmia purulenta con complicaciones corneanas.—(Consideraciones sobre el tratamiento de un caso de), <i>P. Alvarado</i>	240
Urinarias .—(Accidentes artríticos de las vías), <i>E. Cebrián</i>	334

