



LA CLINICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS

TOMO V.—JULIO A DICIEMBRE DE 1912

70 — 6 tomos en cuaderno

LA CLÍNICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MEDICAS

Director,

Dr. D. Nicolás de la Fuente Arrimadas.

Redactor Jefe,

Dr. D. Ramiro Valdivieso.

Secretario de Redacción,

Dr. D. Pedro Zuloaga.

Redactores,

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

Dr. Domingo Calvo.—Dr. Durruti.

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

Dr. Moreno Santos.—Dr. Pérez Mínguez.

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

Colaboradores: Todos los señores suscriptores

Administrador,

Dr. D. Gregorio Sanz de Aza.

TOMO V JULIO A DICIEMBRE 1912

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN, MACÍAS PICAVEA 38 Y 40
VALLADOLID

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS DIARREAS DE VERANO

POR EL

DOCTOR LUIS MORENO

Sabido es que en esta época del año los afectos gastro-intestinales motivan casi toda nuestra enfermería. El síntoma diarrea se suele prodigar tanto en el estío, que la gente llega á considerarle casi como un efecto natural de los calores, y es un hecho muy corriente que el mismo médico prestándole poquísima atención en sus primeras visitas, después de tomar el pulso, mirar la lengua y preguntar si se ha comido fruta para en caso afirmativo hacerla responsable del despeño, se limite á formular un preparado de bismuto, dando con ello por terminada su labor sin meterse en más averiguaciones.

Bien estaría todo esto si la diarrea, constituyendo por sí toda la enfermedad, fuera siempre del mismo origen, en todo caso útil su extinción, y el bismuto remedio soberano en todas las ocasiones. Pero no es así y una ligereza nuestra por no tenerlo en cuenta puede ir seguida de un daño positivo para el enfermo.

La diarrea, en términos generales, nunca es más allá de un síntoma ó si se quiere un síndrome; manifestación

subordinada á un estado de más alta categoría morbosa, y cuyo estado habrá de ser el objeto de nuestra atenta investigación.

Aunque sea de clavo pasado, empezaré por recordar que no todas las diarreas deben ser tratadas en el sentido de perseguir su directa extinción. Todo el mundo sabe que los nefríticos, los diabéticos, los gotosos y otros muchos enfermos por infección ó intoxicación, tienen en la diarrea una válvula de seguridad que suple la insuficiencia de los medios ordinarios de descarte, y cortar rápidamente una de esas descargas espontáneas, es cortar el puente al enemigo que huye.

Tampoco se incurrirá en el extremo de respetar sistemáticamente todos los despeños intestinales, como se hace por desgracia con harta frecuencia en los niños con el pretexto de que la dentición, la peligrosa *baba* de las comadres, necesita el desahogo de una diarrea, que al persistir, probablemente llevará al chiquillo á la sepultura ó le dejará medio canijo para siempre.

A pesar de lo conocido y casi pedestre de todo esto, hablo de ello é insisto porque más de un hecho práctico me han convencido de que no huelga recordarlo de cuando en vez y de paso para hacer comprender la conveniencia, la verdadera necesidad, que hay en todos los casos de elevarse al estudio é investigación de los orígenes del accidente que pretendemos combatir siquiera parezca una pequeñez, una indisposición, más bien que una enfermedad verdadera, sin que para ello haya precisión de apelar á las filigranas del laboratorio por que dentro de la práctica corriente los más se ven obligados á llegar á la exactitud diagnóstica sin otros recursos que la aplicación de sus desnudos sentidos y el buen juicio

con que su esfuerzo mental pone á contribución los conocimientos previos relacionados con el motivo de actualidad. Teniendo en cuenta estas realidades, de muy poco serviría encarecer y aconsejar al médico que ejerce en el campo ó en una modestísima villa la coprología microscópica de sus diarreicos, para diagnosticar el origen de la enfermedad y como quisiera dar á este trabajo un sello exclusivamente clínico, práctico y de inmediata y general aplicación, prescindiré en él de todo aquello que sólo puede utilizar el médico que vive en centros provistos de cierta clase de recursos de alta investigación científica, muy buenos, muy seguros para la exactitud de un juicio, pero fuera del alcance de la inmensa mayoría de los profesionales.

Ni las diarreas crónicas, ni las especiales de niños de pecho, siquiera se suelen exacerbar las primeras y ser hasta epidémicas las segundas en el verano, han de ser objeto de mi estudio. Sólo diré que las agudizaciones de las crónicas podremos considerarlas como episodios ó crisis sobreañadidas pareciéndose en un todo á las formas agudas ordinarias y que las infantiles acaso tienen como principal razón veraniega de su difusión la abundancia de las moscas encargadas de sembrar el agente infeccioso que las produce (1). He de ocuparme aquí sólo de aquellas formas que son más frecuentes en nuestro país y que parecen enfermedades estacionales por ser el estío la ocasión en que menudean sus casos con mayor frecuencia, lo cual habrá de estar necesariamente subordinado á un algo de acción muy general y peculiar de la época.

(1) Véase el artículo del Dr. Suñer en esta misma REVISTA tomo III, núm. 4, pág. 193 y siguientes.

Ese algo es el calor. Claro está que no es el hecho de vivir en una atmósfera de tal ó cual temperatura lo que descompone el vientre, pero fuera de toda duda, el calor es el primer eslabón de la cadena etiológica aunque obre muy de soslayo; de una manera muy indirecta.

El calor por una parte influye sobre nuestra alimentación, primero anticipando, favoreciendo y acentuando la descomposición pútrida, la fermentación de los alimentos de origen animal. Las albúminas de la carne, pesca, leche, huevos, etc., al podrirse y mucho antes de que el olor y otros caracteres órgano-lépticos lo manifiesten sufren transformaciones químicas con desarrollo de venenos, bien suyos, bien de las bacterias que los provocan, bien de ambas cosas á la vez, que ingeridas por vía gástrica determinan una intoxicación de la que la diarrea es quizá la más llamativa y aun grave de todas sus manifestaciones, pudiendo alcanzar intensidades coléricas con todo su síndrome y consecuencias desastrosas.

Aquí precisamente está el nudo capital de la cuestión que trato y que no sólo interesa al médico para prevenir primero y curar después, sino al público en general. No son las carnes, la pesca ó la leche, las cremas dulces, helados y fiambres ya podridos y mal olientes los peligrosos: el olfato los denuncia y el consumidor prevenido se echa atrás, es más, aunque así y todo las tomara y aunque parezca una paradoja, le serían menos nocivos en putrefacción hasta cierto punto avanzada, que en las primeras etapas del proceso fermentativo, pues está demostrado que las transformaciones químicas que las albúminas al pudrirse van sufriendo, desenvuelven una serie de cuerpos que transformándose escalonadamente de unos en otros se van

haciendo cada vez más próximos á las fórmulas de la química inorgánica (amoníacos, hidrógenos, carbonados, sulfurados, fosforados, etc., etc.), bajando en toxicidad á medida que se mineralizan si se puede emplear esta palabra. Dicho de otro modo; es mucho más peligrosa la putrefacción traidora, larvada, de las primeras horas, que el descarado mal olor de las viandas á medio pudrir y prueba de ello es la conducta de ciertos cazadores y el hábito de algunos países en que parece de absoluta inocencia la costumbre de comer las carnes ya manidas y en franca fetidez y aunque la repetición establezca tolerancia no es aquella tanta en nuestros cazadores que justifique á esta última plenamente.

Una temperatura que fluctúa alrededor de los 30° grados es muy apropiado para la mayor parte de las fermentaciones y al hacerse sentir horas y horas convierte el ambiente ordinario en verdadera estufa de cultivos, donde nuestros alimentos y golosinas se ven sometidos á las mejores influencias para pudrirse. La leche por ejemplo, la pesca, el cerdo y en general las carnes muy acuosas son las que más pronto se sienten influídas, y es un hecho de observación vulgar que en los días de tormenta estos cambios se desarrollan con rapidez asombrosa agriándose la leche recién hervida y haciéndose fosforescente el pescado fresco en la oscuridad. La cosa, en último término, es que los alimentos animales y las cremas con vainilla sobre todo, se hacen tóxicos con una facilidad extraordinaria en los días de calor. Y como la industria no se resigna á tirar los productos atrasados de venta por una parte y por otra aun el producto más fresco puede en nuestras mismas casas descomponerse en poco tiempo resultan grandes facilidades para las intoxicaciones de este origen.

No es este sólo el motivo de las diarreas que pudiéramos llamar estivales. Hay otro cuya frecuencia se exagera hasta el punto de hacerle poco menos que responsable de todos los desarreglos intestinales. Me refiero á las frutas. La fruta blanda bien madura es inofensiva para todos los estómagos sanos, diga la gente lo que quiera, siempre que un exceso de cantidad no justifique una indigestión de origen puramente mecánico. No sólo es inocente sino que le considero como el alimento natural del hombre si hemos de guiarnos por lo que en bromatología comparada significa la forma y disposición de los dientes y las condiciones anatómicas del aparato digestivo en la escala zoológica, viendo que tales aparatos en el ser humano están dispuestos como en los animales frugívoros.

Pero se da el caso de que el hombre sin la guía instintiva que en el animal preside la elección de sus comidas, toma, y más en la ignorancia y glotonería del niño, frutas cuyas condiciones de madurez, dureza, acritud, etc., etcétera, no las han dado todavía aptitudes de digestibilidad; y estos pseudo-alimentos duros, correosos y acres, no se desmenuzan en el estómago ni se empapan como debieran en los jugos digestivos, de lo que resulta una larga permanencia en la víscera, con irritación mecánica y aun química de sus nervios sensitivos y secretorios, que despiertan reflejos de hipersecreción y calambres musculares, que se traducen en última instancia por una indigestión que acaba en un despeño diarréico con que el intestino se desembaraça de un contenido molesto además de inútil. Esto es todo lo que hace la fruta y no hay que achacarla calumniosamente empachos y diarreas en que, como no sea por exceso de cantidad ó deficiencia de madurez, no suele intervenir, aunque

sea muy corriente, aun entre los médicos, decir que la mayor parte de las diarreas de verano son provocadas por el uso de las frutas, ensaladas, etc., etc.

Hay un tercer motivo que pudiéramos llamar estacional en la etiología de las diarreas, es el siguiente: En verano como en invierno, el organismo es una máquina productora de calor. La pérdida por irradiación cuando la temperatura ambiente se acerca ó rebasa la de la piel disminuye en proporción y hasta puede ser negativa. Llegado este momento hay un exceso de calor del que el organismo tiene imperiosa necesidad de librarse. Aparte de que por ello se siente galbana y verdadero horror al trabajo muscular en los días más calurosos del verano, hecho de espontánea defensa para impedir la producción de las nuevas calorías que supone el trabajo activo del músculo, aparte de esto repito, el organismo pone en juego el medio de refrigeración de que dispone y que es el sudor, cuya rápida evaporación roba calor en grado considerable: pero como esto no puede obtenerse sin grandes pérdidas de agua que hay que reponer, viene la sed intensa del verano y aquí está precisamente el peligro que en este concepto tiene la estación caliente.

Esa sed hace beber agua en exceso á deshora, tanto más grata cuanto más fría. Pues bien, cuando satisfaciendo ese deseo, se mete en el estómago en pleno trabajo digestivo una cantidad grande de líquido que diluye la concentración de los jugos ó cuya baja temperatura impresionando morbosamente los nervios, detiene de pronto la digestión del contenido alimenticio, se produce una honda perturbación, en la cual los alimentos albuminosos principalmente, retenidos por el espasmo pilórico, cesan de

sentirse influidos por la fermentación péptica, falta la acción antiséptica del ácido clorhídrico, cuya secreción cesa y cuyo remanente se diluye y como consecuencia natural, el quimo gástrico incompletamente elaborado, es objeto de una descomposición pútrida con todas las consecuencias de la ingestión de una carne averiada, ó por el contrario, rápidamente volcado en el intestino por intensos y prematuros peristaltismos gástricos, obra sobre esta segunda parte como un cuerpo extraño, en forma muy parecida á la de un purgante mecánico. En uno y otro caso, la diarrea es la consecuencia natural del accidente aunque algún vómito previo ó simultáneo aligere la cantidad de venenos y materiales que habrán de irritar la mucosa intestinal.

Estos son, en síntesis, los tres motivos principales de las diarreas de estío, sin que niegue por eso la posibilidad de que en tal época puedan actuar las causas que durante todo el año están en actividad, sobre todo las infecciones que capaces de ser vehiculizadas por insectos, habrán de tener mayor frecuencia en el tiempo en que los bichos vectores más abundan, se difunden y ponen en contacto de materias contumaces, sobre todo la inaguantable mosca y la repugnante chinche.

Sin perjuicio, pues, de declarar una guerra á muerte á esa peligrosa fauna menuda, el médico en sus consejos preventivos debe llamar la atención de las familias sobre la necesidad de tener un exquisito cuidado en la inspección de sus alimentos azoados no fiándose de la mejor ó peor disposición de la servidumbre de compra y cocina cuya competencia é interés en el asunto no suele estar á la altura de las circunstancias. Exíjase moderación en bebidas y helados, húyase de sorbetes y cremas en que intervenga la vainilla y no se

tenga la seguridad de ser muy recientes y líbrese á la inocente fruta, siempre que esté sana y madura, de la calumniosa leyenda que sobre ella ha arrojado el vulgo y los mismos médicos.

Dado el conocimiento que tenemos de las anteriores causas de diarrea, fácil nos será comprender, que las del primer grupo son las más frecuentes y las más graves también, porque en el proceso morbozo que determinan no sólo hay trastornos mecánicos y de irritación del tubo digestivo sino que los síntomas de una intoxicación general con hondo ataque al sistema nervioso se asocian y hasta disponen al organismo á estados infecciosos secundarios de aspecto tífico que pueden alcanzar extraordinaria gravedad.

Ni los síntomas, ni el pronóstico ni el tratamiento de las diarreas dependientes de estos tres distintos orígenes es el mismo.

Si los antecedentes suministrados por referencias no son bastante demostrativos para llegar á la noción de la causa, en el mismo síndrome hallaremos medios de conseguirlo.

Las diarreas por envenenamientos de albúminas en descomposición es muy característica, dentro de los muchos grados de intensidad y forma en la que influye no sólo la cantidad y calidad de los venenos sino el estado previo del enfermo, las susceptibilidades locales de su aparato digestivo, sus medios de eliminación y el estado, en fin, de reacciones defensivas con que cuente.

Por todas estas razones tienen un síndrome bastante variable y complejo, pero que les dá carácter, sin embargo.

Prescindiendo de esos grandes envenenamientos que desarrollan un cuadro gravísimo sobre agudo que recuerda mucho el de las setas, hasta en el hecho de ser la atropina

uno de sus menores remedios, y sin duda por que la muscarina también aparece en la evolución pútrida de las albúminas y domina en el envenenamiento, en los casos más corrientes el dolor de cabeza con vértigos, náuseas y el malestar general con que empiezan casi todos los procesos febriles, son los síntomas que abren la escena dentro de las seis primeras horas que siguen á la ingestión del alimento causante. Pocas veces faltan los vómitos, el dolor de vientre, en forma de retortijones moderados y, sobre todo, un acceso de fiebre que puede rebasar los 40° y que dura de uno á tres días constante y sostenida, á menos que abundantes evacuaciones diarréicas descarguen rápidamente el contenido tóxico del vientre. Esta clase de intoxicación, sea por que ya dentro del tubo digestivo se continúa el proceso de putridez, sea porque exalta la virulencia de la flora microbiana habitual, sea por que los jugos y mucosas pierden sus aptitudes defensivas, el hecho es que, como continuando el estado de los primeros días, se desenvuelve un proceso infeccioso secundario, de tipo colibacilar que alcanza 7,10 y hasta 15 días de fiebre, saburra, meteorismo é intolerancia gástrica con todos los caracteres de un catarro séptico de vientre bastante intenso.

La diarrea en todos estos casos, muy precoz, fluída y espumosa (gases de la fermentación), suele tener una fetidez horrible, en la que al olor estercoráceo se mezcla y domina el olor á podrido ó cadavérico. El aliento del enfermo, suele participar de esta condición en grado variable y la lengua, seca y negruzca, recuerda la lengua tifoidea.

Cuando la intensidad del envenenamiento es menor ó los vómitos y diarrea de los primeros momentos producen un abundante descarte, el cuadro general se atenúa mucho

y suele quedar sólo como síndrome total, una diarrea fétida, un estado subfebril con lengua muy sucia, repugnancia hacia el alimento, sed y gran quebrantamiento general, con dolor de cabeza que nunca falta y estupor, apatía psíquica.

El tratamiento de estas diarreas, no consiste en pretender desde luego, cortarlas con el bismuto, que de obrar, sólo sería en concepto de tapón que retendría lo que aun estaba destinado á una eliminación defensiva y útil, prolongando la situación tóxica.

Las pocas veces en que el médico es llamado en los primeros momentos, si el tiempo transcurrido y la dilatación maciza del estómago hacen suponer que el veneno está aun contenido en él en su mayor parte, un vomitivo y muchísimo mejor una evacuación del estómago con la sonda, seguida de lavado, pueden llenar una indicación causal que por sí sola yugule por completo la enfermedad desde los primeros momentos.

Pasada esta oportunidad, el vomitivo no puede hacer más que acentuar la depresión nerviosa y la tendencia al síncope que acompaña á esta situación: debe, pues, desecharse en absoluto, cuando menos por inútil, cuando los síntomas intestinales sean ya los que predominan en él (1), pasadas las 24 horas.

En este momento es de rigor, pero de absoluta necesidad, no añadir leña al fuego, es decir, no dar ni la más insignificante partícula alimenticia que no pudiendo ser digerida

(1) Aunque muchos médicos emplean el vomitivo hasta en el cuarto y quinto día, no se debe olvidar lo que todos los eméticos deprimen y más en enfermos con tendencias á la adinamia siendo de todos modos por muchos conceptos preferible el uso del tubo de Faucher en caso de verdadera indicación.

sólo serviría para aumentar la masa de materiales que se pudren; para dar más alimento á los saprofitos, y para ser un nuevo origen de venenos que se sumarán á los ya producidos. Una dieta hídrica absoluta se impone por consiguiente, pero no por unas pocas horas sino por 24, 36, 48, por todo el tiempo que se pueda calcular invertido en recorrer el tubo digestivo y ser del todo expulsados de él aquellos primeros materiales que originaron la crisis. Este recurso higiénico es quizá el más importante, el más seguro y eficaz de todos los que se ponen en juego contra el mal bastando por sí solo en los casos más benignos.

Dentro de esta dieta absoluta se puede permitir el uso de un vino generoso que sostenga las energías del pulso y á la par se pensará en hacer un barrido del tubo digestivo con un purgante cuya elección no es indiferente y para cuya administración, si la urgencia lo permite, se debe esperar que hayan cesado los vómitos una media docena de horas antes. Como en esta enfermedad al elemento tóxico se asocia otro infeccioso, debemos administrar un purgante que evacue por paristaltismo, que descargue por hipersecreción, que desinfecte por acción química y que estimule la actividad antitóxica del hígado. Esta indicación compleja la llenan plenamente los calomelanos, medicamento por el que nos decidiremos desde luego dando lo que se llaman dosis purgantes. Si dada la tardanza de acción del calomel quisiéramos anticipar la evacuación le asociáramos al ricino, y si quisiéramos sostener su acción antiséptica, cosa que por cierto conviene en casi todos los casos en que la fiebre dure más de 2 días, sostenríamos sus efectos repitiéndola, pero en dosis mínimas (5 centigramos) cada 8, 12, ó 24 horas según convenga. La irrigación intestinal ayuda á esta terapéutica de limpieza.

No hay que decir que llegado el momento de alimentar al enfermo sólo la leche ó los purés vegetales muy sueltos pueden permitírsele. No debe haber prisa por darle alimentos.

Basta generalmente con este sencillo tratamiento para que la enfermedad se extinga, pero no pocas veces desaparecida la fiebre persiste la diarrea que sigue siendo menos fétida y más dolorosa con todos síntomas del catarro intestinal agudo. Cuando esto ocurre y todos los fenómenos nerviosos y generales de intoxicación han cedido, llega la indicación de cortar la diarrea y realmente el bismuto es el medicamento de elección por su acción antiséptica, absorbente de gases, protectora de epitelios y la posibilidad de asociarle á los preparados tebáicos si el dolor ó la exageración del peristaltismo intestinal lo reclaman, á los productos salicilados si la fetidez persiste y á los fermentos eupépticos si quedan insuficiencias digestivas ó lientería en las deposiciones.

Cuando los fenómenos de irritación se acantonan de preferencia en el intestino grueso, las irrigaciones muy calientes y los enemas mucilaginosos ó de tanino, más el opio si hay mucho tenesmo, dan fin al proceso en 4 ó 6 días. En caso de obstinación acaso convenga un purgante más, pero no de calomelanos sino salino de preferencia.

En todos estos casos, tanto en la segunda etapa de la enfermedad como en la convalecencia, debe observarse un régimen de alimentación muy suave y mantener el vientre abrigado.

Las crisis provocadas por las frutas indigestas tienen acaso mayor resonancia local, pero en cambio ni el dolor de cabeza, ni la fiebre, ni la postración, hablan de intoxicaciones profundas y generales.

Los vómitos son quizá más precoces que en las otras intoxicaciones y el dolor de estómago y vientre en forma de crisis intermitentes es mucho más intenso, no falta nunca y suele ir acompañado de grandes borborismos, precediendo á la diarrea que tarda más que en los otros casos.

Así pues, aun á falta de antecedentes precisos, cuando en una diarrea por indigestión comprobemos la falta de fiebre y dolor de cabeza y dominen el dolor de estómago y vientre en forma de calambres, pensaremos que las albúminas animales descompuestas no son la causa del accidente, sino la fruta.

Diez ó doce horas de dieta hídrica y alguna gota de láudano para mitigar la intensidad de los dolores debe ser el tratamiento del primer día, ayudando la evacuación de vientre con alguna irrigación. Unánimemente si pasadas las 24 primeras horas persisten los retortijones con escasa eliminación de contenido intestinal, el ricino completará el saneamiento.

Las diarreas de este origen que no ceden dentro de las primeras 48 horas pueden tratarse por el bismuto, pero los preparados de tanino y el ópio son casi específicos de estas diarreas por irritación mecánica, que lo mismo que las de origen pútrido deben respetarse y aun exagerarse, como hemos visto en las primeras etapas del proceso, ó sean los dos primeros días por lo menos.

Las crisis provocadas por el agua fría, helados, bebidas abundantes é inoportunas, se parecen más que á las primeras á estas segundas formas de indigestión. Sin embargo, si el estómago se hallaba cargado de albúminas muy poco digeridas, puede el ataque revestir los caracteres del primer caso por la descomposición pútrida de su contenido animal.

Además de evacuar el estómago con la sonda, si llega á tiempo, se tratarán estos estados en armonía con la forma á que más se parezcan.

Para terminar, haré la advertencia de que siempre que hayamos de tratar una de estas crisis en una persona que pase de los 40 años, de no sernos muy conocida, antes de cortar su diarrea investigaremos SISTEMÁTICAMENTE y apesar de las mejores apariencias de salud, si es un bríghtico ó un diabético. Hay crisis de uremia y de acetonemia, que se parecen extraordinariamenie á estas intoxicaciones alimenticias y un error por insuficiencia de investigación podría traer fatales consecuencias al que la sufre.

DEL EMPLEO DE LA ALTA FRECUENCIA
EN UN CASO DE LEUCOPLASIA BUCAL FISURADA

POR EL

DR. BLAS SIERRA

Dentro de la modesta esfera en que la mayor parte de los médicos desenvolvemos nuestras actividades, no^odejan de presentarse casos clínicos de algún interés que, bien por su poca frecuencia, ya por su marcha, sus complicaciones, su terminación, ó el resultado de la terapéutica empleada, merecen los honores de la publicidad; y deber de todos es, á mi juicio, dar á conocer estos hechos, no tan sólo para someterlos al examen y contrastación de los demás, sino también para contribuir en lo posible á la construcción del gigantesco y complicado edificio de la ciencia médica.

A mediados del mes de junio anterior, tuve ocasión de ver en mi consulta, al enfermo J. Ch., de 19 años de edad, dedicado al comercio, el cual iba acompañado de un próximo pariente suyo, distinguido colega que ejerce la medicina en una capital próxima. La historia de su padecimiento es muy breve. No tiene antecedentes hereditarios ni personales desfavorables. Sus padres gozan de excelente salud, y él, hasta la presentación de la dolencia que le obliga á consultar, no ha sufrido enfermedad alguna.

En el mes de mayo de 1911, un hermano suyo, le hizo notar que tenía la lengua sucia. En efecto, mirándose al

espejo, comprobó la existencia, en el centro de la cara dorsal de dicho órgano, de una gran mancha, blanca, nacarada, brillante, de contornos irregulares, ocupando una extensión de unos dos centímetros cuadrados.

El enfermo relacionó el estado de su lengua, con probables trastornos digestivos y tomó diferentes fórmulas de purgantes, sin advertir mejoría alguna. Algún tiempo después, sin conceder importancia á su dolencia, por que no le originaba dolores ni molestias de ninguna clase, fué notando que la mancha se extendía, por la aparición de otras pequeñas próximas, que se unían entre sí, llegando á alcanzar los bordes linguales. En el mes de septiembre siguiente, comenzó á sentir algunos dolores, sobre todo cuando tomaba alimentos calientes, sólidos ó líquidos, apreciando algunas mañanas, mal sabor de boca y sensación de aspereza. En octubre, la capa blanca y brillante ocupaba una extensión mayor, existiendo algunos surcos, á manera de pliegues que no dividían aquélla en todo su espesor, pero un punto situado aproximadamente en el centro de la mitad derecha, era asiento de dolores más intensos al hablar y comer, en cuyo sitio, fijándose con detenimiento, comprobó la presencia de un surco más profundo que los demás, á manera de fisura. Esta fisura fué ganando en extensión y profundidad, y algunos días llegó á ser asiento de dolores espontáneos, de carácter pungitivo.

En enero de 1912 consultó, y le recomendaron preparados iódicos al interior, y localmente soluciones astringentes, prohibiéndole el uso de licores y tabaco.

El enfermo fué empeorando; la fisura se hizo mayor en longitud y profundidad, presentándose otra nueva en las proximidades de ella, desde el punto donde termina el

extremo anterior de la V lingual, hacia adelante, paralelamente al borde lingual. Le costaba bastante trabajo hablar; sufría atrozmente en el momento de las comidas, sobre todo al contacto de alimentos calientes, y experimentaba algo de ptialismo y sabor agrio.

Cuando veo al enfermo, el día 15 de junio anterior, puedo comprobar lo siguiente: Su aspecto es de la más perfecta salud; no presenta estigmas de tuberculosis ni sífilis; la reacción de Wasserman es francamente negativa; el estado de la dentadura perfecto; no hay alteraciones digestivas y el análisis completo de la orina patentiza una gran normalidad que autoriza á rechazar, como causa influyente en la marcha de la dolencia, á cualquiera de los estados morbosos generales que en ocasiones pueden desempeñar un papel más ó menos importante, (glicosuria-oxaluria-fosfoturia-azoturia, etc.)

En el centro de la cara dorsal de la lengua, se ve una franja ancha, de forma angular y vértice anterior, que llega hasta los bordes, de unos tres centímetros de anchura, cuyo límite posterior forma con la V lingual, un rombo casi perfecto.

Esta capa es nacarada y hállase constituída por la confluencia de muchas placas blancas pequeñas que, al agruparse, han formado un barniz liso, cuyo espesor varía en los diferentes puntos. Esta capa epitelial blanca y brillante, recubre en algunos sitios las papilas coroliformes y fungiformes, ahogándolas en su espesor. La ancha franja nacarada presenta numerosos surcos á manera de pliegues, que no dividen el barniz, orientados, los que más se señalan, en sentido antero-posterior y entrecruzados por otros menos profundos, formando polígonos irregulares. Estos surcos

desaparecen al extender la mucosa y no son asiento de sensibilidad.

En la mitad derecha de la franja, paralelamente al borde lingual, existen dos surcos: uno posterior y otro anterior. Este último es más largo, anfractuoso, de unos 25 milímetros, ramificado lateralmente. El otro es más pequeño y casi rectilíneo. Ambos son profundos, rompen la continuidad de la capa córnea en toda su altura, como se comprueba extendiendo la lengua para entreabrir los labios de las fisuras, cuyos bordes son menos nacarados y en sus fondos respectivos se ven algunas papilas induradas, existiendo en algunos puntos ligero exudado muy adherente. Por palpación se nota que al nivel de las fisuras el tejido lingual es más denso, duro y resistente, como algo nudoso; y debajo del borde del maxilar, en el lado derecho, se tocan pequeños ganglios duros que ruedan bajo los dedos. En estas fisuras es donde el enfermo siente violentos dolores espontáneos que se exacerban por el contacto de las bebidas y partículas alimenticias y al mover la lengua para hablar.

En ambas mejillas, al nivel de la línea interdientaria y en la proximidad de las comisuras labiales existen placas simétricas, triangulares, de vértice posterior, algo confluentes, formando verdaderos islotes alargados.

En vista de todos estos síntomas, formulé el diagnóstico clínico de *leucoplasia bucal fisurada con tendencia á epiteliomatizarse*.

No tiene por objeto este artículo, tratar con la extensión debida lo que á la leucoplasia hace referencia. Quédese esto para aquellos que consagrados á estos estudios, lo pueden hacer mucho mejor que yo. Pendiente aun la cuestión;

hay bastantes que como E. Gaucher sostienen que no hay leucoplasia sin sífilis anterior. Para otros, la génesis de esta enfermedad está singularmente favorecida por el mal funcionalismo del estómago y del intestino, por las irritaciones locales de cualquiera naturaleza que ellas sean, el tabaco en primer término, las caries dentarias, el empleo del soplete en los vidrieros (Guinaud, E. Besnier), los alimentos muy especiados, su empleo demasiado calientes, las bebidas alcohólicas, etc.; para el Dr. Humbert, de Barcelona, las verdaderas leucoplasias son siempre sífilíticas. Brocq admite dos estados morbosos que incontestablemente predisponen á la leucoplasia; la sífilis y el artritisismo; y dos causas determinantes principales, el tabaco y las asperezas dentarias.

— Pues bien; en nuestro enfermo, no hay vestigios de sífilis. La capa leucoplásica, es más gruesa que en la L. sífilítica, la lengua no presenta el aspecto lobulado y mamelonado que en esta última variedad la comunican el desarrollo y profundidad de los sureos.

Es fumador sí, pero hace tres años y no con exceso. La leucoplasia no presenta los caracteres que E. Vidal y Bullin asignan á las llamadas *placas blancas de los fumadores*; movilidad de las lesiones, existencia al nivel de las placas, de minúsculas flictenas que se rompen y dejan al descubierto pequeñas superficies exulceradas; aparición de las placas á la derecha ó á la izquierda de la línea media sobre el sitio donde actúa directamente la columna de humo que procede de la pipa; formación al nivel de este punto de una lesión que comienza por enrojecimiento ó lividez de la mucosa, que se torna lisa y como depapilada y después se cubre de un barniz ó mancha

adherente, blanco-amarillenta que poco á poco se va espesando.

No se trataba tampoco de una *esclerosis lingual sifilítica*, con su induración característica, leñosa y su aspecto mamelonado, con predominio marcado de las lesiones en los bordes y la punta. Ni de *cicatrices consecutivas á evolución de sífilides gomosas*, que no habían existido. Tampoco era un *liquen plano*, que hubiera comenzado por las mucosas, y al cual distinguen perfectamente el color opalino de las manchas, parecido al que produce un toque con nitrato de plata, y el aspecto dendrítico de las lesiones. Ni una *descamación marginada aberrante de la lengua* con sus placas circinadas, descamadas y rojas; ni mucho menos había motivos para pensar en una glositis de las que se presentan en los caquéticos.

Planteados el diagnóstico, quedaban como hechos salientes que merecieran fijar la atención:

- 1.º La edad del sujeto; si bien P. Bernard cita un caso en un niño de 12 años.
- 2.º La ausencia de síntomas que revelen la existencia de sífilis.
- 3.º El buen estado de la dentadura.
- 4.º La normalidad de las funciones digestivas.
- 5.º La normalidad de la composición urinaria.
- 6.º El relativamente escaso uso del tabaco.

Teniendo esto en cuenta, cabe desde luego admitir con Brocq que existe indudablemente, una predisposición especial para esta afección independiente de todo factor morboso conocido y que si bien hay leucoplasia tabáquica, sifilítica, de los vidrieros, dentaria, etc., debe también admitirse una leucoplasia esencial, por hoy al menos; y

mientras no se explique la causa de aquélla que, como la del caso actual, se desarrolla sin intervención marcada y demostrable de uno de aquellos factores.

Con los cuidados debidos, separé un trozo del exudado existente en la fisura grande y examinado al microscopio, comprobé que estaba formado por restos de células de la mucosa lingual, sin núcleo visible y de protoplasma granuloso, bastantes células migratrices y células algo atípicas del cuerpo de Malhigpio, en kariokinesis.

No cabía por lo tanto duda que el proceso era bastante serio, que asistíamos quizá al comienzo del desenvolvimiento de un epitelioma y que era preciso obrar con energía. A mi distinguido colega pariente del enfermo le expuse mis temores respecto á los resultados terapéuticos que pudiéramos prometernos con el empleo de recursos médicos y quirúrgicos. En aquel instante, recordé los éxitos obtenidos por Constantín sobre la leucoplasia, tratándola por la chispa de resonancia (*Annales de Dermatologia et Syphiligraphie* núm. 2 febrer 1911 p. 91-93) y propuse su empleo; sin perjuicio de vigilar atentamente la marcha de las fisuras para resolver lo que procediera. El año anterior había tratado á un enfermo que padecía fisura anal, utilizando las chispas de alta frecuencia y alta tensión con electrodo condensador de vidrio (modelo Oudín); y por analogía de procedimiento terapéutico se me ocurrió emplear este medio curativo no sólo para la leucoplasia si no también para su complicación las fisuras.

Nada pude encontrar en los libros que poseo respecto al *modus operandi* para el presente caso. Solamente conocía lo practicado por Constantín en la leucoplasia sin complicación. He aquí lo que hice:

Como las aplicaciones bipolares de alta frecuencia, son más eficaces que las unipolares, empleé las primeras. El electrodo indiferente era sostenido por la mano izquierda del enfermo, al cual sentaba cómodamente. El electrodo activo estaba constituido por un manguito de vidrio, modelo Oudín, de 15 centímetros de longitud y un centímetro de diámetro.

Antes de producir la chispa de condensación, colocaba el electrodo sobre la región enferma, para evitar la impresión que puede producir la corriente de cierre, aunque es insignificante.

La primera sesión fué de tres minutos de duración, y al siguiente día manifestó el enfermo que los dolores eran menores y mejor el sabor de boca.

Al siguiente día nueva sesión de tres minutos, dirigida principalmente sobre las fisuras.

Al tercer día el enfermo afirma que le han desaparecido los dolores espontáneos y que no son provocados por los movimientos indispensables para comer y hablar. En el fondo de la fisura grande, se ve un comienzo de cicatrización al nivel del extremo anterior; el exudado que se forma, es menor y se desprende más fácilmente.

Entusiasmado por el efecto obtenido, continuó dirigiendo el tratamiento sobre las fisuras sobre todo, y de tal manera progresa la mejoría, que á los once días se cierra por completo la fisura anterior, la grande, dejando en su lugar una cicatriz, firme, de un color rosa pálido, de bordes no indurados, de una consistencia igual al resto de la lengua. El enfermo no ha vuelto á sentir dolores; come, habla, bebe líquidos á temperaturas que antes no podía soportar, sin sentir la más ligera molestia. Cinco días después cicatriza de la

misma manera, la fisura posterior, que ha sido la más rebelde á pesar de su aparente insignificancia. Los ganglios que se tocaban al lado derecho, cuesta trabajo percibirles y la franja leucoplásica, sobre la cual empleo el método señalado por Constantin se va modificando también. En algunos puntos la placa de leucoplasia toma un aspecto blanco-grisáceo y al día siguiente ó dos días después aparece una pequeña escara que se desprende en tres ó cuatro días, verificándose la reparación rápidamente.

¿Qué enseñanza debemos sacar de estos hechos?

Yo creo que el resultado obtenido autoriza á emplear este recurso en casos análogos, máxime cuando se puede recurrir á él sin olvidar ni dejar de practicar el hipocrático aforismo *primum non nocere* y además tratándose de un proceso en el cual la tendencia á epiteliomatizarse, es un grave riesgo que justificadamente hay que temer, cuando las placas leucoplásicas se fisuran y proliferan.

Y ¿cómo explicarnos el efecto curativo obtenido por el empleo de la electricidad bajo la forma empleada?

Sabido es que las chispas de alta frecuencia, con electrodo condensador, producen efectos diferentes.

A consecuencia de la transformación de la energía eléctrica en energía mecánica y en calor, concentrada sobre la superficie del punto de penetración, se determinan efectos revulsivos que prolongados pueden llegar á ser de destrucción de tejidos; prestándose esta acción á diferentes aplicaciones. Además las corrientes de alta frecuencia lo mismo bajo la forma de efluvios, que bajo la forma de chispas, determinan como las aplicaciones directas, una disminución de la sensibilidad, siempre que la aplicación se haga gradualmente, colocando el electrodo en contacto con la región enferma

antes de establecer la corriente y aumentando la longitud de la chispa á medida que se va produciendo el efecto analgésico. Y por último, está demostrado que las chispas de alta frecuencia y alta tensión, sobre todo empleando el electrodo condensador, gozan de propiedades tróficas y microbicidas.

No cabe duda, como afirma Gariel, que este agente físico, bien manejado, obra provocando una alteración química de los tejidos, una destrucción elemental, casi instantánea, sin dejar huella por lo común, propia de iones nacidos en el electrolito; sútiles metamorfosis difíciles de averiguar en su íntimo mecanismo, en un medio tan complejo como es el organismo.

Por su indudable acción trofo-neurótica, se consigue con su empleo la cicatrización de heridas atónicas y su rápida reparación. Bajo su influencia, se modifica la vitalidad celular, se activa la fagocitosis y se ejerce innegablemente un poder bactericida, cuya explicación depende en parte quizá, no tan sólo del abundante desprendimiento de ozono que acompaña á las descargas de esta forma de energía eléctrica, sino también de la acción de los rayos violados y ultra-violados que producen los efluvios y las chispas; y está multiplicidad de efectos terapéuticos explican, á mi entender, los resultados obtenidos en el presente caso.

EL MASAGE MANUAL EN LA GOTA

POR

JOSE SANZ SATO

MÉDICO-MASAGISTA

Aunque el masage es de antiquísimo origen, puede decirse que, apesar de los esfuerzos de Ling, su práctica no empezó á generalizarse hasta hace unos treinta años; pero desde el momento en que Lucas Championniere empleó felizmente el masage en las fracturas, sus aplicaciones han sido cada vez más extensas; y es natural que así sea, porque tendiendo tan beneficioso proceder cinésico unas veces al desarrollo y otras á la reparación de los órganos enfermos, produce siempre, si es bien dirigido, favorables modificaciones meca-nomórficas de índole biogénica tan perfectamente estudiadas por Lamarch Guerín, etc., y cuya acción no sólo se limita á la piel, músculos, tendones, vísceras y nervios, sino que, al decir de Marey, también los huesos y las articulaciones se modelan, como si fueran cera blanda, bajo su regulado influjo.

Consideraciones de esta naturaleza fueron seguramente las que decidieron al Dr. Moreno á utilizar el masage en el tratamiento de la gota, y los lisonjeros resultados obtenidos en la enferma encomendada por él á mis cuidados de masagista, confirmaron la idea que guió á la indicación de tal medio terapéutico físico.

Veamos el caso: Tratábase de una señora de 55 años de edad, gotosa antigua con manifestaciones de nefro-esclerosis y preferente localización de su enfermedad en ambas rodillas (gonagra). Esta señora había usado los procedimientos farmacológicos clásicos y modernos, y últimamente había sido sometida á la cura de Vichy, recibido baños de luz y practicado ejercicios mecanoterápicos, (movimiento de bicicleta, con aparato Zender), sin que, sobre todo con este último modo de tratamiento, consiguiera otra cosa que hacer más frecuentes sus crisis articulares y sus dolores más intensos. Al comenzar el masaje era para esta señora el subir escaleras ejercicio penosísimo, y su deambulacion era también en extremo difícil, precisando auxiliarse de un bastón para andar algo. Explicaba claramente este defecto funcional el aspecto de sus rodillas, que se ofrecían á la exploración totalmente invadidas de induraciones tofosas (nódulos artríticos) y de tumefacciones blandas periarticulares que originaban un conjunto deforme y voluminoso, más marcadamente acentuado en la rodilla derecha.

En estas circunstancias comenzó el masaje bajo la técnica siguiente:

Acostada la enferma en decúbito supino perfectamente cómoda, con la extremidad inferior en semi-flexión, y después de recomendarla que no intentase verse la rodilla, comenzaba la sesión por presiones en dogal muy suaves, que empezando en el extremo inferior del tercio superior de la pierna, iban á concluir en el extremo superior del tercio inferior del muslo; inmediatamente seguían las fricciones; dispuestas entonces las manos en canal transversal, rodeaban completamente la articulación, de manera que los pulgares fuesen á caer sobre el ligamento rotuliano, haciendo

sobre él y sobre la cara anterior de la rodilla y parte antero-inferior del muslo, fricciones radiadas; al mismo tiempo las palmas fricciónaban las zonas laterales de la articulación, y los dedos índice y medio de cada mano amasaban los tendones terminales y parte de los músculos posteriores del muslo. Sosteniendo siempre una presión igual, muy moderada, aumentaba progresivamente la velocidad de las fricciones, que prolongaba durante 15 minutos.

Los resultados no se hicieron esperar; muy pronto el volumen de la articulación empezó á disminuir, á la vez que se atenuaban los dolores y aumentaba la cantidad de orina espelida. A la octava sesión no necesitaba valerse del bastón para andar. A la sesión 14 subía las escaleras sin esfuerzo, apoyando un pie en cada banzo. Después, y más rápidamente cada vez, sus movimientos se hicieron fáciles y como revestidos de cierta agilidad.

En la sesión 18, sus rodillas medidas al nivel de la línea articular, daban una circunferencia igual, siendo así que al principio existía entre ellas una diferencia de más de un centímetro.

La sesión núm. 20, fué la última de la serie; y en tan corto número de sesiones, y en espacio de tiempo tan limitado, fué la mejoría tan rápida y completa en este caso, que por sí sólo hace pensar que los gotosos tienen en el masaje nuevo y poderosísimo elemento con el que fácilmente poder aligerar el peso mortificante de los trastornos que en ellos origina la acumulación de uratos.

UN CASO DE ESTENOSIS CICATRICIAL DEL ESOFAGO

FOR EL

DR. MISAEL GARCIA

Hasta estos últimos tiempos el problema terapéutico de las estenosis esofágicas era relativamente sencillo, ya que constituía un dogma y estaba universalmente admitida la dilatación por medio del cateterismo (sondaje ciego). Pero los infatigables trabajos de Tapia y Goyanes, entre los españoles, y los de Guiser y Killian en el extranjero, nos han abierto un nuevo y vasto campo en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.

Mi distinguido é ilustrado amigo el Dr. Goyena, queriendo precisar el diagnóstico y sobre todo la naturaleza de la estenosis que padecía el enfermo de su Clínica J. M., me indicó lo conveniente que sería practicarle una esofagoscopia que nos sacase de dudas. La historia, escasa en datos, se reduce á lo siguiente: el 10 de noviembre del año pasado al disponerse á comer, observó que los alimentos sólidos (pan sobre todo) eran deglutidos con dificultad, que se le detenían á nivel del tercio inferior del esternón, con ligera sensación de dolor y ausencia de toda reacción mediastínica; aquella dificultad fué lentamente aumentando hasta el 16 de febrero, en que no pudiéndose alimentar más que por líquidos y en vista de su extremada demacración, que le daba un aspecto de caquéxico canceroso, ingresó en el Hospital, con frecuentes y

abundantísimas regurgitaciones de moco y saliva y un apetito excelente, para mayor mortificación del pobre enfermo.

El 20 de febrero se le hizo la primera esofagoscopia, anestesiado con cocaína, posición sedente, mango de Brunnig y tubo de Killian de 13 mm. Cuando hubo penetrado el tubo 25 centímetros, observamos que el esófago se encontraba lleno de leche (que había tomado momentos antes) moco y saliva que aspiramos con la bomba y nos permite ver una dilatación ampular, en cuyo fondo se nos presenta la estenosis en forma de un anillo perfectamente definido, cubierto de granulaciones que sangran con facilidad. En el centro de ese anillo percibimos un orificio por el que refluye una gran cantidad de líquido mucoso procedente del estómago y que volvemos á aspirar. Seguimos introduciendo el tubo, hasta acercarnos todo lo posible al sitio estenosado, que se halló á 23 centímetros de la línea dentaria, y entonces no disponiendo de *guía-conductor* y *dilatadores* Tapia, tuvimos que recurrir á una sonda ureteral con la que después de repetidos tanteos logramos hacer el cateterismo, que fué gradualmente continuándose con bujías esofágicas de 5 á 12 mm.

Del 20 de febrero al 12 de mayo repetimos la exploración esofagoscópica cada diez días, con el fin de observar las modificaciones sufridas en el punto estenosado, viendo con gran satisfacción que habían variado por completo, y en vista de que el enfermo iba nutriéndose, deglutía con facilidad cualquier clase de alimentos, adquiría buen color y ganaba en peso, el 18 de mayo se le dió el alta.

REVISTA DE REVISTAS

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Técnica de la aplicación del «606» por la vía rectal, por el doctor Luis del Portillo, (*Revista Española de Dermatología y Sifiliografía*, julio, 1912).

Después de unos comentarios muy claros razonando la terapéutica por vía rectal del «606», el Dr. Portillo obtiene las siguientes conclusiones que avaloran extraordinariamente su trabajo.

1.^a El «medio» rectal del conejo, ó sea, el contenido de su intestino recto, tiene generalmente reacción ácida.

2.^a El «jugo» rectal del conejo vivo en ayunas, con intestino recto vacío y lavado con agua destilada, tiene reacción muy alcalina.

3.^a La disolución ligeramente alcalina de arseno-benzol, hecha en suero fisiológico al cinco por mil, inyectada en cantidad de 10 centímetros cúbicos, á dosis mortales y no mortales, en el intestino recto vacío y lavado con agua destilada (1) de un conejo en ayunas, no se descompone durante todo el tiempo que dura la absorción (2).

4.^a La inyección rectal de 10 c. c. de solución alcalina de arseno-benzol, á dosis no mortal, repetida semanalmente en el mismo conejo durante seis semanas, no ha producido en la mucosa del intestino recto del animal, sacrificado una semana después de la última inyección, lesiones que puedan ser apreciadas macroscópicamente.

(1) En el conejo común y en el conejillo de Indias he hallado gran dificultad en conseguir un vaciamiento completo y algo duradero del intestino recto, sin que corra peligro la vida del animal.

(2) La absorción total dura quince minutos como máximum.

5.^a La mucosa del intestino recto de un conejo intoxicado por una inyección rectal de 10 c. c. de solución alcalina de arseno-benzol á dosis mortal, examinada inmediatamente después de la muerte del animal, presenta á simple vista sólo una ligera hipere-mia. Examinada esta mucosa al microscopio, en cortes coloreados en unas preparaciones según el método del picrocarmin y de la hematoxilina y eosina, que da tan bellos contrastes, y en otras, por el método de Van-Giesson, se observa lo siguiente: en la capa de células prismáticas exagonales del epitelio que recubre las vellosidades, se observa en algunas de estas células un enturbiamiento del protoplasma que impide ver el núcleo; en otras, la chapa estriada en que terminan ha desaparecido. Las subcapas papilar y glandular del dermis mucoso aparecen como normales.

6.^a Si se inyecta en el intestino recto de un conejo cantidades de la solución alcalina de arseno-benzol, á dosis no tóxicas (1), que oscilan entre 40 y 60 c. c., la inyección es expulsada. Si á este mismo conejo, diez minutos antes del enema medicamentoso, se le aplica una fuerte inyección hipodérmica de cloruro mórfico, ó media hora antes de la inyección rectal, se le hace ingerir una fuerte dosis de extracto tebáico, la inyección es retenida y el arseno-benzol es absorbido.

7.^a Un conejo alimentado previamente durante cuatro ó seis días exclusivamente con sustancias desecadas (pan ó galleta desecados), absorbe mejor, con más rapidez y mayor volumen de la solución alcalina de arseno-benzol, á dosis no mortal, que otro conejo, que, en igualdad de circunstancias, haya sido alimentado con sustancias muy ricas en agua (hierbas, verduras diversas).

8.^a La investigación diaria del arsénico en la orina de conejos que han recibido una inyección intravenosa ó subcutánea de arseno-benzol, á dosis máxima no mortal, ha dado resultado positivo en términos que han oscilado entre 4 y 6 días como máximo, y

9.^a La investigación diaria del arsénico en la orina de conejos que han recibido una inyección rectal de la solución alcalina de arseno-benzol, á dosis máxima no mortal, ha dado resultado

(1) La dosis de 606 soportada en inyección rectal por los conejos ha sido, por término medio, en mis experiencias, de 0,1 gramo por kilogramo de peso del animal, dato que concuerda con las observaciones de Hata y de Ehrlich operando por vía intravenosa. Existe, pues, gran similitud de toxicidad entre la vía rectal y la vía intravenosa, siempre que la absorción por la primera sea perfecta.

positivo siempre durante más de 6 días. Sin duda el hígado se opone á la dispersión demasiado rápida del medicamento en la circulación general.

De todas estas interesantes observaciones he deducido no solamente la inocuidad del preparado de Ehrlich respecto á la integridad de la mucosa rectal, punto que me tenfa muy preocupado cuando comencé mis experiencias, pues por aquella época se daban á conocer en la prensa médica extranjera temibles casos de necrosis y enormes esfacelos producidos por las inyecciones intramusculares y subcutáneas del preparado, si que también preciosas enseñanzas que me han sido de gran utilidad en la concepción de mi técnica especial de aplicacion rectal del «606»

Hace después un estudio bien fundamentado de las condiciones precisas en que debe conservarse el recto para verificar la inyección del «606» terminando con la exposición de la técnica comprendida en cuatro apartados que por su interés ponemos á continuación:

Preparación del enfermo.—a) Desde dos ó tres días antes de la aplicación del «606», se abstendrá el enfermo de toda clase de líquidos.

b) La inyección se hará unas ocho ó nueve horas después de aquella en que el enfermo tiene por costumbre verificar su deposición excrementicia diaria.

c) Se evitará la inyección rectal durante la digestión (1).

d) Momentos antes de aplicar el «606», se dará al enfermo una abundante irrigación ó enema rectal de agua fría, que expulsará después por completo.

e) Diez minutos antes de empezar la inyección rectal de la solución alcalina de arseno-benzol, se pondrá al enfermo una inyección hipodérmica de un centígramo de cloruro mórfico.

Preparación de la solución del «606».—Se emplea como disolvente el suero artificial al 5 por 1.000, hecho con agua recién destilada y hervida. Si no se dispone de agua destilada, puede hacerse este suero, sencillamente, con agua hervida.

La cantidad de disolvente que se emplea, varía según la dosis de «606» que se quiere inyectar. He adoptado en mi práctica las proporciones siguientes:

(1) Suponiendo que el enfermo ha hecho su evacuación intestinal de costumbre á las ocho de la mañana, y que la comida del medio día la verifica de doce á una, es buena hora para inyección rectal del 606 á las cuatro de la tarde.

Para la dosis de 0'30 grs.....	75 grs. de suero artificial.	
—	0'40 grs.....	100 grs. —
—	0'50 grs.....	125 grs. —
—	0'60 grs.....	150 grs. —

La solución se hace muy sencillamente. En un frasco de tapón esmerilado, de 250 c.c. de capacidad, se echa primero el suero, y después, el contenido de la ampollita de arseno-benzol de la dosis que se quiere usar; se tapa el frasco, y se agita fuertemente durante cinco minutos. Queda así perfectamente disuelto el medicamento, pero en solución ácida, de color amarillo dorado, clara y transparente. Falta ahora transformar esta solución ácida en alcalina. Para esto se añade gota á gota, con una pipeta, la cantidad necesaria de la solución de sosa cáustica al 15 por 100. Desde que se echan las primeras gotas, el líquido se enturbia, para volver otra vez á ser claro y transparente en cuanto es débilmente alcalino. Para que no resulte la solución alcalina en exceso, conviene hacer esta manipulación con calma, y después de adicionar cada gota de la solución de sosa cáustica, agitar el frasco fuertemente durante medio minuto.

Hecha ya de este modo la solución inyectable, sólo resta filtrarla y calentarla después al baño de maría á una temperatura de 40°.

Modo de efectuar la inyección rectal.—Se coloca el enfermo en posición ginecológica en un sillón de reconocimientos. Se introduce en el recto muy despacio unos seis centímetros de una sonda de Nélaton del número 14, armada de un mandril de alambre para hacerlo con más facilidad. Se retira después el mandril con rapidez, y se pone en comunicación la extremidad ampular de la sonda con la jeringa, ó con la cánula del tubo de goma del irrigador ó del recipiente que se emplea.

Si no se dispone de una jeringa grande, y, por lo mismo, hay que cargar la que se usa varias veces para inyectar la cantidad total de la solución, es necesario, cada vez que se separa la jeringa de la sonda de Nélaton obturar ésta con una pinza de Pean ú otra cualquiera, mientras se está cargando de nuevo la jeringa, para que el líquido ya inyectado no salga otra vez al exterior por la sonda.

Si no se dispone de ninguna jeringa, pueden servir para practicar la operación un embudo, un irrigador pequeño ó un frasco cualquiera invertido, y un tubo de goma de 1,50 metros. Con sólo estos elementos se improvisa un perfecto aparato inyector. En este

caso, como el líquido entra en el recto por la presión atmosférica, conviene no colocar el recipiente á mucha altura para que la inyección se haga despacio.

Cuando ha penetrado ya en el recto la cantidad total de la solución alcalina de arseno-benzol, se obtura la sonda con la pinza y se retira la primera rápidamente.

Cuidados post-operatorios.—Terminada la inyección rectal, el enfermo se acostará inmediatamente ó lo más pronto que sea posible. La reacción, que siempre es menos intensa que la que produce la inyección intravenosa, se suele presentar á las dos ó tres horas de la aplicación del «606». El enfermo permanecerá en cama durante quince horas, es decir, que al día siguiente puede ya levantarse y hacer su vida ordinaria. Durante su permanencia en cama se abstendrá de alimentos sólidos, y se favorecerá la diaforesis con mucho abrigo y abundantes bebidas calientes.

F. DOMINGO

MEDICINA Y CIRUGIA

La cura helio-marina.—**Su práctica; sus indicaciones; sus resultados;** por L. Jaubert y G. Rivier (de Hyères), (*La Presse Médicale*, 22 junio de 1912).

Como reacción defensiva contra el diluvio de medicamentos nuevos, inútiles en su mayor parte y aun perjudiciales algunos, que inundan la terapéutica contemporánea, se acentúa cada vez más en la medicina actual, la tendencia á emplear los métodos que podrían llamarse *naturales*, ó sea aquellos que en la naturaleza se encuentran sin necesidad de artificios y cuyo papel fisiológico é higiénico es de primordial importancia.

Entre estos métodos puede decirse que hay dos que juegan principalísimo papel, que son la *thalasoterapia* (cura marina) y la *helio-terapia* (cura solar). La asociación de los dos constituye la cura *helio-marina*, que se llama integral cuando comprende á la vez el baño de mar y el baño de sol.

El sol obra sobre el organismo, á lo que parece, tanto por sus rayos químicos como por los caloríficos. Los caloríficos al elevar la temperatura de la piel, provocan en ella una hiperhemia que acelera la cicatrización de las lesiones locales, es decir, realizando naturalmente lo que de un modo artificial se obtiene por las

aplicaciones de aire caliente; pues la temperatura del baño de sol puede llegar á 40° y más. Los rayos químicos ó luminosos ejercen una acción bactericida demostrada por numerosos experimentadores, siendo los rayos más enérgicos los azules, violetas y ultravioletas. Una de las mayores ventajas de la cura solar en las costas marinas, es que la pantalla azul de la mar refleja los rayos verdes, azules y violetas, obrando á la manera de un gigantesco y beneficioso prisma.

La terapéutica solar se emplea en forma de *baños del sol*. Este puede ser *local* y *general*, siendo el de más importancia el general, porque la acción solar se ejerce tanto localmente como sobre todo el organismo. El baño no sólo debe ser general sino prolongado progresivamente, de un modo prudencial.

Hé aquí la técnica seguida por los autores: después de ocho días sin tratamiento, con objeto de obtener la adaptación climatérica, se comienza por tres aplicaciones diarias de cinco minutos cada una, á las piernas solamente; al día siguiente estas regiones sufren una insolación de diez minutos y los muslos una de cinco; al tercer día quince minutos las piernas, diez los muslos y cinco el tronco. Sucesivamente se va aumentando la extensión del baño hasta los hombros, y su duración, siempre que no se presente un eritema solar que obligue á suspender temporalmente el tratamiento. Cuando se ha llegado á obtener la pigmentación cutánea se podrá, tanteando la tolerancia del enfermo, prolongar el baño á algunas horas; sin embargo los médicos alemanes y Malgat y Monteuss en Francia, preconizan el de veinte á cuarenta minutos, pero esto es cuando se trata de enfermos atacados de lesiones internas, pues en los que padecen afecciones quirúrgicas ó externas no ofrece peligro una duración más larga del baño solar.

El mar es también un poderoso agente de cura naturista. El aire marino se caracteriza por su pureza, debida á la ausencia de polvo, y por su riqueza en elementos minerales, sobre todo cloruro sódico, bromo, yodo y ozono. Hay motivos para creer que parte de estos elementos deben encontrarse ya en estado coloidal, ya en el de ionización, ó en un estado físico que desenvuelva sus propiedades radiactivas. Fuera del aire, el mar constituye el principal agente de la cura marina.

El baño de mar puede ser prescrito en la playa, en piscina ó en bañera.

El baño de playa sienta admirablemente bien á los ganglionares fistulizados ó no, á los deprimidos y á todos los convalecientes

óseos ó articulares. Su duración debe variar de tres á diez y aún quince minutos, según la resistencia individual y la temperatura del agua y del ambiente. Será seguido de un baño de sol ó de un ejercicio algo fuerte.

El baño de piscina á 30°-32° conviene á los débiles, á los niños de circulación lenta y, sobre todo, á los sujetos que reaccionan difícilmente.

El baño á 35° en bañera es el más adecuado á los niños raquíuticos, á los atrépsicos y á los que tienen tuberculosis múltiples. En los adultos que padecen inflamaciones tórpidas del peritoneo (peritonitis pelvianas) ó reumatismo tuberculoso, presta también grandes servicios.

Aunque la organización de la cura está sujeta en su técnica á múltiples variaciones dependientes del enfermo, de la enfermedad y del medio ambiente que no permiten ser precisadas de una manera absoluta, pueden sin embargo sentarse los principios generales siguientes:

1.º Los enfermos atacados de osteoartritis en evolución, sea mal de Pott, escapulalgia, coxalgia ó cualquier otro tumor blanco, serán inmovilizados y sometidos al baño de sol diario. Deben preferirse los aparatos de extensión á los corsés enyesados, para permitir la insolación de las regiones afectas. Si los aparatos de yeso son indispensables, se harán ampliamente fenestrados.

2.º Los óseos, osteo-articulares pötticos ó coxálgicos curados, llevando ó no aparatos amovibles; los ganglionares, los peritoníticos, los anémicos, los pleuríticos ya sin reacción flogística, serán sometidos al baño de sol diario y al de mar, que será de playa, siempre que las condiciones del enfermo lo permitan.

3.º Los raquíuticos, óseos curados con estado general deficiente, en una palabra, todos los debilitados, serán sometidos al baño de sol y al de mar que será, según las indicaciones, baño de piscina ó en bañera.

Las principales indicaciones de la cura heliomarina son:

Las tuberculosis óseas y articulares de localización única, tales como la coxalgia, el mal de Pott, el tumor blanco de la rodilla, para no hablar más que de las localizaciones frecuentes que curan con resultados notables, sin abscesos fistulizados, sin atrofia y frecuentemente sin anquilosis.

La tuberculosis ganglionar, ya se trate de adenitis secas ya de adenitis supuradas, cura ó se mejora notablemente, desapareciendo los infartos por resolución, agotándose las supuraciones y

normalizándose de un modo ostensible el estado general. Sólo la adenitis monoganglionar ó linfoma tuberculoso resiste la influencia del tratamiento sin modificaciones apreciables.

En las tuberculosis quirúrgicas múltiples se obtienen brillantes resultados con este método, lo mismo cuando las lesiones son cutáneas que cuando se asientan en las articulaciones, pleura, testículos ó peritoneo.

También el raquitismo es beneficiosamente influenciado, pues las deformaciones óseas se modifican, los tejidos adquieren tonicidad y el crecimiento recobra su evolución normal.

Las principales contraindicaciones de esta cura son la tuberculosis pulmonar, cuando es de la forma llamada antes erética, pues suele presentarse fiebre y hemoptisis, y la caquexia de las tuberculosis externas, porque con la excitación violenta de la atmósfera marina se presentan fácilmente localizaciones pulmonares ó meningeas.

G. CAMALEÑO

El efecto purgante de las inyecciones hipodérmicas de sulfato de magnesia, por los Dres. A. Robin y M. Saurdel. (*Bull. et Mem. de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, núm. 21, junio 1912).

El 26 de enero de 1912, una enferma entró en el hospital Beaujon, sala Gubler, quejándose de dolores gástricos muy vivos, consecutivos á la absorción de sublimado. A los dolores se unía un estado de postración intensa. La menor tentativa de alimentación era seguida de vómitos muy penosos con estrías de sangre, lo que obligó á la dieta absoluta. Pero la orina era escasísima, el estreñimiento invencible y no se podía pensar en el uso de un purgante por vía gástrica porque además de la intolerancia era necesario dejar en reposo la mucosa del estómago. Apremiando la necesidad de una gran evacuación intestinal que compensase la anuria existente, uno de los autores, recordando las experiencias que otras veces había hecho en el servicio de A. Gubler, tuvo la idea de ensayar los efectos purgantes del sulfato de magnesia administrado por vía hipodérmica.

R. y S. hacen referencia de la serie de trabajos publicados sobre este asunto, y luego exponen los resultados obtenidos en las múltiples experiencias que han hecho sobre diversos enfermos, animados por el excelente éxito que obtuvieron en la enferma intoxicada.

Para sus experiencias han utilizado soluciones esterilizadas de cloruro de magnesio á 0,25 centigramos de sal por gramo de agua. Las inyecciones fueron practicadas primero en la nalga y posteriormente en la piel del vientre, región que produce menores molestias y que al parecer absorbió mejor el medicamento.

La técnica seguida fué la corriente en esta clase de inyecciones; jamás tuvieron que presenciar accidentes generales ni fenómenos locales de irritación ó infección. La dosis que comenzaron á inyectar fué de 1 centímetro cúbico de la solución al $\frac{1}{4}$ de sulfato de magnesia.

En cinco enfermos de afecciones agudas obtuvieron muy buen efecto, y en dos el estreñimiento no reapareció después de las inyecciones. Las evacuaciones se obtuvieron generalmente con dos inyecciones.

Otro grupo de cinco observaciones necesitó inyecciones repetidas para obtener alguna deposición, y entre estos enfermos pudieron comprobar en algún caso que las dosis crecientes no eran seguidas de efecto (este hecho ya fué observado por Lutón y Gubler), consiguiéndose cuando se redujo la cantidad inyectada á la dosis inicial. También han obtenido fracasos con este procedimiento, pues en cuatro casos las inyecciones no produjeron efecto alguno. A pesar de estos fracasos—dicen los autores—se trata de un procedimiento cuya eficacia purgante no se puede negar.

El medicamento no obra proporcionalmente á su dosis; los resultados obtenidos con las dosis mínimas son en general más satisfactorios que los debidos á las dosis fuertes. Una vez solamente, entre trece casos, se produjeron deposiciones diarréicas; las restantes, fueron materiales duros ó normales. Dos enfermos observados posteriormente afirmaron hallarse curados de su antiguo estreñimiento, pues desde su salida del hospital no necesitaron de ninguno de los medios que antes tenían que usar para mover el vientre.

Para darse cuenta del mecanismo de acción de este purgante, pasan revista á las diversas teorías y exponen lo siguiente:

«Tres mecanismos se invocan para explicar la acción de los purgantes en general. Para unos, es un fenómeno osmótico (Poiseuille), y, naturalmente, estos autores no admiten la eficacia del purgante introducido bajo la piel. Para otros (Thiry, Radziejewski), es excitando el peristaltismo de los músculos intestinales como obra el medicamento. Para Vulpian, en fin, hay solamente irritación catarral».

«Cualquiera que sea la vía de introducción del purgante, la teoría de la ósmosis no nos parece admisible. Claudio Bernard demostró que toda sustancia salina introducida en el estómago se hacía isotónica al llegar al intestino. Y Lœper, en 1905, lo demostró de nuevo. Por otra parte se conoce la acción determinada sobre el peristaltismo intestinal por ciertos medicamentos, tales como la nicotina, la atropina, la morfina».

«Nos parece más justo admitir la teoría segunda. Aguilhan ya mostró que la inyección intravenosa de cloruro de magnesio en el perro activaba las contracciones intestinales, determinando una abundante secreción biliar. Será, pues, el elemento magnésico el que, obrando sobre el intestino como él obra sobre las fibras musculares lisas en general, intervendrá en el caso de nuestras experiencias y será el factor primordial de la propiedad purgante. La observación clínica justifica esta manera de ver, puesto que nosotros no hemos observado casi nunca deposiciones diarreicas, sino deposiciones de consistencia normal, ó muy dura; verdaderos scybalos. La acción, pues, ha sido muy diferente de la que se obtiene cuando el sulfato de magnesia se introduce por la boca. Puede ser que en este caso, la acción ejercida sobre el peristaltismo sea mucho menor. Carnot y Glenard, en un trabajo presentado á la Soc. de Bio. en marzo de 1912, dicen que, contrariamente á lo que se observa con el sulfato de sosa que á la dosis de 0,01 centígramo excita los movimientos del intestino, es suficiente una pequeña cantidad de sulfato de magnesia para obtener una inhibición inmediata, total y prolongada del peristaltismo intestinal».

«Otra cosa sucede cuando el sulfato de magnesio es introducido en el torrente circulatorio. Los fenómenos gástricos quedan suprimidos, el curso intestinal que es su consecuencia no existe; ninguna acción sobre la mucosa del intestino. No se obtienen más que los efectos debidos á la reabsorción por los vasos de las sales empleadas».

«En una palabra, si admitimos las conclusiones de M. Lœper en su artículo del *Bulletin Médical* de 1905, en el que sostiene que en toda acción purgante hay tres factores, uno gástrico, otro intestinal directo (acción sobre la mucosa) é indirecto (acción sobre la túnica muscular), y un factor hepático, podemos decir que, en nuestro caso, el primer término y la mitad del segundo quedaron suprimidos. Sólo resta la acción sobre la capa de los músculos intestinales y la función biliar. De aquí la simple acción evacuante, raramente acompañada de diarrea, que hemos observado».

Siendo esto así ¿la introducción hipodérmica, fuera de su interés puramente fisiológico, representa algún interés terapéutico?

Estará indicada cuantas veces la introducción de un purgante por la boca sea imposible, cuando la vía rectal sea insuficiente, todas las veces que se desee obrar especialmente sobre el peristaltismo más bien que sobre la mucosa. Es decir, en las afecciones que, como el flegmón de la amígdala, el tétanos, etc., se acompañan de una disfagia intensa y de trismus, en los individuos atacados de coma urémico que no pueden deglutir, en los enfermos que vomitan cuanto toman. En fin, en los casos de paresia ó de simple pereza intestinal. Ciertos casos de obstrucción crónica del intestino pueden ser tratados con estas inyecciones, las cuales también pueden dar buenos resultados en las mujeres neurasténicas estriñidas, despertando la actividad contractil del intestino.

E. DURRUTI

Tratamiento de la gingivitis expulsiva, por el Dr. Adair. (*Atlanta Journal-Record of Medicine y Revista Dental de la Habana*, mayo de 1912).

El Dr. Adair dice que la tintura de yodo debe considerarse como un enjuagatorio demasiado fuerte para aplicarlo á la cavidad bucal, y con el fin de contrarrestar este inconveniente, ha ideado una fórmula por medio de la cual se prepara una mixtura que el autor llama yodoglicerol.

Dicha fórmula es como sigue:

Yoduro de cinc.....	15 partes.
Yodo.....	25 »
Glicerina.....	50 »
Agua.....	10 »

M. s. a.

Indicaciones: Para usarla como un enjuagatorio para la boca. Si se compara este compuesto con la tintura de yodo corriente, se notará que posee propiedades astringentes extraordinarias; la glicerina estimula la rápida absorción y los efectos irritantes se reducen al mínimo. Para aplicar el medicamento se toman aplicadores largos de madera y después de colocarles una bolita de algodón en uno de los extremos, se satura dicha bola con la preparación

y se procede á pintar el borde superior de las encías, como asimismo su porción inferior. Los labios y mejillas de los enfermos se mantienen separados de las mandíbulas hasta que el yodo se seque. Cuando se emplea este medicamento con alguna frecuencia, asegura su autor que se destruyen todos los gérmenes nocivos y se defiende la boca contra el ataque de muchos microorganismos.

Tratamientos profiláctico de los accidentes consecutivos á las inyecciones de cocaína. Dr. Gruet, (*Revista Médica Cubana y Rev. Den. de la Habana*, mayo 1912).

El Autor recomienda antes de proceder á una anestesia local por medio de inyecciones de cocaína, administrar al enfermo 25 miligramos de extracto de opio ó 15 gotas de láudano en 200 gramos de infusión de café, media hora antes de la intervención. Esta medida produce una reacción opuesta á la provocada por la cocaína. Sabemos que esta última produce una vaso-constricción del bulbo, acompañada á veces de trastornos alarmantes.

En el momento de la intervención el enfermo tiene la cara muy coloreada. La cocaína hace retroceder esta vaso-dilatación y al final de la operación el individuo tiene el color normal: no hay amenaza de síncope aun cuando el paciente tenga que andar.

Dosis de cocaína de 0'05 gr. y 0'06 gr., en solución recientemente preparada el 1 por 200, son muy bien toleradas.

La terapéutica de las leucemias, por el Dr. J. Rieux. (*París Medical*, julio 1912).

Dice el Dr. Rieux que la *leucemia* no comprende todos «los estados leucémicos» pues al lado de leucemias verdaderas acompañadas de modificaciones cuantitativas y cualitativas de la sangre, existen estados morbosos de la misma naturaleza que interesan los órganos formadores de sangre (bazo, médula ósea, ganglios linfáticos) pero no modifican nada ó muy poco la sangre circulante; es la pseudo-leucemia, sub-leucemia ó aleucemia. Estos «estados leucémicos» requieren la misma terapéutica que la *leucemia* verdadera.

La terapéutica de los «estados leucémicos» es exclusivamente médica. No hay por decirlo así excepción á esta regla, salvo para ciertos casos muy limitados de linfo adenoma ó linfo-sarcoma,

afecciones de naturaleza leucémica. En cuanto á las leucemias verdaderas toda intervención sangrienta es desastrosa. La esplenectomía practicada en algunos casos de leucemia linfoidea ó mieloidea ha acarreado fatalmente la muerte poco tiempo después de la operación.

Los agentes terapéuticos de la leucemia son:

Medicamentos químicos.

Radioterapia.

Agentes radio-activos ó dotados de radio-actividad.

Los medicamentos químicos son de una aplicación muy antigua y son los empleados en todas las enfermedades de la sangre; medicación ferruginosa, medicación fosforada y medicación arsenical.

La *radioterapia* representa hoy la medicación clásica de las leucemias verdaderas y de todas las modalidades leucémicas. Los primeros autores que emplearon la radioterapia, fueron Pusey (1902) y Senn (1903), este último publicó un caso de leucemia linfoidea, en la que, en tres meses de tratamiento, los leucocitos bajaron de 208.000 á 46.000 por milímetro cúbico; la segunda observación una leucemia mieloidea en la que en tres meses de tratamiento se observa una disminución de leucocitos, desaparición de mielocitos y reducción de la esplenomegalia.

Después de estos trabajos iniciales se hicieron muchos sobre la acción de los rayos X en los órganos hematopoyéticos y la sangre, y gracias á ellos, es bien conocida la acción fisiológica de los rayos; determinan una «leucolisis» á veces muy acentuada, que se ejerce, no solamente de una manera directa sobre los leucocitos de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, sino también indirectamente sobre ellos por intermedio de una auto-leucotoxina difusible y consecutiva á la leucolisis primordial. La técnica está bien establecida; es preciso emplear altas dosis de rayos duros, retener por filtración los rayos blandos, culpables de radio-dermitis, é irradiar las epífisis óseas, los ganglios, el hígado y sobre todo el bazo.

La radioterapia es un método delicado en el tratamiento de las leucemias que debe ser dirigido con prudencia.

¿Esta terapéutica es eficaz? Los casos de mejoría no son muchos. Se ha hablado de curación definitiva, habiendo un momento en que se creyó en su especificidad. En realidad, la curación no es jamás completa ni definitiva.

No hay más que remisiones más ó menos largas y apariencias de curación. Los rayos Roentgen activan la leucolisis, pero no tienen

acción ni sobre la causa no conocida de la hiperplasia leucocitaria, ni sobre la tendencia hiperplásica. La radioterapia no es más que una medicación sintomática.

Está contraindicada en los estados leucémicos agudos. Se la ha acusado de provocar ella misma la leucemia y Sternberj cita la historia de cuatro médicos especialistas en radiología que fueron atacados de linfo-sarcoma, pseudo-leucemia y leucemia.

Esta inseguridad de la radioterapia ha hecho que se busquen otros agentes de acción más fuerte y más durable, como son los cuerpos dotados de radio-actividad.

El radio posee una radio-actividad muy poderosa. Se ha empleado en los tumores de naturaleza leucémica, en el linfo-adenoma y linfo-sarcoma.

En Alemania se ha empleado para el tratamiento de las leucemias un metal dotado de radio-actividad débil, pero permanente, el Thorium, ó más exactamente un derivado del Thorium el Thorium X. Falta, Kriser y Zehner han empleado una solución de este cuerpo inyectada bajo la piel. Experimentalmente el Thorium provoca una leucopenia intensa y durable. En cuatro casos de leucemia, dos linfoideas y dos mieloideas, los autores han obtenido una disminución de leucocitos; en uno de los casos la tara de glóbulos blancos volvió á la normal.

También se pueden emplear las aguas fuertemente radio-activas.

Conclusiones: No existe terapéutica específica de las leucemias; sólo hay una medicación sintomática que produce una disminución de la actividad anormal de los órganos productores de glóbulos blancos; médula ósea, bazo, ganglios; y levantar el estado general del enfermo debilitado. Lo primero se realiza por la roentgenización de los órganos hematopoyéticos, método de una eficacia incontrastable, pero momentánea. Las substancias radio-activas darán resultados más duraderos que la radioterapia. Lo segundo se obtiene por la medicación ferruginosa y sobre todo arsenical. La hidroterapia, la cura balnearia, puede añadir su acción á los medios precedentes.

Esta terapéutica será tanto más activa, cuanto más pronto se instituya.

Sobre la vagotonía constitucional y morbosa de Eppinger y Hess y sobre algunos métodos de investigación semiológica del sistema nervioso simpático, por el N. Pende, (Tommasi, n.º 12, 1912 y La Rif. med. n.º 26, 1912).

Eppinger y Hess han descrito recientemente bajo la rúbrica de vagotonía, una disposición anómala del organismo, cuyo conocimiento nosográfico no es nuevo, como los autores reconocen, pero sí su interpretación fisiopatológica.

En esta anomalía de constitución y á su manifestación morbosa deberemos englobar toda una serie numerosa de síndromes hasta ahora descritos, ó como neurosis viscerales, ó como neurosis vasculares, ó como manifestaciones de diversas diátesis (estado químico ó linfoático, diátesis exudativa, angiohipotonía constitucional, constitución asténica, constitución ptósica y semejantes). En otros términos, el concepto de la vagotonía permitiría fundir en una sola y gran familia y someter á una cura racional, patogénica, síndromes multiformes cuya frecuencia en la práctica clínica, solamente se parece á la gran oscuridad que envuelve su mecanismo de producción y á la gran dificultad de su tratamiento terapéutico.

Eppinger y Hess comienzan estableciendo la existencia de un tono de las dos grandes secciones antagónicas del sistema nervioso de la vida de nutrición; la sección llamada autónoma y la sección simpática *sensu strictiori*. Como es sabido la sección autónoma está representada por el vago, el pequeño simpático de los antiguos anatómicos; por las fibras del 3.^{er} par craneal destinadas al esfínter del iris y al músculo ciliar y acaso también al elevador del párpado superior; por las fibras del 7.^o y 9.^o par craneales, destinadas á la inervación secretoria de las glándulas salivares y vaso-motora de la cara y mucosa bucal; y, en fin, por las fibras de los tres primeros nervios sacros que inervan los músculos y vasos del colón descendente, del recto, del ano, de la vejiga y del aparato genital.

Toda esta sección no entra en relaciones con los ganglios de la cadena limitrofe simpática, lo que la diferencia de la sección simpática propiamente dicha, la cual está formada por todos los haces comunicantes que unen los centros simpáticos contenidos en la médula toraco-lumbar con los ganglios simpáticos (del cordón prevertebrales ó periféricos) que están en relación con los llamados

centros simpáticos motores escalonados en la sección tóraco-lumbar de la médula.

Casi todos los órganos de la vida vegetativa tienen doble inervación, la de la sección autónoma y la de la simpática; salvo las glándulas sudoríparas, los pelos y una parte de vasos viscerales, los cuales parece poseen sólo inervación simpática. Ahora bien, la fisiología experimental y la farmacodinamia concuerdan en demostrar que allí donde existe una inervación doble, sea cualquiera el órgano, es en él demostrable el antagonismo entre los nervios autónomos y los simpáticos. El estímulo del vago, por ejemplo, retarda el corazón, el del simpático lo acelera.

Así algunos venenos estimulan ó paralizan electivamente sólo los nervios autónomos; otros los nervios simpáticos. Ejemplo típico es el de la adrenalina que estimula sólo las terminaciones simpáticas, mientras que la pilocarpina sólo estimula las terminaciones autónomas.

A las sustancias que obran como la adrenalina se ha convenido darlas el nombre de simpaticotropas y á las que obran como la pilocarpina autónomotropas. Ahora bien, uno de los hechos fundamentales de que han partido Eppinger y Hess para llegar al concepto en la vagotonia es; que hay individuos que reaccionan grandemente con sialorrea, hiperidrosis, peristalismo intestinal, con dosis de pilocarpina (1 centígramo por inyección subcutánea) que no producen en la mayoría de los sujetos más que reacciones poco pronunciadas; mientras que los mismos individuos no reaccionan nada ó reaccionan poco con la adrenalina, inyectada á la dosis (1 milígramo en inyección subcutánea) que habitualmente suele producir glucosuria, taquicardia, hipertensión, etc.

En estos sujetos, tan sensibles á los venenos autonomotropos como poco impresionables á los venenos simpaticotropos, han podido convencerse los autores de la existencia de toda una serie de tendencias fisiológicas y patológicas, que revelarían un estado de excitabilidad grande y de tono exagerado en la sección nerviosa autónoma. Así, estudiando tales sujetos, Eppinger y Hess han encontrado hiperacidez gástrica latente, eosinofilia, bradicardia fisiológica, ligeras arritmias cardiacas de origen respiratorio, estictiquez habitual de tipo espástico pero no acompañada de especiales sufrimientos, y tendencia á la salivación y sudoración abundantes. Y como episodios morbosos en la vida de los mismos individuos se encuentran la sialorrea, el espasmo pilórico, los dolores gástricos por hiperacidez, el asma bronquial, la constipación

obstinada espástica con crisis de cólicos mucosos, crisis gástricas en forma de vómitos nerviosos, cólicos biliares, etc.

Además, los autores han hecho la importante observación que en estos individuos, en los cuales existen tales fenómenos de anormal excitabilidad del sistema autónomo, una inyección de pilocarpina es capaz de exteriorizar ó agudizar los fenómenos morbosos latentes; por ejemplo, producir una crisis gástrica, de asma bronquial, anginoide, etc.

A esta anomalía de la constitución, caracterizada por la gran reactividad, por un estado de sensibilización de inervación tónica exagerada de los nervios autónomos, por los cuales estos reaccionan fuertemente á la acción de estímulos fisiológicos habituales y á la de estímulos patológicos poco intensos que no determinan en individuos normales reacciones notables, Eppinger y Hess han aplicado el nombre de vagotonia.

Esto dicho, planteamos la siguiente cuestión:

¿Los síndromes que Eppinger y Hess hacen derivar por vagotonia no pueden darse también como originados en ciertos casos por una hipotonia simpática primitiva? ¿Basados en qué criterios debemos atribuir á vagotonia constitucional, pongamos el caso, la constipación llamada espástica, ó el cólico mucoso, si estos mismos síndromes pueden surgir ya por hechos de hipertonia de los nervios autónomos intestinales (como quieren Eppinger y Hess) ya por hechos de atonía de los nervios simpáticos antagonistas?

Ni puede creerse suficiente para interpretar estas anomalías funcionales del intestino, como manifestaciones de vagotonia, el criterio adoptado por Eppinger y Hess, que tales neurosis ceden á la atropina, veneno paralizante [de los vagos; porque la atropina es también capaz de obrar como la adrenalina, esto es, levantando el tono simpático, y sabido es que los autores alemanes parangonan la atropina con la adrenalina. Y por otra parte, también la adrenalina es útil en tales neurosis intestinales.

No parece, pues, fácil decidir en los varios individuos que presentan el cuadro clínico de la vagotonia de Eppinger y Hess qué síntomas son verdaderamente merecedores de ser considerados como vagotónicos y cuales, á su vez, serían más directamente imputables á la hipotonia de un territorio simpático determinado.

Parece, en suma, que el término de vagotonia escogido por los dos autores alemanes, considera sólo un lado del problema patogénico de los síndromes multiformes que el término mismo quiere abrazar; y que el desequilibrio, que nosotros llamaremos endocrino simpático, que constituye el fundamento y el vínculo patogénico

común de los síndromes vagotónicos de Eppinger y Hess, es mucho más complejo, y está constituido por estados de hipertonia autónoma con estados de hipotonia simpática, como por otra parte es de creer si se admite con Eppinger y Hess. la existencia en esta anomalía constitucional, de un excesivo desarrollo de hormonas autonomotropas combinado con desarrollo insuficiente de hormonas simpaticotropas.

Uno de los propósitos de futuras investigaciones será el de decidir en cada caso, para qué síntomas presentados por el enfermo tiene más importancia patogénica el exceso de hormonas autonomotropas y para qué otros el defecto de hormonas simpaticotropas.

La terapéutica racional de estos estados endocrinos simpáticos no puede ser más que una sola y aplicable á todos los casos, ya que si es presumible que son útiles los principios paralizantes del sistema autónomo (atropina), cuando existen signos seguros imputables á autonomotonía y los principios estimulantes del sistema simpático (adrenalina, tiroidina), cuando el síndrome parece más directamente imputable á hipotonia simpática, es también verdad que no debemos olvidar los casos complejos, por ejemplo los de vagotonía y simpaticotonía combinados, en los cuales la atropina y la adrenalina pueden ser útiles contra ciertos trastornos y dañinas contra ciertos otros.

Y no debemos olvidar que la vagotonía de una víscera puede combinarse con hipotonia del vago en otra víscera, lo que hace que la terapéutica de los estados vagotónicos sea mucho más difícil de cuanto se desprende de la doctrina de Eppinger y Hess.

Varios enfermos de poliartritis reumática tratados con las inyecciones de fibrolisina, por el Dr. J. Riosalido, (*Rev. Ibero-Am. de Ciencias médicas*, julio, 1912).

Concedor de los éxitos terapéuticos de la fibrolisina por los casos tratados por nuestros compatriotas Suñer y Simonena y los extranjeros Bannatyne, Müller, Martín y otros, en su aplicación, principalmente en las poliartritis reumáticas, y condolido de la situación que á los enfermos afectados de tales lesiones se les crea con los fracasados tratamientos que en consultas, dispensarios y hospitales les son propinados, fueron motivos más que suficientes para que el Dr. Riosalido, distinguido profesor del Instituto Rubio,

se decidiera á ensayar la fibrolisina en los casos que se le presentaran.

Así lo hizo y á continuación van las historias clínicas compendiadas de los enfermos que más llamaron su atención.

Primera observación.—Hombre de 45 años, fontanero, padeciendo desde hacía algunos años dolores en las articulaciones. Se presenta con andar torpe; á la exploración se encuentran contracturas musculares á los movimientos de ambas caderas; envaramiento de la columna vertebral; dificultad para elevar los brazos y actitudes viciosas de muñeca y dedos.

Se le formula una caja de ampollas de fibrolisina, poniéndole la primera inyección (2 c. c. con 3) en la región trocantareana derecha.

Al tercer día el enfermo muestra su satisfacción al decir que ha subido muy bien una cuesta y que está más ágil. Alternativamente se le ponen 20 inyecciones y está tan mejorado que le es permitido trabajar en su oficio, habiendo desaparecido las deformidades de las manos, uno de los síntomas que más le molestaban.

Segunda observación.—Mujer de 50 años, con historia idéntica al anterior. Deformación de las manos; imposibilidad para ponerse y quitarse la biusa, dolores en los hombros; espondilosis de la columna. Primera inyección en la región escapular. Cuando se la volvió á ver había trocado el desaliento que tenía por los fracasos terapéuticos por ella comprobados por una manifiesta alegría y un deseo grande por continuar la curación, pues notaba menos dolor y más agilidad en el brazo que recibió la inyección. A las cinco inyecciones se suspende el tratamiento por ligera infección en tres de los pinchazos por intensa albuminuria. Mejorada ésta se continúa el tratamiento hasta ponerla quince inyecciones, de las que no se pasa por encontrarse bastante mejorada, sin dolores, y ágil para los trabajos de casa.

Tercera observación.—Hombre; albañil de oficio, que se presenta en la consulta apoyado en dos muletas. Su mal principió por el dedo gordo, ascendiendo por rodillas, caderas y columna vertebral y quedando estacionado al nivel del cuello, cuyos músculos aparecen rígidos, y á las articulaciones coxo-femorales cuyos movimientos se hallan limitados; columna vertebral anquilosada. Se diagnostica espondilosis rizomélica con cifosis cervical de origen reumático. Tratamiento: fibrolisina, movimientos pasivos y duchas de vapor; pero antes de practicar éstos se observan los efectos de aquélla. Con la primera inyección sintió bastante

alivio; la siguiente no le produce tanto beneficio; pero á la quinta dice que los dolores le han disminuído y ha conseguido andar en su casa sin muletas. Actualmente se está en la octava inyección, no se ha principiado la mecanoterapia y el hombre anda sin apoyo.

Las observaciones que siguen son casos más corrientes y no tan acentuados.

Cuarta observación.—Mujer que hacía tres meses tuvo un ataque de reuma poliarticular agudo; permaneció treinta días en cama y quedó localizado á todo el brazo derecho con imposibilidad funcional de hombro, codo y muñeca y actitud viciosa de la mano. Manifiesta alivio á las primeras inyecciones, habiéndosela puesto diez; pero las últimas innecesarias, por ser caso que más pronto y mejor respondió á la medicación; se asoció el masaje.

Quinta observación.—Mujer obesa con manifestaciones reumáticas crónicas desde hace cuatro años, siendo más intensos los trastornos en rodillas y tobillos. Alivio muy pequeño.

Sexta observación.—Hombre de vida algo libertina, con antecedentes de sífilis. Dolores de cadera y rodilla derecha, que desde hace años no le dejan descansar y le entorpecen la deambulacion. Reacción de Wassermán negativa. Tratamiento de prueba de 15 días, sin obtener mejoría. Primera inyección de fibrolisina en la región subtrocanterea; aquella noche descansó y así ha seguido, pudiendo afirmar en estos momentos (pues se está al principio del tratamiento) que el enfermo ha sentido un positivo alivio.

En dos observaciones más hubo que abandonar el tratamiento por no ser casos indicados para esta medicación. En uno de ellos, diagnosticado de forma reumática tuberculosa de Poncet, se abandonó la medicación por despertar un acceso febril; y en el otro, porque siendo una espondilitis dudosa entre reumática ó por osteoartritis vertebral fímica, y resultando la prueba de von Pirquet negativa, no se pudo continuar después de la primera inyección, por la misma razón que el anterior. Casos como estos dos cita también Neisse, revelando la inyección un proceso dormido, favoreciendo la absorción de productos tóxicos, procedentes de focos tuberculosos.

Riosalido dice haber reunido más observaciones, pero cree le bastan las citadas para manifestar, que el medicamento es muy superior á cuantos se han empleado en las mismas circunstancias y en su elogio cuenta con los ensayos hechos por autoridades en estos asuntos; que los dolores ceden á las primeras inyecciones; que la torpeza, la rigidez articular, no desaparece sino después de

la vigésima ó trigésima inyección; que en muchos de los enfermos ha asociado el efecto medicamentoso con el masaje y movimientos pasivos; y que, sin pretensión ninguna, pues el asunto no es, ni mucho menos, nuevo publica estas notas sin otro objeto que el de recordar que la fibrolisina, si no cura, alivia bastante á los pobres pacientes que con su andar torpe, *saltan* de hospital en hospital en busca de mejor suerte.

Cloroformización y cápsulas suprarrenales, por Delbet Herrens-
chmidt y Bauvy (*Revue de Chirurgie*, núm. 24, 1912).

Fué pretexto de este trabajo el sucedido siguiente con una enferma asistida por Delbet. Practicó una operación insignificante en una mujer bastante asténica, que quedó después del acto operatorio en estado de sopor, con temperatura normal, con pulso débil pero no frecuente; que cuando se le hablaba con voz fuerte vencía su somnolencia para decir sonriente «os ruego que me dejéis dormir. Al fin del tercer día el sopor se convirtió en coma y al cuarto día se extinguió la vida sin haberse presentado más síntomas. Le Dantec que vió á esta enferma el día tercero dijo á Delbet «Creeríase la habían extirpado las cápsulas suprarrenales».

Comenzaron los estudios, que en abril del corriente publican los autores, en el mes de noviembre de 1909 y de las prácticas de laboratorio hechas por los dos últimos y de las observaciones y aplicaciones clínicas de Delbet resulta lo siguiente:

Experimentalmente investigaron: 1.º la fijación por las suprarrenales del cloroformo; 2.º la acción del cloroformo sobre las grasas de aquéllas, y 3.º la acción del cloroformo sobre la sustancia cromoafín (1) y la adrenalina. Y comprobaron que la cloroformización prolongada producía modificaciones importantes: 1.º sobre la capa cortical, en la que la grasa cambia acaso en su naturaleza, probablemente en su calidad y ciertamente en su topografía; 2.º sobre la capa medular, en la que la cromoafinidad y la adrenalina disminuyen y aun desaparecen.

Dada la importancia fisiológica de las suprarrenales es imposible que las alteraciones precedentemente resumidas no desempeñen interesante papel en la morbilidad de los operados, y sin tener la intención de achacar todos los accidentes postclorofórmicos á

(1) Propiedad de la sustancia medular para impregnarse de las sales crómicas.

los trastornos de las suprarrenales, pues conocidos son y eficientes los que el cloroformo produce en el hígado, tiroides é hipófisis, dice Delbet que está plenamente convencido que muchos de ellos les son debidos, y que es posible atenuarlos y suprimirlos reemplazando la función deficiente con las inyecciones de extractos suprarrenales ó de adrenalina.

Dirigido por tal idea, desde noviembre de 1909, Delbet hace inyectar adrenalina á todos los operados. Comenzó por 1 décimo de milígramo, dosis que le resultó completamente insuficiente, por tener acción muy fugaz y variable sobre la frecuencia del pulso y porque no producía más que un efecto insignificante ó nulo sobre la tensión arterial. En vista de esto elevó la dosis hasta 4 décimos de milígramo, que juzgó bastaba para las operaciones ordinarias, y para las muy traumatizantes llegó á la de 6 décimos de milígramo en una sola vez, habiendo, en raras ocasiones, repetido la inyección hasta un milígramo al día.

Cree poder afirmar, después de una experiencia de más de dos años seguida en más de 1000 enfermos cloroformizados, que la adrenalina, administrada por vía subcutánea, tiene grandes ventajas para los operados: 1.º porque regulariza la narcosis, y 2.º porque disminuye y en la mayoría de casos suprime el shock operatorio.

Añade más, todavía: que tiene el convencimiento, no la certeza porque es casi imposible demostrarlo, que el empleo de la adrenalina permite evitar ciertas muertes bruscas postoperatorias, debidas á la insuficiencia suprarrenal.

VALDIVIESO

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Del aborto, que dicen terapéutico, en las mujeres tuberculosas,
por Pinard. (*Annales de Gynécologie et d' Obstétrique*, junio, 1912).

Actualmente en que se procura organizar científicamente la lucha contra la tuberculosis, algunos médicos han llegado á considerar *la interrupción de la gestación* en las mujeres tuberculosas como un medio *terapéutico*; y algunos de ellos van aún más lejos y estiman la *esterilización* como medio *profláctico*. Para el autor, *aborto terapéutico es el provocado cuando accidentes graves determinados por la gestación persisten y se agravan apesar de las*

medicaciones racionales empleadas, amenazando cierta y próximamente la vida de la madre.

Para muchas personas, el aborto provocado significa sacrificio del feto. Pinard protesta contra esta interpretación. El tocólogo en estos casos no sacrifica al feto y salva con frecuencia á la madre. No sacrifica al feto porque sin la intervención moriría al morir la madre; salva á la madre porque, sino se interviene, el feto y la madre morirían.

Así comprendida, la interrupción de la gestación es una operación conservadora. Pinard examina: 1.º la influencia de la gestación sobre la tuberculosis pulmonar; 2.º la influencia de la tuberculosis pulmonar sobre la gestación, y 3.º el porvenir del hijo cuando la madre está tuberculosa durante el embarazo.

Desde Hipócrates hasta mediados del siglo XIX, la gestación se consideró en general como favorable á la evolución de la enfermedad. Más tarde, en la segunda mitad de dicho siglo, los tocólogos estimaron que la gestación ejercía una influencia más desfavorable sobre la tuberculosis. Desde entonces todos los trabajos más recientes han acentuado esta opinión.

Pinard da su opinión sobre este asunto. Dice que ha visto á ciertas mujeres en estado de gestación cuya tuberculosis evolucionó rápidamente y, en cambio, que conoce casos en los que la tuberculosis se estacionó durante varias gestaciones sucesivas, y algunas tuberculosis curadas de un modo definitivo durante el embarazo. En cuanto á la tuberculosis laríngea suele hacer correr grandes riesgos á las embarazadas. Varias han dado á luz á término ó casi término.

En la tuberculosis ósea no ha visto ningún caso agravado por el hecho de la gestación, ni recaídas tuberculosas en mujeres coxálgicas ó cifóticas por mal de Pott.

Cita la historia de una primeriza, tuberculosa, de 21 años de edad, que presentó durante su gestación todo el cortejo sintomático de la tuberculosis en evolución (tos, disnea, desnutrición, fiebre, expectoración abundante, lesiones cavitarias, etc.) Apesar de este estado la gestación evolucionó hasta término y la enferma dió á luz un niño vivo de 3550 gramos de peso. Veinte días después del parto no presentaba fiebre y su estado general estaba en vías de mejoramiento.

Relata también el caso de otra primípara, de 23 años, que había tenido signos anteriores de tuberculosis (congestión pulmonar en 1910, hemoptisis, tos, desnutrición rápida). Al principio del

embarazo, nueva hemoptisis: la gestación evoluciona normalmente sin ningún accidente, y mejora progresivamente el estado general. Parto el 10 de junio 1912; niño vivo de 3100 gramos. Hoy día la percusión y la auscultación no revelan nada anormal en los pulmones.

Dice á continuación: «¿Es que apoyándome en estas observaciones yo voy á aconsejar la fecundación y gestación como medio curativo de la tuberculosis? Seguramente no, yo me lisonjeo de ser bastante clínico para decir eso. ¿Cuál es el resumen de los notables trabajos de Bar, sobre la biología de la mujer embarazada?»

«La gestación constituye una simbiosis armónica homogénea, es decir una asociación de la cual el organismo materno saca con frecuencia provecho». A consecuencia de experiencias sucesivas hechas durante dos años, con la colaboración de su jefe de laboratorio Dr. Læderich, en animales (perros, conejos, cobayos), el profesor Landouzy en su estudio experimental sobre la herencia tuberculosa concluye «*las hembras no son más que rara y difícilmente fecundadas mientras la enfermedad esté en evolución activa y virulenta*». Este hecho apoya la opinión de los que piensan que la fecundación es relativamente rara en las mujeres tuberculosas. Aunque importante, lo es más aún esta afirmación hecha por Landouzy. «Las hembras que pudieron ser fecundadas fueron de una manera general las que mejor resistieron la enfermedad inculcada».

«Es indudable que el embarazo es una causa:

1.º De despertar, para la tuberculosis pulmonares latentes.

2.º De agravación, para las tuberculosis pulmonares en vías de evolución».

«Esta acción perjudicial puede manifestarse desde el principio del embarazo; es de regla, regla que tiene algunas excepciones, ver que se acentúa durante el tercio del embarazo».

«Cuando esto sucede, y también á menudo cuando la tuberculosis no ha aparecido muy agravada durante los tres últimos meses del embarazo, la enfermedad toma frecuentemente una marcha rápida después del parto. Sin embargo, esta agravación por frecuente que sea, no ocurre siempre. Se ven mujeres en estado de tuberculosis pulmonar latente ó poco marcada, tuberculosis seca con algunos signos estetoscópicos, respiración dura, espiración prolongada, que se hacen embarazadas y su estado general lejos de agravarse parece mejorado. Se puede estimar la proporción de estos casos en un 60, 70 por ciento».

«Cuando las mujeres tienen estertores húmedos, esputos con bacilos, fiebre, las probabilidades de mejoría son verdaderamente raras; no exceden del 15 por ciento».

«Cuando hay cavernas con tendencia á la extensión, fiebre, las probabilidades de mejorías descienden al 4 ó 5 por ciento».

«En fin, cuando hay tendencia á la septicemia tuberculosa el embarazo parece como una verdadera catástrofe».

El Profesor Pinard acepta casi por completo estas conclusiones. Sin embargo, le parecen las primeras demasiado afirmativas.

No es seguro que el embarazo sea una causa cierta de despertar para todas las tuberculosis latentes. Pero la proporción del 60 al 70 por ciento dada por Bar de mujeres en estado de tuberculosis pulmonar poco marcada y cuyo estado, lejos de agravarse, se mejora, le parece á Pinard acercarse á la verdad, ó al menos lo que él ha podido comprobar en su largo período de observación.

¿Cuál es la influencia de la tuberculosis pulmonar sobre la gestación? Por lo general el embarazo evoluciona de una manera normal. Se ven muchas tuberculosas caquécticas con lesiones cavitarias enormes, cuyo estado no se agrava y en las que la gestación llega término ó casi á término.

El profesor Landouzy dice: «*En las hembras inoculadas antes de la fecundación* la gestación ha llegado casi siempre á término».

«*En las hembras inoculadas durante la gestación*, la evolución varía con el período de inoculación y sobre todo con la virulencia de ella».

«En resumen, nuestras hembras tuberculosas han abortado muy rara vez».

La clínica confirma estos hechos en la especie humana.

¿Cuál es el porvenir del hijo cuando la madre estaba tuberculosa durante la gestación.

He aquí lo que se puede decir con Landouzy, en su comunicación:

«Se admite por numerosos experimentadores que el paso del bacilo tuberculoso de la madre al feto es posible, pero que se realiza excepcionalmente. Mis experimentos aportan una nueva prueba irrefutable de la posibilidad de la transmisión hereditaria del bacilo tuberculoso; y tienden á hacer creer que esta transmisión se realiza menos excepcionalmente que los autores piensan».

Los nuevos resultados consignados por Landouzy contribuyen á establecer la existencia de la tuberculosis congénita, tuberculosis «con la cual parteros, prácticos y puericultores, dice Landouzy,

tienen que contar tal vez más de lo que antes se imaginaban: cierto, dice Pinard, yo quedo reconocido á mi amigo por llamar la atención de parteros y puericultores sobre este punto, pero apesar de todo, hasta el presente, lo que se ha demostrado es sobre todo *la rareza de la tuberculosis congénita, confirmada durante la gestación en la especie humana.*

El profesor Pinard estudia la cuestión de la bacilización de la placenta. La frecuencia de la localización de la tuberculosis en la placenta está lejos de ser admitida. Bar no ha mostrado más que un caso entre millares de cortes.

«En estos momentos yo no puedo racionalmente considerar la frecuencia de la bacilización placentaria como suficientemente establecida para deducir una terapéutica especial».

«Pero yo no tengo inconveniente en aceptar y poner en práctica la que es aconsejada por Landouzy, cuando dice: «Será ventajoso en los recién nacidos de madres enfermas del pecho, ligar inmediatamente el cordón á fin de evitar la inoculación del feto antes del alumbramiento».

Pinard se contenta con decir, respecto á *herencia de terreno*, que muchos niños nacidos de madres tuberculosas, se portan bien, pues muchos varones han hecho su servicio militar, y muchas hijas han cumplido victoriosamente y muchas veces la función de la reproducción. «Yo he observado muchos niños descendientes de tuberculosos, averiados, distróficos, hipoplásicos; yo admito la distrofia de origen tuberculoso lo mismo que la distrofia de origen sifilítico, pero yo no puedo admitir que el niño nacido de una tuberculosa sea un inútil».

No cree que los tuberculosos sean excelentes reproductores: pero en estos tiempos en que la natalidad disminuye no encuentra razonable suprimir los niños que corren riesgo de ser averiados. «El ideal, dice, es saber conservar y desarrollar todos los seres creados: nosotros queremos procreaciones sanas; nosotros tratemos antes de la procreación; nosotros no queremos que el ser futuro tenga todas las probabilidades de un ser enfermizo al ser procreado; pero para nosotros, desde que el ser humano es procreado, sea como sea y de la edad que sea, nos es sagrado».

De la conducta que hay que observar en presencia de una mujer en estado de gestación, enferma de tuberculosis pulmonar.

Hace veinte años se seguía siempre la conducta siguiente: cuidar la tuberculosis. Esta conducta ha cambiado después por completo. En el reciente Congreso de la tuberculosis, en Roma, no solamente

se ha discutido la interrupción de la gestación en los casos de tuberculosis, interrupción rápida practicada á la manera de Dühsen (grandes incisiones anteriores y posteriores del cuello) sino que hasta se ha propuesto la esterilización transitoria ó definitiva de la mujer, según su deseo, aconsejándose la histerectomía parcial (escisión de la porción de la pared uterina sobre la que esté inserta la placenta.—Bardeleben—)ó la histerectomía total!

¿Y cuáles son las indicaciones formuladas para practicar tales intervenciones? Pinard dice que su inteligencia no le permite comprenderlas. Casi todos los intervencionistas se apoyan en que la gestación agrava la tuberculosis siempre. Ya hemos visto lo que hay de cierto en este asunto.

Por otra parte, si queremos aclarar el punto de vista de las indicaciones, nos encontramos que es preciso apoyarse en el mal estado general, adelgazamiento, los vómitos, etc.; esto sería suficiente para justificar la intervención, pero para legitimarla se debe acudir á ciertos procedimientos de laboratorio. ¿Cuáles? Dice que todos esos procedimientos, aun los más científicos, no han dado hasta aquí resultados bien precisos. ¿Entonces?...

En cuanto al momento de la intervención, parece que se precisa intervenir al principio del embarazo, y para que los resultados sean buenos es preciso que la tuberculosis sea incipiente.

Pinard se pregunta «cuál es el médico, cuál es el ginecólogo, cuál es el tocólogo que, en presencia de una mujer embarazada de dos ó tres meses, enferma de tuberculosis incipiente, podrá afirmar hoy que la tuberculosis evolucionará, quedará estacionada ó curará». Dice que por su parte él no lo conoce y duda que exista. Y añade: «¿Entonces, sin indicación precisa, obedeciendo á la influencia del medio, ó á los deseos de los interesados, se practica la interrupción del embarazo? Yo confieso que esto no es medicina, que esto no es el aborto terapéutico, sino más bien la *proflaxis del nacimiento*. Y en estas circunstancias me parece que antes de practicar este aborto será bueno para el médico obedecer la recomendación de Tarnier; «dar cierta publicidad á sus actos y hacer conocer á la autoridad judicial la naturaleza de la operación y las razones que imperiosamente la han aconsejado».

En cuanto á las intervenciones quirúrgicas extravagantes (esterilización, histerectomías parcial ó total), que no se apoyan más que en sueños de laboratorio, no quiere juzgarlas.

«El día en que tenga la prueba indiscutible de que interrumpiendo la gestación se conservará seguramente la vida de una

mujer, seguramente condenada, este día solamente yo consideraré el aborto provocado, practicado en tuberculosas embarazadas, como un aborto terapéutico. Hasta entonces yo permaneceré fiel á mi doctrina que formulo así, después de mucho tiempo; en presencia de una mujer tuberculosa embarazada, tratar la tuberculosis por todos los medios posibles, á fin de prolongar su vida y la evolución del embarazo».

«Y yo ruego á mis compañeros extranjeros, que no participen de mi manera de ver y de obrar, que no crean que mi modo de pensar es debido á la débil natalidad de mi país, pues yo defendería mi doctrina en todos los países, considerando que al obrar de otro modo se abandona el papel del médico cuya única y bella misión es hacer todo por conservar la vida».

Gangrena genital de origen distócico. Desaparición de casi todo el útero, de la vagina, de la uretra vaginal, del bajo-fondo vesical y de la pared anterior del recto. Restauraciones múltiples. Curación, por el Dr. G. Potel. (*La Ginecologie*, junio, 1912).

Comienza el autor por transcribir la nota que le remitió el doctor Paucot, jefe de la Clínica Obstétrica de Lille, acerca de las circunstancias del parto que motivó tales lesiones.

Dice el Dr. Paucot: «El 19 de diciembre de 1910, fui llamado por un compañero, para ver á una enferma de 22 años, que llevaba mucho tiempo de parto. Las membranas se habían roto el 16 á las cinco de la tarde: los primeros dolores no aparecieron hasta las 8 de la mañana del siguiente día. Dilatación muy lenta y la parturiente no sintió grandes dolores acompañados de deseos de empujar, hasta las dos del día 17. Cuando la veo, lleva 5 horas sin dolores».

«Encuentro á la enferma agotada, aniquilada, costándola gran trabajo poder contestar; 140 pulsaciones, temperatura 38° 2'. Utero duro, tetanizado y contraído sobre el feto: la vejiga forma un grueso tumor flotante que llega al ombligo. De la vulva entreabierta sale un líquido de olor fétido: entre los labios asoma una voluminosa masa sero-sanguínea: el periné está ligeramente rasgado; el labio anterior del cuello, rasgado, se presenta como un girón violáceo, cogido entre el borde inferior del pubis y la parte fetal encajada».

«El diagnóstico de presentación de nalgas estaba hecho; el tacto confirma que se trata de una presentación podálica incompleta,

modalidad de nalgas, posición derecha, profundamente encajada. Varias tentativas de aplicación de forceps no han obtenido ningún resultado: tracciones hechas sobre el pliegue inguinal con el gancho de forceps Leuret, no han sido afortunadas. El feto había muerto».

«Yo trato de evacuar la vejiga, pero el cateterismo es imposible. A falta de éter, anestésico con cloroformo. Trato de introducir la mano en el útero con objeto de bajar un pie, pero al nivel del anillo de Bandl, la contracción es tal que temo producir una rotura uterina si hago algún esfuerzo».

«Me es forzoso intentar hacer tracciones con un dedo sobre el pliegue inguinal anterior, pero no consigo hacer progresar la nalga ni una línea. Sustituyo á mi dedo por el gancho de Braun decidido á practicar la embriotomía antes que ejercer tracciones violentas. Esta maniobra es coronada de éxito; la nalga desciende lentamente. El pie anterior baja sin gran dificultad; le utilizo para ejercer tracciones que faciliten el encaje del pie posterior y del tronco».

«Pero como fué preciso esperar, los brazos se habían elevado en el curso de esta maniobra. A consecuencia de la retracción del útero el desprendimiento del brazo posterior fué muy penoso, el del anterior no fué posible sino transformando el hombro anterior en posterior, haciendo dar la vuelta á la espalda por detrás».

«Introduzco entonces la mano derecha buscando la boca, pero me fué imposible llegar á ella; logro alcanzar con trabajo el mentón, que se encontraba apoyado sobre el borde superior izquierdo del pubis; la cabeza estaba completamente deflexionada. El occipucio, muy accesible, estaba en contacto con la parte posterior derecha de la excavación. Esta actitud deplorable era debida á la rotación que había producido al tronco para desprender el hombro anterior: la cabeza había seguido el movimiento y se había contenido por el mentón debajo del pubis. Ensayo desenganchar el mentón, haciendo sufrir al tronco una torsión en sentido inverso y retuerzo el cuello del feto sin conseguir que se mueva la cabeza, sobre la cual el útero estaba retraído fuertemente».

«Me decido á practicar la craniotomía, y después de haber acentuado la deflexión de la cabeza, perforé, con el perforador del basiotribo Tarnier, la escama del occipital cerca de la base. Después de haber guarnecido la punta de la lanza del basiotribo con su caperuza, la reintroduje en la brecha producida, aplico la primera cuchara, al lado derecho de la pelvis y aprieto el tornillo de

presión. Después de asegurarme de que la presa era sólida tiro á la vez del basiotribo y del feto imprimiéndole un movimiento de rotación de derecha á izquierda; la extracción fué facil y rápida».

«Hice la extracción manual de la placenta desprendida y retenida en el útero, exploré cuidadosamente el segmento inferior y aprecié, con satisfacción, que no había en él rasgadura. Pero en el curso de estas maniobras el periné, que estaba infiltrado y edematoso, se había rasgado por completo. La rasgadura interesaba el recto en una extensión de unos 5 centímetros; la reparé cuidadosamente por una sutura á tres planos. Inyección intrauterina de 2 litros de agua yodada. El feto extraído pesaba, vacío de meconio y sustancia cerebral, 4680 gramos. La cabeza estaba muy osificada. Peso de la placenta 610 gramos».

«El puerperio fué grave. Durante varios días la enferma presentó signos de infección; delirio, lengua seca, temperatura de 38° á 39°, pulso de 130 á 140... Desde el segundo día aprecié un esfacelo de las paredes anterior y posterior de la vagina. La vejiga, vagina y recto se comunicaban por completo».

«El 7 de enero, todas las partes esfaceladas no estaban aun eliminadas; vejiga, vagina y recto formaban una cloaca granugienta, pero por lo menos la vida de la enferma no estaba ya en peligro».

Entra dicha enferma el 22 de marzo de 1911 en el Hospital de la Caridad, en el servicio del profesor Dubar, pidiendo se la remedie, en la medida posible, su enfermedad. Su aspecto general era bueno, pero toda su zona genital estaba en un estado deplorable. Los muslos están enrojecidos, inflamados. Los pelos del pubis incrustados de concreciones fosfáticas, formando pequeñas estalactitas rígidas. El meato urinario normal; la uretra, que se abría en su sitio, tenía una longitud de 4 centímetros y terminaba en un fondo de saco en medio de tejido cicatricial que la rodeaba. La dirección de este segmento de uretra, cuando la enferma estaba acostada, era casi vertical.

La entrada de la vagina era ancha, los pequeños labios desviados reposaban sobre una cicatriz dura, describiendo un óvalo rígido. Se veía el fondo de la vagina muy próximo á la vulva; la mucosa de las paredes laterales estaba reemplazada por tejidos cicatriciales lisos, de aspecto rojo. Introduciendo el dedo, caía sobre una brida fibrosa muy dura, tendida horizontalmente de una rama isquio pubiana á la otra, dividiendo el fondo de la cloaca en dos porciones superpuestas. La superior ocupada por la vejiga ampliamente abierta; el orificio, que admite fácilmente tres dedos,

permitía divisar la mucosa vesical, violácea é inflamada y percibir en la parte inferior una masa parduzca, del volumen de una nuez grande, constituida por un cálculo fosfático. La porción inferior estaba formada en su parte superior por una masa gruesa, como la mitad de una castaña y presentaba un orificio central. Esto es todo lo que quedaba de útero. El histerómetro, introducido en la cavidad, penetra sólo, un centímetro y medio. La pared posterior de este departamento estaba ocupada por la mucosa rectal. La pared anterior del recto había desaparecido en unos 12 centímetros.

La enferma fué sometida á una serie de cuidados destinados á disminuir la infección de la cloaca: baños jabonosos, inyecciones, estirpación del cálculo vesical y de las concreciones fosfáticas, bebidas abundantes, urotropina, régimen lácteo-vegetariano, etc.

A los diez días, la mejoría le parece á Potel suficiente para autorizar la intervención. Comienza por seccionar y separar la banda dura y rígida tendida á través de la cloaca. Esta ablación comienza á dar un poco de libertad á los órganos que ocupaban el fondo de cavidad vaginal. Procura despegar el bajo fondo vesical del muñón uterino, pero desiste pronto. Colocando dos dedos en la vejiga y el histerómetro en la cavidad uterina, se da cuenta de que el útero estaba reducido á un muñón de dos centímetros y que no podía hacer bien grandes despegamientos en dicho sitio. Además él ignoraba las relaciones que tenían los uréteres y los fondos de saco peritoneales. Decidió, pues, liberar la vejiga hacia adelante. Hace una incisión transversal directamente bajo la sínfisis que le permite despegar el borde anterior de la vejiga. El índice insinuado en gancho bajo la sínfisis penetra en la cavidad de Retzius y facilita el despegamiento; continúa la disección de cada lado sobre las ramas isquiopubianas hasta el nivel de los bordes laterales de la herida rectal. Rápidamente la cara anterior de la vejiga cae como una cortina por delante del orificio que trataba de obliterar. Sólo los ángulos laterales quedaban más fijos. Comienza á cerrar lateralmente los dos lados de la abertura vesical con puntos no perforantes.

No pudiendo rehacer una uretra á expensas de la mucosa vaginal, pensó en utilizar el fragmento de uretra que colgaba delante del vestíbulo. Después de desinfectar el meato y de perforar la extremidad vaginal de la uretra, practica á cada lado una incisión longitudinal paralela al canal uretral, para liberarle de sus bridas cicatriciales, teniendo cuidado de dejar intactas las adherencias con la sínfisis. La uretra estaba así movilizada; atrajo su parte

profunda hacia la herida vesical y después de haber pasado una sonda de Nelaton, núm. 18, en el canal, suturó la uretra á la vejiga por puntos aislados.

Como apesar de los cuidados que había tenido la solidez de suturas le parecía problemática, consolidó todo fijando el muñón uterino al nivel de la sutura vesico-rectal.

Faltaba de reponer la extremidad terminal del intestino. Partiendo de las incisiones laterales isquiopubianas continuó el avivamiento de los bordes de la fistula rectal. Despegó largamente el recto, que quedó flotando en la fosa isquiorectal. Soturó toda la herida, rehaciendo así el recto, la ampolla y el esfínter anal; pero falto de tejido se vió en la imposibilidad de doblar la sutura intestinal con otra perineal ó vaginal, quedando la reparación á expensas sólo de esta línea de suturas.

La enferma fué sometida á dieta láctea, procurando que no hiciera deposiciones los 8 primeros días.

Los lavados bieuotidianos del reservorio vesical no impidieron las concreciones, tan abundantes que la sonda de Neleton obstruída tuvo que ser cambiada cada dos ó tres días. Al séptimo día se la purgó. Un examen completo hecho este día, dió los siguientes resultados: La uretra sostenida por el útero estaba bien adherida á la vejiga; ha sufrido un movimiento de traslación hacia atrás, llegando al recto bajo la sínfisis. Las suturas vesicales se han sostenido bien, salvo en el ángulo superior izquierdo, por el que se vé salir un poco de orina. Las suturas rectales han cedido en una longitud de unos dos centímetros, por encima del ano. La porción anal, ampular y supra-ampular estaban ya cicatrizadas.

El autor se vió después sorprendido al ver la brecha rectal cicatrizada rápidamente sin nueva operación. Antes del mes, después de la intervención, la reparación del tubo intestinal era completa y el funcionamiento del esfínter anal absolutamente normal. Quedaba la fistula vesical en el ángulo izquierdo de la vejiga, detrás de la rama isquio-pubiana, del tamaño de una aguja de mallas. Se resolvió á cerrarla.

Incide el tejido cicatricial sobre la sínfisis y procura despegar la pared vaginal hasta obtener un pequeño colgajo mucoso; le fué imposible pasar un hilo sobre la pared vesical; se limitó á aumentar el despegamiento de la pared vesical, suturando después sólo el tejido cicatricial vaginal. El resultado fué excelente, pues al cabo de 12 días se podían inyectar 300 gramos de una solución de permanganato sin ver salir ni una gota.

La enferma salió del hospital y después la ha vuelto á ver el autor en distintas ocasiones. La infección vesical fué larga de curar; fueron precisos varios meses de tratamiento para obtener, con una orina limpia, la desaparición de fenómenos inflamatorios que hacían sufrir aún á la operada.

En el momento actual el estado de los distintos reservorios que el autor ha reparado, es el siguiente: el intestino funciona normalmente, la enferma tiene continencia perfecta aun para los gases. Existe incontinencia de orina, pero, cosa curiosa, esta incontinencia es intermitente. La operada puede estar ocho días sin perder orina involuntariamente, puede retener 300 gramos y aun más; pero durante otros períodos el desagüe se hace continuo, tanto estando la enferma de pie ó acostada.

Es difícil explicar la razón de estas variaciones y la enferma no vé en las modificaciones de su régimen nada que lo justifique.

La vagina está cicatrizada por completo y mide unos 4 centímetros de profundidad: su fondo está ocupado por el muñón uterino. Todos los tejidos que forman las paredes del conducto vaginal son de cicatriz, rojos, lisos, barnizados y duros. Sin embargo, las funciones genitales son posibles. Preguntando á la enferma y á su marido han respondido que estaban *satisfechos*, sin más detalles.

La menstruación no ha reaparecido después del parto, y probablemente no volverá puesto que apenas hay mucosa uterina. El estado general es perfecto. Desde la salida del hospital ha aumentado los menos 8 kilos.

El autor termina haciendo consideraciones: 1.º acerca de la extensión de las lesiones: 2.º sobre la posibilidad de reparar brechas vesicales de ese tamaño: 3.º sobre las dificultades para restaurar la uretra: y 4.º acerca de la conveniencia de operar por etapas sucesivas, ó de hacer una restauración simultánea de todos los aparatos como él hizo.

La anestesia local en ginecología. Histerectomía vaginal hecha bajo anestesia regional, por E. Ruge. (*Zentralt. f. gynak.*, número 18, 1912).

La anestesia local en ginecología se ha usado aun muy poco. Sin embargo, además de las operaciones en la vulva y periné que algunos autores han practicado con anestesia por infiltración, se ha ensayado hacer por este medio legrados uterinos. Wernitz hace

alrededor del cuello uterino una serie de inyecciones de cocaína al 1 ó 2 por 100 y ha operado á más de 300 enfermas de este modo. Otros usan la eucaina ó la novocaina-adrenalina.

Otro procedimiento consiste en inyectar la zona del nervio pudendo interno en el sitio en que se dobla hacia adelante para penetrar en el periné. Wagner pretende haber hecho por este método, no sólo operaciones perineales y vulvares sino aun histerectomías y acortamiento por vía vaginal de ligamentos redondos. Siendo tal la zona de inervación del nervio pudendo interno que no envía ninguna rama á los órganos genitales internos ni al peritoneo pelviano, inervados directamente por ramas sacras del plexo lumbo-sacro, se puede sospechar si la anestesia obtenida podría atribuirse en gran parte á las inyecciones coadyuvantes de escopolamina-morfina.

El autor ha tratado de obtener una anestesia íntegra utilizando la técnica siguiente; después de aseptizar el cuello y fondos de saco vaginales con la ayuda de toques yodados, se introduce una aguja larga y delgada, sucesivamente á cada lado del cuello, á una profundidad de 4 á 5 centímetros, dirigiéndola ligeramente hacia fuera con el fin de alcanzar los nervios antes de su división; si la picadura se hace lentamente, se evitarán los vasos y el intestino que hubiese delante de la aguja; si se encuentra una vena, se retira ligeramente la aguja para darla una dirección un poco diferente. Se inyectan entonces, retirando progresivamente la aguja, unos 10 centímetros cúbicos (en cada lado) de una solución de novocaina al 1 por 100, adicionada de cinco gotas por cada 100 c. c. de adrenalina al 1 por 1000.

Otras dos inyecciones de 3 á 5 c. c. se hacen en dos puntos simétricos del fondo de saco anterior, penetrando dos ó tres centímetros, para alcanzar la subserosa. Dos últimas inyecciones, no pasando más que la mucosa vaginal, inyectan una cantidad igual de anestésico en el fondo de saco posterior. Se puede, en fin, inyectar 5 c. c. en la vejiga, previamente evacuada; precaución tal vez inútil. La cantidad total de solución de novocaina inyectada es de unos 40 c. c. La anestesia de la mucosa vaginal se obtiene por un toque de polvos de cycloformo. Es preciso esperar de 20 minutos á media hora, antes de comenzar la operación. La anestesia ha durado de hora y media á dos horas.

Ruge ha podido hacer dos histerectomías vaginales con un éxito completo. Las pacientes no acusaron la menor sensación y soportaron, sin acusar dolor, la presión de grandes valvas y las

diferentes ligaduras. Se pudo en una de las operadas introducir la mano en la pelvis para buscar metástasis ganglionares. Pequeñas incisiones en el ovario fueron igualmente indoloras.

Una de las operadas tenía 76 años y estaba casi caquética; la otra, de 48 años, presentaba síntomas de miocarditis por degeneración grasosa, con pulso irregular, que contraindicaba la anestesia general. Las dos enfermas se sentaron al día siguiente, y se levantaron al sexto día después de la operación, saliendo curadas á los 14 y 16 días.

El autor piensa poder efectuar por este método las más grandes operaciones vaginales, y le prefiere, con mucho, á la anestesia general.

ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

De la tuberculosis ocular y su tratamiento, por Abadie. (*Soc. franç. d' ophthalmologie*, mayo, 1912).

La tuberculosis ocular se hace cada vez más frecuente y nosotros debemos preocuparnos de ello y remediarlo. Ya en otras ocasiones ha llamado el Dr. Abadie la atención sobre un tratamiento que le ha dado notables resultados; como estos éxitos se mantienen y se multiplican cree útil llamar de nuevo la atención sobre este sujeto.

El tratamiento consiste en la asociación de tres medicamentos que son: el iodogenol al interior, las fricciones de hígado de bacalao guayacolado y la carne cruda á la dosis de 60 á 100 gramos diarios.

En las manifestaciones oculares escrofulosas de la infancia, queratitis y conjuntivitis pustulosas, el jarabe iodo-tánico es la mejor de las preparaciones. En ciertas formas de queratitis parenquimatosa, la solución iodo-iodurada da buenos servicios. Pero cuando se trata de afecciones bacilares, estas preparaciones iodadas no tienen la misma eficacia y deben sustituirse por el iodogenol á la dosis de XXX á XL gotas diarias.

Las fricciones de aceite de hígado de bacalao guayacolado, tienen la gran ventaja de poderse continuar indefinidamente, sin intolerancia del organismo.

Estas fricciones se hacen en cualquier parte del cuerpo. Una ó dos cucharadas grandes de la mezcla siguiente:

Aceite de hígado de bacalao.....	120	gramos.
Guayacol.....	15	>
Esencia de auroa (citronnella).....	4	>

En cuanto á la carne cruda, se sabe, desde los trabajos de Debove, Richet y Hericourt, el papel importante que juega en la cura de la tuberculosis pulmonar. Un punto muy importante, sobre el cual es preciso insistir es, que esta medicación, en la tuberculosis ocular obra seguramente, pero con mucha lentitud. Este es el peligro, porque médioco y enfermo pueden perder la paciencia, cuando la perseverancia en el tratamiento produciría seguramente la curación.

Abadie presenta á la sociedad un enfermo de 28 años, que después de cuatro años de evolución de una tuberculosis ocular, que había resistido á todos los tratamientos, no tenía más que una pequeña percepción de la luz. Con el tratamiento expuesto anteriormente, á los tres meses presentaba una ligera mejoría. A los seis meses, podía andar solo por la calle, al año empezó á trabajar en su oficio de sastre. Hace de esto cuatro años y la curación persiste. Atraído por las curaciones obtenidas con la tuberculina en las tuberculosis oculares, por Louis Dor Costaigne en la tuberculosis renal, Abadie la ha ensayado á su vez con buen éxito. Pero al lado de éxitos notables, rápidos, brillantes, se ven casos, en los que, después de una pequeña mejoría, la acción parece agotada y la enfermedad se prolonga.

Asocia entonces á la tuberculina su tratamiento. Le parece no haber encontrado incompatibilidad en esta asociación. En fin, hay casos en los cuales se reunen la infección bacilar á la sífilis hereditaria ó adquirida, siendo necesario entonces reunir los dos tratamientos, anti-bacilar y anti-sifilítico.

Metástasis de los tumores malignos al nivel de los nervios motores del ojo, por Chaillous. Estudio clínico. (*Soc. franç. d'ophthalmologie*, mayo, 1912).

Refiere el autor las observaciones de cuatro enfermos, en los cuales la parálisis de uno de los nervios motores del ojo, fué el primer síntoma de la generalización de los tumores malignos. Dos enfermas habían sufrido la amputación de un seno. La alteración ocular apareció en el año siguiente á la operación. La tercera enferma, con tumor de la mama con adenopatía, no fué operada. La cuarta fué operada por un tumor del cuerpo tiroides que se

reprodujo seis meses después de la operación. Los nervios motores del ojo son pues, con frecuencia, el asiento precoz de las metástasis de los tumores malignos. En tres de los casos descritos por el autor, el motor ocular externo fué solamente atacado por la metástasis. Con frecuencia, la parálisis del músculo recto externo se acompaña de estrabismo convergente fijo, diplopia, vértigos molestos, espasmo del músculo asociado y síntomas dolorosos de la mitad correspondiente de la cabeza.

Las cuatro enfermas observadas no han presentado ningún otro síntoma de compresión intra-craneana; en ellas, la parálisis de uno de los músculos del ojo ha sido el primer síntoma de la generalización cancerosa, síntoma que tiene un valor semiológico de la mayor importancia.

Neuritis óptica asociada á una mielitis. Neuromielitis óptica de Devie, por Lapersonne. (*Revue Generale d' ophthalmologie*, junio, 1912).

Describe el autor, el caso clínico de una enferma de 20 años, que dos meses antes de un parto perdió rápidamente la visión del ojo izquierdo, y tres semanas después, la del ojo derecho, con edema papilar. A los pocos días, apareció una paraplegia; después, debilidad del brazo izquierdo, con disminución del reflejo olecraneano, por último, cistitis purulenta con incontinencia de esfínteres. La enferma es sometida, después de algunos ensayos, á inyecciones de fibrolisina; la agudeza visual y la paraplegia, están notablemente mejoradas.

El segundo enfermo es un hombre de 30 años que padeció los mismos accidentes, pero con líquido cefalo-raquídeo sucio, albuminoso, con linfocitos y polinucleares en cantidad igual, mientras en la otra enferma el líquido era normal; pero en éste los accidentes mejoraron rápidamente.

Polineuritis craneanas, oculo-motrices en particular, después del tratamiento por el arsenobenzol, por el Dr. Antonelli. (*Soc. française d' ophthalmologie*, mayo, 1912).

Habla el autor de un enfermo con parálisis del facial izquierdo, parálisis del VI á la derecha y doble neuritis óptica, forma papilar, de mediana intensidad. Tenía también parálisis del acústico derecho; algunas semanas después se presentaron parálisis del III por

la derecha y del espinal del mismo lado. El enfermo hombre de 39 años, había recibido dos inyecciones intravenosas de arsenobenzol, de 40 y de 50 centígramos con 20 días de intervalo. Ninguna tara orgánica; chanero duro del pene, seguido de sífilides dos meses después en el momento de las inyecciones.

Entre los casos análogos, numerosos hay en la literatura; ninguno es, dice el autor, mas típico ni mejor hecho para hacer reflexionar: el enfermo conserva estrabismo paralítico y un estado atrófico de los nervios ópticos, con reducción de la agudeza visual, de un lado sobre todo.

Cualquiera que sea la teoría aceptada para explicar el neurotropismo ó meningotropismo del arsenobenzol, este medicamento aun á dosis moderadas y en sífilíticos jóvenes y sanos, puede dar lugar á neuritis ó polineuritis craneanas. Estas últimas se relacionan con frecuencia con meningitis subagudas oftalmoplégicas y no curan siempre, al menos de una manera completa, bajo la acción de un nuevo tratamiento arsenical ó mercurial, como se pretende.

El que esto traduce, tiene un caso bien lamentable por cierto, de una de estas meningitis subagudas, con atrofia completa de los dos nervios ópticos, ya publicado por el Dr. Azúa en los *Anales de Sifliografía*.

Todo el mundo está hoy de acuerdo para reconocer que el arsenobenzol no esteriliza la sífilis, cuyas recidivas son mucho más frecuentes después del nuevo tratamiento que después del tratamiento mercurial clásico. Oftalmólogos y Otólogos están en condiciones para señalar y estudiar los daños que el arsenobenzol puede producir. Ellos pueden dar la voz de alarma para que el remedio de Ehrlich, precioso sin duda en ciertos casos, no haga correr, más que al menor número posible de enfermos, el riesgo de neuritis craneanas y las graves consecuencias que de ellas pueden venir.

PABLO ALVARADO

QUIMICA MÉDICA

Investigación de la sangre por el reactivo de Meyer y el albuminato de manganoso, por Mulsan (*Ann. Chimie Anal.*, 1912, p. 60).

El empleo del reactivo de Meyer para la investigación de la sangre origina en muchos casos error, que se puede evitar, reemplazando como agente catalizador el agua oxigenada por

el albuminato de manganeso y entonces el reactivo resulta ciertamente específico para la investigación de la sangre.

Algunas veces en la orina la investigación de la sangre da un resultado negativo sin que por ello se pueda afirmar la no presencia de sangre; pues según Mulsan en estos casos el obstáculo á la reacción positiva es la presencia del amoniaco, del que la causa de error á el inherente se evita aislando la oxihemoglobina y para ello se opera de la manera siguiente: se adicionan á 20 c³ de orina de una á dos gotas de ácido acético puro, que transforma la oxihemoglobina en hematina, y 2 c³ de éter; se agita, el éter se separa en capa superior que se decanta sobre 2 c³ de agua conteniendo 2 gotas de reactivo de Meyer y 1 gota de solución de albuminato de manganeso á 0,5 por 100 y se agita. Si la orina contiene sangre el agua toma instantáneamente coloración rosa que en un minuto cambia al violeta rojo.

DOMENECH

UROLOGIA

Contribución al estudio experimental de la función renal, por Wohlgemutn, de Berlín. (*Zeitschrift fur Urologie*, t. V, fasc. 10 1911).

El método de la investigación de las diastasas contenidas en la orina, permite saber si el funcionamiento de los dos riñones es igual, según ha podido comprobarse después de investigaciones rigurosas en los animales y en el hombre; si los dos riñones funcionan igual, la concentración diastásica es igual ó casi igual en ambas orinas; por el contrario si uno de ellos está enfermo, produce una orina de concentración diastásica inferior á la normal, siendo las diferencias más acentuadas, según la extensión del mal.

Normalmente la concentración diastásica D en 24 horas, varía entre 16,5 y 90; en un riñón enfermo la concentración puede mantenerse dentro de los límites normales, ya que la parte de tejido sano puede suplir la insuficiencia del resto, pero el estudio comparativo de la orina de ambos riñones separadamente, acusa siempre una notable diferencia. Supongamos dos riñones normales dando $D=83$; uno de ellos se pone enfermo bajando la cantidad $D=25$, cuya cifra en sí misma no es mala, mas la diferencia entre los dos por comparación, revela la alteración de uno de ellos; si por el contrario D baja mucho, menos de 16,5, podemos afirmar

que el riñón está muy enfermo, sin necesidad de comparar con la orina del riñón opuesto.

Es necesario tener en cuenta de un lado la poliuria, que como consecuencia diluye considerablemente las orinas y por otro la presencia de sangre, cuyo suero tiene la propiedad de activar las diastasas.

El principio del método es el siguiente.

Si se preparan una serie de tubos conteniendo diastasas en proporciones decrecientes, se añade en cada uno de ellos una cantidad igual de engrudo de almidón al 1 por 100, manteniéndoles durante cierto tiempo á 32° de temperatura, y se añade á cada tubo una gota de solución de iodo al décimo, se puede ver si la solución de almidón se ha transformado ó se conservó intacta; en el primer caso, el líquido toma una coloración amarilla ó amarillo-rojiza, en el segundo la coloración es azul ó violeta. Las experiencias han sido llevadas á cabo con la orina de 24 horas y con la obtenida en 30 minutos, siendo más precisos los resultados obtenidos con la orina total, pero con la necesidad de tener una estufa á temperatura constante, de 38° á 39°; siendo bastante en la mayoría de los casos la prueba de la media hora, queda la otra para los resultados dudosos.

Comparado éste con los otros métodos, los resultados difieren mucho de los crioscópicos, aproximándose á la prueba del azúcar é indigo-carmin; habiendo obtenido el autor excelentes resultados en la tuberculosis renal, litiasis y pielo-nefritis, constituyendo este dato una indicación preciosa para decidir las nefrectomías.

En resumen, la determinación cuantitativa de los fermentos en la orina, constituye un medio de exploración renal fácil, aplicable á todos los casos, pudiéndose añadir á los otros métodos conocidos.

Resultados actuales del tratamiento de las uretero-pielo-nefritis, por el cateterismo ureteral y lavados de la pelvis renal, por Ch. Périneau. (Th.^s París, 1911).

Las conclusiones que formula el autor, después de un minucioso estudio de cuanto hace relación á este asunto, son las siguientes:

I. El cateterismo ureteral y lavado de la pelvis renal, obran sobre las pielo-nefritis de tres maneras principales.

1.° Tienen una acción antiséptica clara y definida, ya sea el simple lavado con soluciones boratadas ó suero fisiológico, ó que se recurra á las diferentes instilaciones de diferente concentración.

2.º A esto se añade, la acción mecánica del calibre, favoreciendo así el desagüe de la orina infecta, siendo particularmente clara esta acción cuando existe estrechez ureteral.

3.º En ciertos casos de retención purulenta por atonía paralítica de las fibras musculares lisas del conducto, favorece el retorno al estado normal del tejido muscular.

II. Existen cuatro grandes contraindicaciones generales á este método de tratamiento:

1.º Los ataques agudos, que las diferentes maniobras pueden exacerbar.

2.º El estado precario y caquéctico del enfermo.

3.º La antigüedad de la enfermedad, puesto que las lesiones definitivas suprimen toda esperanza de curación.

4.º La pionefrosis, en la que la intervención quirúrgica es preferible.

III. Los resultados son diferentes según la forma tratada:

1.º La pielonefritis ascendente, en un sujeto indemne de toda lesión anterior de los riñones, sino puede ser curada por simples cuidados vesicales ó la sonda permanente, lo es casi siempre en la forma propuesta, siendo de pronóstico menos favorable las infecciones asociadas.

2.º En los retencionistas antiguos, la enfermedad como episodio sobreañadido, es mucho más tenaz, pudiéndose obtener una asepsia temporal de todo el aparato, mas con frecuentes recaídas; en la mayoría de los casos se trata de viejos urinarios en los que su estado general constituye una contraindicación.

3.º Las pielonefritis hematógenas médicas, que atacan principalmente á la zona parenquimatosa cortical del riñón, los lavados de la pelvis sólo ejercen una débil acción; sin embargo, pueden ocurrir siembras secundarias en la pelvis, las cuales desaparecen con el lavado de la misma. La desaparición de la flora microbiana de la retención, si existe, y el estudio del valor funcional del órgano, constituirán la base de nuestro pronóstico; el examen del depósito urinario de centrifugación, indicará la concomitancia de la nefritis; si existen elementos del riñón, su presencia después de la asepsia del órgano, indicará que la evolución de la enfermedad continúa, pudiendo temer recaídas, no debiendo descuidar en ningún caso el tratamiento médico, como principal recurso.

4.º En el curso del embarazo, el tratamiento de la pielonefritis por los lavados de la pelvis, son de una indicación cierta, obrando no solamente por el efecto antiséptico de las mismas, sino por la

acción mecánica ejercida sobre la estrechez ureteral existente en la mayoría de los casos.

5.º *Post partum*. La pielonefritis, reconociendo igual causa que durante el embarazo, se beneficia del mismo tratamiento y con iguales resultados felices.

6.º En la pielonefritis calculosa no están indicados los lavados de la pelvis, siendo por excepción una ayuda útil para preparar la asepsia operatoria ó para favorecer la curación después de la intervención; excepcionalmente el cateterismo puede favorecer la salida del cálculo.

7.º El mismo resultado en las hidro-nefrosis infectadas.

La asepsia y la infección de las orinas tuberculosas, por M. Raffin. (*Journal d' Urologie*, núm. 6).

Desde 1895, Melchior afirmó que las orinas de los sujetos atacados de tuberculosis urinaria eran ordinariamente asépticas, de tal modo, que la siembra de una orina que permanecía estéril podía permitirnos afirmar la existencia de una tuberculosis en el aparato urinario; la exactitud de esta proposición fué afirmada por Nogués en el 4.º Congreso de Urología, habiendo sido confirmada desde aquella época por diferentes autores; sin embargo Albarrán en 1892 admitía, que casi siempre las orinas tuberculosas eran secundariamente infectadas.

¿Cuál es el origen de esta contradicción?

Sutter estudiando 28 casos de tuberculosis urinaria, solamente obtiene cultivos positivos en 9 casos, de los cuales 2 habían sido cateterizados anteriormente; Wildbolz encuentra una infección sobreañadida en 22 por 100 de sus tuberculosos urinarios, siendo frecuentemente debida esta infección al tratamiento local que exige maniobras intravesicales; Tonsson citado por K. Frank, encuentra en 32 casos, 12 infecciones asociadas.

El autor posee 239 exámenes bacteriológicos de orinas tuberculosas y cultivos, los que fueron hechos por M. Meriena en su laboratorio particular y por M. Faysse en el laboratorio del Hospital de San José. El examen se ha verificado con orinas recogidas asépticamente, para ello en la mujer el cateterismo es necesario, contentándose en el hombre con hacer orinar en un frasco aséptico, previo lavado y desinfección del glande y evitando recoger el primer chorro de orina. Sobre estos 239 exámenes los cultivos han

sido positivos en 71 casos, lo que da la proporción de 29,6 por 100, comparable á la obtenida por Wildbolz; los agentes virulentos encontrados en los cultivos fueron:

El estafilococo.....	58 veces.
El coli-bacilo.....	3 »
El estreptococo.....	2 »
El tetiageno.....	2 »
El pneumococo.....	3 »
Agentes no determinados.....	3 »

Investigando las causas probables de infección, el autor encontró 32 veces un cateterismo anterior y 9 veces la blenorragia; la causa de infección exógena fué probable en 45 casos. Realmente es necesario añadir algunas infecciones probables con ocasión de los partos, de blenorragias no confesadas é ignoradas, otros en los que los anteriores cateterismos no fueron especificados de manera segura y algunas infecciones accidentales en el momento de la toma de la orina, quedando por lo tanto muy pocos casos de infección endógena en los 25 restantes y en los cuales, la infección no pudo ser achacada con alguna probabilidad á una causa conocida.

Se ve que, como Sutter y Wildbolz, el autor opina que lo más frecuente es una infección accidental, de origen quirúrgico la mayor parte de las veces; de tal modo que la discordancia entre Melchior y Albarrán sólo puede ser explicada fácilmente, porque en la época en que el último escribía, pocos tuberculosos escapaban de las maniobras imprudentes é injustificadas de que eran objeto. Las investigaciones recientes de los dos autores últimamente citados, unidas á las de Rafin, permiten apreciar el progreso efectuado en la vía de la asepsia y la prudencia médica que es necesario guardar en presencia de tuberculosos urinarios.

Resulta de esta exposición, que el hallazgo de una piuria aséptica, constituye, como lo decía muy bien Melchior, un dato de valor para afirmar el diagnóstico de tuberculosis urinaria, no teniendo necesidad de decir, que siendo la lesión de origen externo y atribuible en el mayor número de los casos á maniobras intravesicales éstas serán evitadas cuando las juzguemos inútiles, y muy prudentes cuando las encontremos indicadas.

La seroterapia en las nefritis, por Botalla-Gambetta. (*Journal d'Urologie*, núm. 3).

En 1898, el profesor J. Teissier comenzó á tratar las nefritis por inyecciones de suero aséptico de sangre de la vena renal de la cabra, fundado en el principio de la secreción interna del riñón, el cual vacía dicho producto en la sangre.

Este trabajo basado en 33 observaciones, de las cuales 8 son inéditas, permiten, apesar de sus desemejanzas, aceptar las siguientes conclusiones:

1.^a El suero de la sangre de la vena es muy eficaz en las nefritis agudas y en las congestiones del órgano, en el curso de las infecciones.

2.^a Su empleo es útil en el curso de las lesiones crónicas parenquimatosas del riñón; en las nefritis intersticiales mejora ciertos fenómenos tóxicos, pudiendo servir para combatir los ataques congestivos intercurrentes.

3.^a En las cardio-renales, los resultados de su empleo, son igualmente satisfactorios.

4.^a El suero renal parece obrar como estimulante de los epitelios hepáticos y renales; por consiguiente, los resultados serán tanto mejores, cuanto la destrucción epitética sea menos profunda.

5.^a Las indicaciones de su empleo se establecerán por el examen profundo del funcionamiento del riñón y del hígado; la prueba de la floridzina permite entrever en la medida de lo posible, demostrando la integridad del hígado, la eficacia del tratamiento por el suero.

Los accidentes sericos, son de pequeña importancia, cuando un ataque agudo de nefritis, pone la vida del enfermo en peligro.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFIA

Lecciones Clínicas de Ginecología, dadas por el Dr. D. Sebastián Recasens Girol, catedrático de Ginecología en la Facultad de Medicina de Madrid, durante el curso de 1911 á 1912. Recogidas taquigráficamente por D. José Pin.

Sólo 21 lecciones, que hacen un total de 195 paginas, constituyen la obra. No se ocupa en ella de enfermedades, en el sentido abstracto de la frase, sino de casos; pero es de ver la cantidad de conocimientos que esas pocas lecciones enseñan.

En la primera, hace un estudio completo y práctico de «los métodos de exploración ginecológica»; lección que todo médico debiera aprender de memoria y aun muchos especialistas, sobre todo el párrafo que dedica á histerometría.

Para dar una idea aproximada de la importancia clínica de estas lecciones, cito á continuación los datos que en ellas estudia.

•Mioma subperitoneal con torsión del pedículo; Salpingo-ovaritis puerperal; Sarcoma del útero; Fístula véxico-vaginal muy extensa; Carcinoma uterino inoperable; Cesárea por mioma y embarazo; Miomectomia vaginal por fibromioma sexil; Histerectomia abdominal por fibroma; Retroversión movable del útero; Una complicacion operatoria á una histerectomia abdominal por el procedimiento de Wertheim; Histerectomia abdominal por carcinoma uterino; Pelvi-peritonitis puerperal; Prolapso genital en mujer joven; Inversión uterina; Operación de Landau; Uretero-neo-cistostomia; Dos casos de legración uterina; Ooforectomia por pseudo-histeria; Quiste tubo-ovárico; Carcinoma de la vulva; Histerectomia vaginal por miomas; Prolapso uterino recidivado después de la basculación; Salpingo-ovaritis tumoral; Colitis y pseudo-histeria de origen genital; Hemorragia post-operatoria á una histerectomia vaginal; Colpotomia por perímetro-anexitis; Miomas de desarrollo pelviano; Carúncula irritable de la uretra; Estiomene de la vulva; Desgarro

perineal completo; Quistes mucoides del ovario; Tuberculosis génito-peritoneal.

De los 32 casos clínicos interesantísimos que describe, procura deducir enseñanzas prácticas. Se declara partidario de la cirugía conservadora bien entendida. Al defender la colpotomía posterior y el drenaje en el tratamiento de procesos puerperales localizados, de esos que se eternizan con el tratamiento médico y suelen dar lugar á salpingo-ovaritis crónicas, se muestra clínico consumado. Da pruebas de hábil operador, en la técnica que describe para operar algunas fistulas véstico-vaginales, haciendo el cateterismo de los uréteres; y en la operación que narra de urétero-neo-cistostomía, por no citar más que algunas. Médico eminente se muestra en las lecciones «Ooforectomía por pseudo-histeria» al hablar de la influencia de los procesos flogísticos del ovario en los fenómenos nerviosos, y de la necesidad de operaciones radicales en unos casos, y por el contrario, de no operar cuando exista hipofunción ovárica. Cirujano experto en «hemorragia post-operatoria á una histerectomía vaginal» en cuya lección se le vé salvar una vida perdida, con una decisión honrada y una valentía y habilidad envidiables. ¿Y qué decir de su lección «dos casos de legrado uterino?» ¡Cuán conveniente que lo que en ella dice llegase á conocimiento de todos los médicos! Pues ay los párrafos que dedica en otra lección á la etiología de la «inversión uterina?» ¿Y los que dedica al trípede de síntomas para diagnosticar la inoperabilidad del cáncer uterino?

Y cito de preferencia estas lecciones, porque son las que yo encuentro de más aplicación para la práctica diaria, para el médico general; el ginecólogo, el especialista, encontrará seguramente en las demás, algo, que si lo sabe, le afiance en su modo de pensar, que, si lo ha olvidado, le recuerde utilísimos detalles, y que, si lo ignora, le enseñe lo que debe de hacer en muchas ocasiones.

Echo de menos en esta obra, y perdone el Sr. Recasens mi franqueza, una lección dedicada por entero á *proflaxis del cáncer uterino y á su diagnóstico precóz*, ya que con ella hubiera hecho un gran servicio á sus alumnos, á sus lectores y á la humanidad en general. Ya sé yo que es tema que ha desarrollado otras veces con gran competencia; y por lo mismo creo debía haberle incluido en sus lecciones clínicas. Como supongo que no serán estas las últimas, espero lo publique en las sucesivas.

Mucho más podría decir de la última obra del Dr. Recasens, pero el poco sitio que á esta sección bibliográfica se dedica me lo

impide. Baste con lo dicho para llevar al convencimiento de mis lectores la utilidad que su lectura podría reportarles.

Y en cuanto al Dr. Recasens, sírvale el éxito que logrará con sus lecciones clínicas, tan grande como el que consiguió con su notable tratado de Obstetricia, para continuar publicando y enriqueciendo á la literatura médica Española con obras y trabajos tan buenos como los mejores del extranjero.

P. ZULOAGA.

Informaciones útiles sobre el radium, por Alfredo Gallego Cepeda, mayo, 1212. Madrid.

Aunque en el último párrafo del opúsculo dice claramente que se trata de un anuncio del Instituto Radiumterápico de Madrid, los fotograbados de la obra, que ninguna relación tienen con el texto, hablarían de un reclamo.

Sin embargo, hay que reconocer que, escrito seriamente, el trabajo del Dr. Gallego resulta de verdadera utilidad para que la inmensa mayoría de los médicos se hagan cargo de un modo resumido, pero claro y terminante, del alcance terapéutico del *Radium* y lo que de sus aplicaciones puede esperarse.

L. MORENO

De la tuberculosis reno-vesical, por el Dr. Sacanella. Barcelona, 1912.

El autor, en un opúsculo de 23 páginas, con numerosos fotograbados de piezas operatorias y todo ello muy bien editado, comienza por negar la existencia de la tuberculosis vesical como entidad morbosa, haciéndola secundaria y depender exclusivamente del riñón; claro es que supongo que al sentar tal afirmación el doctor Sacanella, lo hace hablando en tesis general, deduciendo este aserto de lo que ordinariamente y en la mayor parte de los casos se observa en clínica, sin por ello negar la posibilidad de la tuberculosis vesical primitiva, idiopática é independiente de toda otra localización del agente causal en el aparato urinario y sin negar también la existencia de la tuberculosis vesical secundaria y pendiendo de infecciones de igual naturaleza, asentando en la uretra, próstata y vesículas seminales; pensar de otro modo sería

negar ó no admitir los estudios é investigaciones frutos de necropsias, las exposiciones claras y terminantes de numerosos casos clínicos de diferentes autores, de tuberculosis exclusivas y limitadas á la vejiga, la ubicuidad del bacilo de Koch para sentar sus reales en todos los órganos y aparatos orgánicos y, por ende, conceder con ello una resistencia á la vejiga para dejarse atacar primitivamente, que no posea para la infección secundaria, apesar de que se halle en idénticas condiciones en ambos casos.

Después, con minuciosidad, claridad y método, expone cuanto relación hace á la etiología, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico y terapéutica, para terminar en este capítulo con la afirmación, de que sólo la nefrectomía es capaz de curar la tuberculosis renal, con lo cual y salvo contadas excepciones estamos conformes.

Por último sigue la exposición de 10 casos clínicos en los cuales practicó 8 veces la nefrectomía primitiva y 2 veces la secundaria, consecutivas á una fístula lumbar por nefrectomía, con un sólo caso de mortalidad por lesiones avanzadas de tuberculosis pulmonar, adivinándose por su lectura los progresos de la técnica exploratoria renal y quirúrgica expuesta con claridad, precisión y concisión.

En suma el trabajo del Dr. Sacanella, persona de habilidad y conocimientos nada comunes en esta rama de la Medicina, merece ser leído, ya que por él puede el práctico y el clínico orientarse, sacando provecho de su estudio.

R. E. CEBRIÁN

CASOS Y CONSULTAS

Algunos casos de queratitis flictenular.

Dice nuestro consultante en su carta: Me veo con frecuencia ante niños de uno á tres años que padecen una fotofobia intensísima, tan constante que se prolonga durante semanas, y cuando, con gran trabajo, consigo abrir un ojo á uno de estos enfermitos, ó no encuentro lesión ninguna ó á lo sumo, un poco enrojecida la conjuntiva y en la córnea una ligerísima, insignificante, infiltración y algunos vasitos en el sitio más próximo de la esclerótica. En la generalidad de los casos, los niños no tienen antecedentes patológicos y su constitución no deja nada que desear, siendo los padres también robustos y jóvenes.

¿Qué alteraciones son estas que resisten semanas entre los tratamientos y qué causa general ó local los sostiene?

Estas son las querato-conjuntivitis flictenulares localizadas exclusivamente en la córnea, en organismos que se defienden muy bien de sus ataques.

Cuando recaen en niños pretuberculosos, en los que las conjuntivas presentan flictenas bien caracterizadas y las lesiones ulcerosas de las córneas son extensas, entonces el diagnóstico y el tratamiento no ofrecen dificultad. En estos otros casos, tan frecuentes que no pasa día sin ver alguno en la consulta, es necesario preguntar á los padres ¿qué tal come este niño? y todos dirán poco más ó menos, muy bien, come de todo, y hasta bebe vino y toma café. Aun recuerdo el caso de un padre que al decirme esto, recibió de su hijo, que tenía en brazos, un verdadero torrente de sustancias fecales, formadas por un líquido grumoso amarillento, en el que nadaban restos de carne y multitud de hollejos y

sustancias apenas modificadas, apesar de su paso por el aparato digestivo del niño, que curó en cuanto sus padres se convencieron de lo irracional de aquella alimentación y le pusieron un régimen apropiado.

Este es el punto capital en todos estos casos y en nombre de V. y el mío pregunto al Sr. Suñer, para que en el número próximo nos diga ¿qué régimen alimenticio conviene á los niños sanos, de uno á dos años y en los primeros meses del destete? Contestación que tendré yo que leer diariamente, á tantos padres desorientados en esta materia, y que hasta podría imprimirse y dársele á cada uno para que les sirva de guía.

Impuesto el régimen alimenticio adecuado; localmente con una pomada, bien preparada, de óxido amarillo de mercurio al dos por ciento, verá V. ceder en pocos días, esas fotofobias rabiosas que le han preocupado durante tantas semanas.

PABLO ALVARADO

LOS EDEMAS PRODUCIDOS

POR LA

MEDICACION ALCALINA EN GRANDES DOSIS

POR EL

DR. ELOY DURRUTI

El empleo del bicarbonato de sosa se halla tan generalizado que casi se resume en él todo lo referente á la medicación alcalina.

Del dominio público este fármaco, son muchos los enfermos que toman cantidades excesivas de este preparado, sin que para nada consulten al médico; llega el abuso á tal extremo, que no es raro hallarse con verdaderos *alcalinófagos*.

Hace ya mucho tiempo que la observación clínica ha señalado diversos trastornos originados por el abuso del bicarbonato de sosa, y así lo prueban las célebres discusiones á propósito de lo que Trousseau llamó *caquexia alcalina*.

Pero el empleo de las grandes dosis de bicarbonato de sosa, verdaderamente prescritas y vigiladas por el médico, comienza desde que E. Stadelmann (1), observando que el

(1) E. Stadelmann. *Arch. f. Kin. Med.*, 1886.

coma diabético era debido á una intensa acidosis orgánica, se le ocurrió dar á estos enfermos hasta 100 gramos diarios de bicarbonato.

Generalizado este sistema de tratar el coma diabético, y todos los diabéticos con acetonemia, por dosis elevadas de alcalinos, empezó á observarse que algunos enfermos aumentaban de peso y volumen, resultados que se sumaron á la cuenta de la mejoría iniciada en el estado general por la intervención del medicamento; y se explicaba suponiendo que se disminuía la desnutrición azoada y salina del enfermo.

Una observación más detenida fué enseñando que aquel aumento de peso no era siempre un engrasamiento verdadero, pues en determinados casos la suspensión del tratamiento lo hacía desaparecer rápidamente, y si se persistía en la administración del medicamento pronto aparecían edemas más ó menos extensos.

Aunque Stäubli, en 1908, observó y describió edemas en los diabéticos, la atención de los médicos no se fijó mucho en este asunto hasta el siguiente año, durante el cual se celebró en Wiesbaden el XXVI Congreso Alemán de Medicina interna, en el cual Blum (1), Gerhart y Falta dieron á conocer varios casos de edema producido por el uso del bicarbonato de sosa en los enfermos diabéticos.

Desde entonces se han ido publicando casos de esta naturaleza, y comenzaron los estudios de investigación clínica y experimental para averiguar la patogenia de estas

(1) L. Blum. Ueber die Rolle von Salzen bei der Entstehung von Oedemen. Verhandlungen des XXVI Kongresses für innere Medizin, gehalten zu Wiesbaden, 1909, p. 122.

hidropesías, que también se han observado en otros enfermos no diabéticos y en sujetos sanos, y que pueden ser producidas por otros alcalinos además del bicarbonato de sosa.

*
* *

¿Por qué mecanismo se producían estos edemas? Blum, teniendo en cuenta la acción del cloruro de sodio en la producción de los edemas, encaminó sus investigaciones en este sentido, y dió la siguiente explicación de la acción hidropígena del bicarbonato de sosa en los diabéticos.

Trátase de enfermos cuyo medio es francamente hiperácido, y como necesita el organismo movilizar todas sus reservas alcalinas para neutralizarlo, por tal motivo el bicarbonato queda retenido; y por idéntico mecanismo que el cloruro de sodio no eliminado por el riñón del nefrítico atrae el agua de los tejidos ocasionando la retención hídrica, el bicarbonato de sosa, fijado por el diabético, produce los edemas.

Para Blum, pues, el bicarbonato de sosa es agente productor de edemas por igual patogenia que el cloruro de sodio.

Posteriormente Pfeiffer (1) se dedicó á la investigación de la causa íntima de esta clase de edemas, haciendo también observaciones en enfermos no diabéticos y en individuos sanos. Cuando empleó el bicarbonato de sosa, siempre obtuvo un rápido aumento de peso (próximamente un kilogramo diario). Esta acción del bicarbonato se mantenía durante algunos días para descender después rápidamente.

(1) E. Pfeiffer. Wasserretention durch Natronsalze-Verhandlungen des XXVIII Kongresses für innere Medizin, gehalten zu Wiesbaden, 1911, p. 506.

Las experiencias hechas con el cloruro de potasio y de calcio, nunca ocasionaron retención hídrica de importancia. Esto le condujo á pensar que era el elemento sodio el verdadero agente productor del edema. También Heubner creyó que el ión Na era el causante de las retenciones líquidas; pero no por acción osmótica, sino por un efecto coloidal químico.

Con ligeras variaciones de interpretación vemos en las teorías descritas desempeñar á la sal alcalina un papel *directo* en la producción de las retenciones acuosas.

Los estudios ulteriores que se han hecho sobre este asunto, no aceptan la acción *directa* del alcalino en la patogenia de los edemas, considerándolo únicamente como un medio *indirecto* de acción hidropígena.

En un notable trabajo publicado por Widal, Lemierre y Cotoni (1), después de algunas consideraciones sobre las ideas patogénicas expuestas, indican la suya del siguiente modo: «Es exacto que la ingestión de bicarbonato de sosa en grandes dosis determina en ciertos diabéticos aumento de peso del cuerpo y aun hidropesías. Pero se trata de preedemas y de edemas claramente producidos por retención de agua y de cloruros».

Para llegar á la anterior conclusión les ha servido de base los resultados obtenidos mediante una investigación minuciosa, de los cambios químicos ocurridos en cuatro diabéticos y dos sujetos sanos, que fueron sometidos á la acción del bicarbonato de sosa.

(1) F. Widal, A. Lemierre et Cotoni. Le role du chlorure de sodium dans les œdèmes provoqués par le bicarbonate de soude á dose massive. *Sem. Méd.*, 1911, n. 28, p. 325.

Los dos primeros diabéticos eran casos de extrema gravedad, pues ya estaban en plena acetoneia. Administrado el bicarbonato de sosa en dosis creciente de 20, 40 y 80 gramos diarios, pronto se notó un rápido aumento de peso (9 kilos en 8 días en uno de los casos) seguido de la aparición de edemas extensos; y en todo el tiempo que duró la ingestión del bicarbonato, el análisis demostró una baja progresiva en la eliminación de cloruro de sodio por la orina. Desde el momento que cesó la acción del bicarbonato, descendió bruscamente el peso de los enfermos, coincidiendo con esto una verdadera descarga clorurada por la orina.

Repetidas estas experiencias con todo cuidado y esmero en otros dos diabéticos, pero con estado general satisfactorio y sin amenazas de acetoneia, se comprobó asimismo, que los enfermos aumentaron de peso y tuvieron retención de cloruros; una y otra manifestación fué en menor escala y, por tanto, no se produjeron edemas; en estos dos casos la acción del bicarbonato no pasó del período de preedemas.

Terminan su trabajo exponiendo los datos recogidos en los dos sujetos sanos. En esta tercera fase del problema son más atenuados los efectos que en la segunda; desde luego comprobaron el aumento de peso, lo mismo que ya lo habían notado otros observadores (Charcot, Vulpian, Hayem, Pfeiffer y Blum), en los individuos normales. Pero la producción de verdaderos edemas es muy difícil cuando hay integridad orgánica, pues sin la polidipsia que tiene el diabético no es posible soportar por mucho tiempo grandes dosis de bicarbonato, porque aparecen en seguida fenómenos de intolerancia representados por vómitos y diarrea,

que, además de la necesidad inmediata de suspender el medicamento, trastornan por completo el resultado de los cambios químicos; á pesar de ello, los autores citados pudieron comprobar que también en los sanos el bicarbonato de sosa produce retención hidro-clorurada, aunque poco evidente.

«Difiere en eso—dicen—de la que se observa en los diabéticos muy caquetizados, pero es idéntica á la que se presenta en los diabéticos bien nutridos y sin amenazas de acetonemia».

Como resumen de este trabajo resulta lo siguiente: El bicarbonato de sosa impide la libre eliminación de los cloruros por la orina, originando de este modo la retención hidro-clorurada; para que los fenómenos de retención se hagan evidentes, es preciso que la dosis sea elevada, empezando á iniciarse cuando se llega á los 20 gramos, y van aumentando en relación directa con la cantidad ingerida dentro de la relación individual, pues ya se han visto las diferencias individuales que existen, siendo los diabéticos graves los que más pronto y en mayor intensidad presentan los edemas; quizás influya el estado de deterioro orgánico que estos enfermos tienen y, especialmente, la insuficiencia que en su aparato renal ha de existir.

Influye también la riqueza de cloruros en la alimentación del enfermo, aunque una alimentación pobre en cloruros no sea obstáculo para que haya retención de los mismos.

La retención hidro-clorurada en los diabéticos graves en nada mejora la nutrición general, pues el aumento de peso y el bienestar aparente del enfermo desaparecen rápidamente en cuanto cesa el tratamiento; el edema enmascara simplemente los progresos de la caquexia.

Marcel Labbé (1), en unión de G. Bith y M.^{lle} Fertik, han presentado algunos reparos á las conclusiones anteriores, fundados en los siguientes hechos por ellos observados.

Sometidos cuatro enfermos, tres diabéticos y un nefrítico, á la acción del bicarbonato de sosa, hubo aumento de peso con retención clorurada solamente en un enfermo; en otro diabético no se observó ni aumento de peso ni retención clorurada; en el tercer diabético y en el nefrítico hubo aumento de peso, pero sin retención clorurada; al contrario, en estos dos últimos casos hubo algo más de eliminación de cloruros durante la hidratación.

Por estos resultados de sus experiencias, no aceptan la retención clorurada como causa *constante* del edema producido por el bicarbonato; y sin participar en absoluto de las ideas de Blum, piensan que también otras sales, aunque en grado menor, pueden producir edemas *directos* como lo hace el cloruro de sodio.

* * *

A pesar de estos hechos, que aparentemente desvirtúan las conclusiones formuladas por Widal, la retención clorurada como causa de los edemas sigue ganando terreno, y va siendo apoyada con experiencias ya conocidas anteriormente y con otras de actualidad.

Achard y Gaillard (2), en 1903, ya pudieron comprobar

(1) M. Labbé, G. Bith et M.^{lle} Fertik. Les œdèmes chez les diabétiques. Action du bicarbonato de soude. *Bull et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1912, p. 571.

(2) Achard et Gaillard. Soc. de Biol., 24 oct. 1903, p. 1189 et *Arch. de Méd. experiment.*, 1904, p. 40.

que cuando en el peritoneo de un animal se introduce una sustancia inofensiva, á dosis un poco fuerte, se produce en la serosa un aflujo de agua y de cloruro de sodio. Esta retención local hidrosalina, se acompaña de una disminución de la excreción clorúrica.

En el hombre, Achard y Grenet (1) observaron que la inyección de soluciones hipertónicas de sulfato de sosa producía, durante la eliminación del sulfato de sosa, una baja pasajera en la cantidad de cloruros excretados.

Mathieu (2), estudiando los efectos del bicarbonato y del citrato de sosa en las gastropatías, también comprobó la acción suspensiva de estos alcalinos sobre la eliminación de los cloruros.

Todos estos hechos experimentales favorables á la retención clorurada como causa eficiente de los edemas, están completados por otros nuevos encaminados directamente á dilucidar este problema.

Teniendo en cuenta que la investigación química de los efectos producidos por el bicarbonato de sosa es sumamente delicada y expuesta á errores, ya por la intolerancia gastrointestinal que trastorna los resultados del análisis, ya porque los enfermos alteren el régimen dietético y medicamentoso á que están sometidos—caso frecuente y muy difícil de vigilar en los servicios de hospital—el Dr. Widal

(1) Achard et Grenet. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 4 dic. 1903; p. 1569.

(2) A. Mathieu. Influence de l'ingestion du bicarbonate de soude et de citrate de soude sur l'élimination des chlorures par l'urine et sur la sécrétion chlorhydrique au cours des gastropathies. *Annales des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1911, núm. 11, p. 599.

en unión de los Dres. Lemierre y Weill (1), para ponerse á salvo de toda causa de error, han tenido la paciencia de observar dos enfermos vigilando ellos diariamente el régimen alimenticio, las pesadas de los enfermos y la dosis y administración del bicarbonato. Con estas condiciones los resultados obtenidos tienen toda la garantía que se puede desear.

Era el primer enfermo un nefrítico clorurémico con hidropesías; la menor infracción cometida en el régimen desclorurado producía inmediatamente edemas. Sometido seis semanas á una dieta libre de sal, se consiguió verle libre de sus hidropesías. En estas circunstancias tomó bicarbonato de sosa por espacio de trece días á razón de 40 gramos diarios, consiguiéndose, á pesar de que la eliminación de cloruros en este enfermo era insignificante por efecto del régimen, alcanzar al sexto día de experiencia el máximo de peso (unos 2750 gramos) y que la eliminación de cloruros quedase reducida durante 24 horas á leves indicios.

El segundo caso era una enferma diabética caquetizada y acetonémica, cuyo régimen alimenticio representaba unos 6 gramos diarios de cloruro de sodio.

Administrado el bicarbonato á dosis de 20 gramos diarios, en seguida empezó el aumento de peso y la disminución de los cloruros en la orina, apareciendo muy pronto edemas en las piernas y muslos; suprimido el bicarbonato, presentóse inmediatamente la descarga de cloruros, bajó el peso á la cifra inicial y desaparecieron los edemas.

(1) F. Widal, A. Lemierre et André Weill. Recherches sur les œdèmes provoqués par le bicarbonate de soude. Rôle du chlorure de sodium. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 24 mai 1912, p. 641.

Rathery en un diabético, y Achard y Ribot en un albumínico, han confirmado en todas sus partes las conclusiones de Widal, sobre la acción suspensiva del bicarbonato de sosa en la eliminación del cloruro sódico.

También nosotros hemos observado un interesante caso, que puede sumarse perfectamente en el grupo de los que demuestran la acción *indirecta* del bicarbonato de sosa en la producción de edemas.

Trátase de un sujeto de 44 años de edad y bien constituido. Antiguo dispéptico por infracciones del régimen alimenticio y acentuado estreñimiento, encomendaba al bicarbonato el alivio de sus molestias gástricas, del cual, guiado por su capricho, hacía un consumo exagerado.

Acentuados los trastornos digestivos, tuvo necesidad de pensar seriamente en ellos y someterse á un régimen dietético apropiado. Libre ya de sus trastornos gástricos, pero movido por su estreñimiento, hizo una primera estancia en Cestona; y desde entonces empezó á mejorar notablemente.

Lo interesante y curioso de este caso es que, aun hallándose perfectamente del estómago, siguió usando el bicarbonato, y, lo que aun fué peor, aumentando la cantidad ingerida hasta el extremo de tomar diariamente 80 á 100 gramos (una caja pequeña era su consumo diario), tolerándolo perfectamente. Desde que llegó á tomar estas grandes cantidades comenzó á engordar visiblemente. Como ya no tenía trastornos digestivos y comía perfectamente, todos creímos que era un engrasamiento de buena ley.

En esta situación llegó el mes de julio de 1910, y volvió á los baños de Cestona. A medida que iba haciendo uso de las aguas, notaba que su gordura crecía con rapidez

inquietante, que sus piernas y muslos le pesaban ya demasiado y le entorpecían la marcha; alarmado por esta situación, al duodécimo día suspendió el uso de las aguas y regresó inmediatamente.

La primera impresión que tuvimos de este enfermo fué muy desagradable, pues estaba en plena anasarca; pensando inmediatamente en algo nefrítico ó cardíaco, fué reconocido minuciosamente y nada anormal se encontró en todo el organismo. El análisis de la orina sólo dió el siguiente dato: era tal su alcalinidad que fermentaba tumultuosamente con unas gotas de cualquier ácido.

Orientados con este único dato, hacia él encaminamos nuestras investigaciones; fué entonces cuando supimos las enormes cantidades que tomaba de bicarbonato y que las tomaba por verdadera obsesión, por una manía del alcalino, pues él se encontraba admirablemente de su aparato digestivo.

Suprimido radicalmente el uso de dicho medicamento, quedó el enfermo sometido á la dieta láctea, siendo altamente sorprendidos de su resultado, pues fueron suficientes *cinco* días de este régimen para ver desaparecer por completo aquella enorme infiltración orgánica, quedando el enfermo perfectamente como en la actualidad sigue.

Este caso tiene todo el valor de una experiencia, pues si es cierto que no se hicieron investigaciones sobre la eliminación de los cloruros (no teníamos en aquella época noticia de estos trabajos), se vió de un modo claro que un sujeto sano tomando grandes cantidades de bicarbonato, toleradas perfectamente, no pasó del aumento de peso (período de preedema) con la ración de cloruros ordinarios; pero en el momento que á la ración normal de cloruros de su alimentación

agregó un suplemento de unos cinco gramos, ingeridos con el agua de Cestona (1), la retención clorurada subió rápidamente y estallaron los edemas generalizados; y una vez suprimido el bicarbonato desaparecieron los edemas con la misma rapidez que se presentaron.

Atribuimos al bicarbonato la acción suspensiva de la eliminación clorurada, porque este enfermo ha vuelto á tomar las aguas de Cestona el año pasado y el actual, y no se ha observado después el menor indicio de retención clorurada, desde que en absoluto suspendió el uso del bicarbonato.

Toda esta serie de experiencias y observaciones clínicas militan en favor de la teoría de F. Widal, confirmando plenamente que los alcalinos sólo tienen una acción *indirecta* en la retención hídrica.

* * *

Aquí parece ya terminado este problema: Los edemas que la ingestión de alcalinos á dosis elevadas producen son, en último término, función del cloruro de sodio retenido en los tejidos.

Admitido que los edemas alcalinos tienen igual patogenia que los edemas del bríghtico y del cardíaco, queda por aclarar cuál de los dos elementos componentes del cloruro de sodio es el principal agente de la hidratación. Ya hemos indicado que Pfeiffer hizo responsable al ion Na de la retención hídrica, porque en sus experiencias siempre la observó cuando operaba con sales de sodio, siendo

(1) El agua de Cestona tiene por cada kilogramo 5,5887 de cloruro de sodio; nuestro enfermo tomaba diariamente unos 900 gramos.

apenas perceptibles los efectos con el cloruro de potasio y el cloruro de calcio.

Esta interpretación parecía la más apropiada, por la frecuencia de los edemas ocasionados por las sales de sodio.

Empezó á dudarse de la anterior explicación, desde que Widal, Lemierre y Weill (1), dieron á conocer la curiosa observación siguiente: Un hombre de 34 años, robusto y bien constituido, se purgó con una gran cantidad de sulfato de magnesia, después bebió cinco litros de caldo bien sazonado de sal, y luego siguió comiendo y bebiendo como de costumbre, notando únicamente en los primeros días que orinaba poco en relación con lo que bebía. Pasados cuatro días vió que sus piernas eran más gordas y le pesaban más; á los once días tuvo necesidad de ingresar en el hospital, porque se encontraba en plena hinchazón.

Bastó el reposo en cama y seis días de dieta hipoclorurada para que descendiese el peso en 13 kilos y desapareciesen todos los edemas; en este momento el examen de la eliminación urinaria de los cloruros, demostró un exceso de 64 gramos sobre la cantidad de cloruros ingerida, prueba cierta de la retención habida anteriormente. Un mes de atenta observación, nada descubrió de anormal en este sujeto, y sirvió para convencerse de que los edemas ocasionados por el sulfato de magnesia, tienen en su mecanismo patogénico semejanza completa con los debidos al bicarbonato de sosa.

(1) F. Widal, A. Lemierre et André Weill. *Ædemes par absorption masive de sulfate de magnésie. Bull et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1912, p. 386.

En este caso era muy evidente la poca participación que el *cation* sodio tenía en la producción del anasarca, lo cual hizo pensar á estos autores en el *anion* Cl.

Valiéronse, para aclarar este problema, del hombre nefrítico y de la mujer diabética que anteriormente hemos mencionado.

El nefrítico no toleraba la menor alteración del régimen hipoclorurado; pequeñas cantidades de sal eran suficientes para producir en seguida los edemas; en cambio, dosis de sodio mucho más considerables, administradas en forma de bicarbonato, sólo producían un ligero aumento de peso, propio de la retención clorurada. Por la orina era eliminado la mayor parte del elemento sodio.

La enferma diabética fué el objeto de tres pruebas sucesivas, en cada una de las cuales siempre tomó la cantidad fija de 5 gramos 50 centígramos de sodio por día, variando sola mente la naturaleza de la sal de sodio administrada.

Primera; estando la enferma sometida á una dieta desclorurada, tomaba diariamente 20 gramos de bicarbonato de sosa. Once días duró esta prueba y sólo se notó un ligero aumento de peso (1400 gramos) y disminución de los cloruros urinarios por debajo del gramo, pero sin producir edemas.

Segunda; se administró el bicarbonato unido al cloruro de sodio, en la proporción de 10 gramos del primero y 7 gramos del segundo. Con este régimen aumentó el peso bruscamente, aparecieron los edemas y el análisis confirmó la retención de cloruros. Como siempre, al suspender el bicarbonato, desaparecieron los edemas, y el peso del cuerpo descendió en tres días á la cifra inicial.

Tercera; á la ración ordinaria de hospital que la enferma tenía se agregaron 14 gramos de sal; la enferma soportó y eliminó perfectamente esta ración suplementaria de cloruros, sin retención ni aumento de peso. Los riñones, pues, eran perfectamente permeables á la sal; y el bicarbonato producía el edema porque impedía la eliminación de los cloruros por la orina.

En resumen: «la administración á la enferma de una igual cantidad de sodio en tres formas diferentes, ha producido resultados también diferentes.

En forma de cloruro ó de bicarbonato aisladamente no ha producido hidratación. Al contrario, asociando estas dos sales, hemos hecho aparecer el edema, y el examen de los cambios químicos ha mostrado la retención concomitante de los cloruros. Esta observación demuestra, pues, que es imposible asignar al sodio ningún papel en la producción de estos edemas. Corrobora las comprobaciones que hemos podido hacer en nuestro primer enfermo. En los diabéticos como en los bríhticos, nada nos permite conceder al sodio una acción hidropígena».

Achard y Ribot (1), estudiando con igual detenimiento, y sometiendo al enfermo á pruebas semejantes, la acción comparada del bicarbonato de sosa y del cloruro de sodio sobre la hidratación del organismo en un nefrítico hidropígeno, han obtenido un resultado que se puede considerar como una contraprueba de las experiencias de Widal y sus colaboradores. Es decir, «que en la hidratación salina, consecutiva

(1) Ch. Achard et A. Ribot. Action comparée du bicarbonate de soude et du chlorure de sodium sur l'hydratation de l'organisme chez un malade atteint de nephrite hydropigene. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1912, p. 722.

á la ingestión de bicarbonato de sosa, no se puede considerar al elemento sodio como agente de la retención».

Cuanto llevamos expuesto sobre la acción de los alcalinos, abre nuevo horizonte á la terapéutica y á la fisiología patológica, pues hasta ahora sabíamos que en el hombre sano, cuando pasaba de un régimen poco salado á otro con mucha sal, en dos ó tres días restablecía el equilibrio clorurado, sin que la retención de cloruros ni el aumento de peso tuvieran importancia; y sabíamos también, que en el hombre enfermo sólo teníamos que contar con dos factores para la producción de edemas: cantidad de sal ingerida y permeabilidad renal.

Desde ahora tenemos un tercer factor en las sales alcalinas capaz de producir la hidratación orgánica, cualquiera que sea el estado de la permeabilidad renal; pero no por acción directa, sino evitando que nuestro organismo elimine el cloruro de sodio, causante verdadero de la retención hídrica. Por último, el poder hidratante del cloruro de sodio procede más—como dice Achard—del *anion* cloro que del *cation* sodio.

LÁMINA 1.^a



LÁMINA 2.^a



LÁMINA 3.^a



RARO CASO TERATOLOGICO

UNA PERSONA CON TREINTA DEDOS

POR EL

DR. CASIMIRO CALLEJA

Solamente á título de curiosidad, pues no hay que plantear ni resolver ningún problema clínico en estos casos, voy á exponer uno que observé, bien casualmente por cierto pues la enferma me consultaba por un mal que no tenía ninguna relación con sus deformidades.

Al tomarla el pulso me chocó la forma de su dedo pulgar; observé la otra mano y era análoga; miré á sus pies y su anchísimo calzado ya denotaba la anormalidad del contenido. Inquirí y observé y hé aquí los datos recogidos:

Se trata de una señora de 46 años, casada y nulípara, de regular estado general.

Tiene en lugar del pulgar de cada mano, dos dedos unidos por la piel hasta pequeña distancia de sus extremos; todos con uña; constan de tres falanges y tres articulaciones, pues siguiendo la palpación por la mano se aprecia que á cada dedo anormal corresponde un metacarpiano. De modo que no semejan pulgares, sino índices un poco más cortos y un tanto desiguales, y aunque en sus movimientos se oponen algo á los demás dedos formando pinza, no es tan perfectamente como lo hacen los pulgares normales:

La adjuntas radiografías de las dos manos, demuestran mejor que todas las descripciones la forma, dimensiones y disposición de las falanges y metacarpianos y de la articulación de ambos con el hueso trapecio del carpo (1).

Los pies son mucho más anormales que los manos, pues tienen nueve dedos cada uno y en tan semejante disposición que sólo hice radiografía de uno de ellos, el pie izquierdo.

El primer dedo ó gordo tiene dos falanges, y los ocho restantes á tres, como normalmente; las últimas desviadas en diferentes direcciones, indudablemente por la compresión del calzado. Cada dedo tiene su metatarsiano, muy normales todos menos el sexto más delgado y corto, de tal modo que no llega al tarso ni se articula con ninguno de sus huesos sino sólo lateralmente con las extremidades superiores del quinto y séptimo metatarsianos.

Tiene el tarso anterior un escafoides y un cuboides, y seis cuneiformes en lugar de tres, los cuales se articulan con los metatarsianos primero al quinto y el séptimo y el cuboides con los octavo y noveno, pues el sexto metatarsiano ya dije que no llega al tarso.

La adjunta radiografía del pie no es tan clara como la de las manos, porque tuve el descuido de hacerla con la media puesta (cuyo tejido de punto se aprecia en los claros de la radiografía, así como también una línea bordeando el pie) y cuando al revelarla lo aprecié, ya se había ausentado la

(1) *N. de la R.*—En las radiografías hechas por el Dr. Calleja, las dos manos son de igual tamaño y el pie mucho mayor, pero al hacernos en Alemania los fotograbados de ellas, una mano ha sido empequeñecida y mucho más el pie. Como el enmendar la falta suponía gran retraso en la inserción del artículo, hemos preferido publicarlas así.

enferma y no hubo ocasión de hacer otra radiografía, si bien ésta no deja de ser demostrativa.

La deforme no sabía si en sus ascendientes ó parientes los había con análogos defectos, aun cuando suponía que no, al no hacerse mención de ello en la familia.

Designación de la deformidad.

Las deformidades congénitas de los dedos se denominan con variados nombres que indican con bastante claridad en qué consisten; así las anomalías se llaman:

Polidactilia: mayor número de dedos.

Ectrodactilia: menor » » » (mono, bi, tri, tetra-dactilia).

Sindactilia: fusión ó adherencia de dos ó más dedos.

Macroactilia: mayor volumen, de todos ó algunos dedos.

Microactilia: menor » » » » » »

Dolicodactilia: mayor longitud » » » » »

Braquidactilia: menor » » » » » »

La polidactilia se denomina *regular* cuando los dedos son normales en forma y dirección y articulados con las correspondientes huesos suplementarios metacarpianos y carpianos ó metatarsianos y tarsianos; é *irregular* en caso contrario, siendo de estas la más frecuente la *bifidez*.

Por tanto el caso reseñado debe designarse: *Polidactilia pareada y regular*, con *sindactilia pulgar simétrica*.

Estas anomalías suelen ser hereditarias, especialmente en el sexo femenino; á veces saltan una generación ó no existen más que en varones ó hembras (principalmente la polidactilia y ectrodactilia) y sólo durante varias generaciones, pues

á la quinta ó antes vuelven los descendientes al tipo normal, como ocurre con las razas artificiales.

Son menos hereditarias la braquidactilia y sindactilia y nada la macrodactilia.

La polidactilia es más rara en el pie que en la mano (Follin) y más frecuente en dos ó en los cuatro miembros análogos anomalías que en uno solo.

Muy frecuente un dedo suplementario, cubital ó radial: pulgar bífido; meñique suplementario; se han observado hasta tres pulgares suplementarios; seis dedos es tan relativamente frecuente, que hay familias con tal apellido. En la literatura teratológica se consignan como casos raros los de veinticuatro dedos, por lo cual es notable este descripto que tiene treinta.

La sindactilia puede ser: ósea, membranosa, de adosamiento, por brida congénita. En este caso es de adosamiento de dos dedos emplazados simétricamente en lugar de los pulgares.

Es tendencia natural de la mente tratar de saber el porqué de todo, y cuando no se puede averiguar claramente se inventan teorías, de las cuales hay varias para explicar la patogenia de estas anomalías.

1.^a Teoría *atávica*; sostenida por Bardeleben, Keherer, Albrecht y Foltz (1863), creyendo que la mano primitiva tenía seis dedos y nuestro pulgar representa la coalescencia de dos y el bífido al contrario, un retorno hacia el tipo primitivo. Según Dareste y Schenk existen primitivamente en el embrión más de cinco dedos y lo general es que se atrofien todos los suplementarios.

2.^a Teoría *mecánica*; defendida por Ahlfeld quien halló un filamento del amnios en la bifurcación del pulgar bífido.

Dareste y Lannolongue admitieron la desviación de los botones digitales ocasionada por adherencias amnióticas y la interposición de estas bridas amnióticas sirvió también á Dareste para explicar las amputaciones congénitas de dedos de las manos ó pies.

3.^a Teoría *embrionaria*; Albrecht cree que cada uno de los dedos es doble primitivamente; Gegembauer y Herschel dicen que todos los embriones de vertebrados tienen el miembro superior compuesto de cuatro radios y la polidactilia sería un vestigio de radios suplementarios los cuales se observan en el estado normal en los animales inferiores.

Como contraprueba puede aducirse el hecho de observación siguiente; cuando no se ha desarrollado el radio, faltan el pulgar, su metacarpiano, el trapecio y el escafoides, y cuando no se ha desarrollado el cúbito, faltan totalmente el cuarto y quinto dedos.

(Esta teoría de los rudimentos es una variante de la atávica).

4.^a Teoría *patológica y teratológica*; emitada por Pigne (1844) y Virchow, diciendo que la polidactilia resulta de la fusión de dos gérmenes.

Como se ha observado la polidactilia hereditaria, principalmente femenina, y Dareste consiguió hacer teratología *experimental*, resulta que ninguna teoría es suficiente para explicar todos los casos, por lo que podrían conciliarse todas *repartiéndoselos*.

Un comentario se me ocurre que no quiero dejar en el tintero: la génesis orgánica es tan maravillosa é ignota cuando normal que cuando patológica.

USAGRE

POR EL

DR. FÉLIX DOMINGO

Cuando las eflorescencias ó elementos característicos de las erupciones de la piel no tenían valor positivo de diagnóstico, no eran interpretadas como signos definidores de una enfermedad determinada, bajo el doble aspecto etiológico y sintomático, la filosofía médica fuente de clasificaciones, base de la formación de sistemas, formaba grupos nosológicos que en la actualidad resultan absurdos é incomprensibles.

Así se explica la agrupación de enfermedades tan diferentes y distintas como el eczema, el impétigo, favus y liquen bajo la denominación de *Afecciones lácteas de los niños*, que los antiguos decían se llamaban vulgarmente *usagre*.

El usagre de los niños, como el usagre de las personas adultas, ha llegado hasta nosotros como si á través de tantos años nada se hubiera hecho en la medicina; con la misma pureza de interpretación y concepto que si nos encontráramos en los buenos tiempos del maestro Trousseau, todavía enfangados en aquellas discusiones sofisticadas sobre las teorías de Broussais ó las de Brown, que reinan sobre la masa vulgar, con gran contento de legos y profesionales.

Los enfermos nos consultan de sus humores herpéticos, de los vicios de la sangre, pidiendo algún medicamento que la purifique ó que destruya el virus fijado, con grave riesgo de su salud, en algún órgano ó tejido.

Es ya una sentencia el desdichado aforismo médico de no retirar las erupciones ó las supuraciones crónicas de un enfermo con el fin de no provocarle mayores daños. Hay, pues, que dejar sin tratamiento un eccema pertinaz y molesto; es necesario abandonar, hasta el desarrollo del niño, una supuración del oído, fétida y repugnante; no puede combatirse el sudor de los pies; no se debe interrumpir el curso y evolución de las erupciones, en general, siquiera sean tan graves como un lupus ó una tiña, en honor de estos principios de la filosofía médica mantenidos todavía con gran tesón, y para desgracia de la humanidad, por algunos médicos.

Esta denominación de usagre resulta indudablemente muy cómoda para diagnosticar una erupción costrosa cualquiera y explicarla ateniéndose á un *humor*, que siempre es el mismo, sea el que quiera el mote que se le imponga; pero es una verdadera herejía científica que la cultura médica sabrá deshacer.

Ahí no es nada, confundir con el nombre de usagre enfermedades que hoy están completamente desligadas y separadas etiológicamente, con su terapéutica precisa y bien razonada, para que se pueda consentir en los momentos actuales, el desbarajuste de una terapéutica dirigida por semejante modo de concebir los principios y los hechos médicos.

Bien es verdad que bajo este epíteto nunca se hace terapéutica, porque los remedios aconsejados para la cura de

dichas afecciones, son la carabina de Ambrosio, salvo algunas excepciones en las que, por emplear *¡la corteza de tocino cocido!* para curar la tiña, puede provocar un grave trastorno, impidiendo con la grasa de este *agente medicamentoso*, la perspiración ó trasudación necesarias á un cuero cabelludo inflamado por una infección.

Un tratamiento de este género es una imprudencia, nunca cura y siempre hace perder tiempo, lo cual es un perjuicio.

Podría la grasa de semejante *elemento curativo* hacer caer las costras, pero éstas, que es en lo que se parecen algunas de las erupciones comprendidas en el famoso usagre, en los tiempos actuales no son otra cosa que signos físicos para el diagnóstico; eflorescencias ó elementos secundarios consecutivos á la desecación de serosidad, sangre ó pus, que nos revelará el proceso anteriormente desenvuelto en la piel enferma.

No va poca diferencia á considerarlas como la erupción misma ó esencia del mal. En este caso se comprende como con grasas ó manteas quieren curar una erupción fávica ó impetiginosa. Pero para la dermatología moderna, hacer desaparecer las costras no es curar la enfermedad, sino quitar elementos que nos impedirían hacer un tratamiento positivo: las costras, por su forma, color y estructura, son elementos preciosos de diagnóstico, y nada más.

Cuando la costra es redonda y de bordes perfectamente limitados es que anteriormente ha habido una vesícula, grande ó pequeña, cuyo contenido se ha desecado sin romperse la envoltura; en cambio, las costras planas, mal limitadas, extensas, son desecación de líquidos ó trasudaciones vertidas libremente sobre la superficie de la piel.

Existen costras que se desprenden fácilmente de la superficie de implantación, en tanto que en otras cuesta verdadero trabajo su desprendimiento; algunas de éstas, tienen en la cara adherente puas ó espinas que estaban enclavadas en la superficie de la piel.

De ser las costras amarillentas, simplemente, á tener tintes oscuros y negruzcos, hay la diferencia de que unas son originadas por desecación de serosidad, en tanto que las demás llevan pus ó sangre independientemente ó en combinaciones variadas.

Blanda ó dura, de una sola formación ó construída por capas á modo de estratificaciones superpuestas unas á otras, como es la clásica rupia sifilítica, tienen también las costras un valor diagnóstico muy digno de tenerse en cuenta, porque con todos estos elementos, modos y formas, podemos diferenciar un favus, provocado por un parásito vegetal, el *achorion Schönleini* de un impétigo, que en último resultado es la infección de la piel por los microbios vulgares de la supuración.

Y todo esto que parece más complicado, no tiene más remedio que ser así dentro de las ciencias positivas. No hay más, que saber las cosas ó ignorarlas.

Cuando se estudia atentamente las erupciones eczematosas, el favus, el impétigo,—vamos á limitar á estas tres dermatosis el concepto usagre,—se vé claramente el error y la falta de juicio clínico en las apreciaciones hechas bajo la advocación de esas teorías humorales. Los que á todas las erupciones costrosas, sean secas ó húmedas, aparecidas en los niños ó adultos, las califican de usagre, no las diferencian y además las someten á una causa común, que no puede ser otra que *un humor malo de la sangre*.

La simplicidad del hecho envuelve la ignorancia más profunda, porque se corre el riesgo de tomar una sífilis hereditaria, en el niño, por un eczema, un favus ó una tricofitia, por una simple dermatitis traumática, y el valor de estos diagnósticos diferencia de tal modo las erupciones, que no se encuentran palabras para calificar al que tales monstruosidades cometa.

El explicar todas estas erupciones por una causa común, el humor malo de la sangre, nos lleva á los mismos peligros, nos conduce á una terapéutica desgraciada, porque no conocemos los fenómenos patogénicos, los efectos, de enfermedades tan diferentes, que han de desenvolverse en el curso de su evolución. Es andar sencillamente á ciegas.

En los niños de pecho el eczema, por ejemplo, aparece del modo más simple, no teniendo los cuidados de limpieza necesarios para la conservación funcional de su piel. Es sabido que la caspita que cubre el cuero cabelludo del pequeño infante, mezclada con substancias grasas, que las mismas glándulas segregan, queda adherida formando películas y aún á veces costras según su antigüedad. Pues este producto de eliminación, que las tales teorías humorales hacen respetar sin ver es una porquería, llegan á irritar é inflamar los tejidos, poniéndolos doloridos y húmedos, favorecen la implantación de determinadas bacterias, se establece la supuración y paulatinamente queda constituido un eczema vulgar, que más tarde vais á llamar usagre.

Otras veces, y busco este ejemplo porque es el que más hace sospechar algún virus ponzoñoso, el eczema aparece en las orejas, la cara, el cuero cabelludo, á consecuencia de la leche mamada por el niño después de un susto recibido por la madre ó la nodriza.

Aquí la causa y el efecto aparecen tan relacionados que no es difícil su asociación para interpretarlos como un vicio de los humores. Pero hay que estar atentos al fenómeno para comprenderle. El susto en la madre pudo cambiar indudablemente la composición química normal de la leche, y transformarlo en un alimento tóxico para el pequeño infante, quedando todo ello reducido á un eczema por intoxicación, como existen urticarias en las personas adultas á consecuencia de tomar un alimento averiado. Serían los eczemas de causa química, como los anteriores de causa mecánica, pero añadiéndoseles un nuevo agente, las bacterias, que obran, no sé si seremos exactos al decir, como coadyuvantes, aunque hoy se quiere sean los eczemas de origen microbiano.

La opinión más en su punto, sobre esta cuestión, es la del profesor Neisser que admite la intervención de los estafilococos piógenos en los eczemas, aunque de hecho no los determinen sin el concurso, ó preparación en los tejidos, de otros elementos.

A este propósito dice: «Para que se comprenda mejor nuestra opinión sobre el papel que desempeñan los estafilococos en los períodos crónicos del eczema, vamos á establecer una comparación con la gonorrea crónica. En ésta, encuéntrase gonococos en los tejidos, y por cierto las más de las veces en pequeñísimo número, sin que se ofrezca ninguna verdadera inflamación ó supuración clínicamente manifiestas. Pero tan pronto como por cualquier accidente sobreviene una fuerte irritación de la mucosa uretral, empiezan de nuevo á reproducirse en abundancia los gonococos y á desarrollarse sus propiedades piógenas.

Ahora bien, si consideramos el papel que las bacterias desempeñan en el eczema por un lado y en la gonorrea por otro, veremos que la única diferencia que existe entre gonococos y estafilocos, consiste en que los primeros pueden implantarse en la mucosa sin que ésta sea previamente preparada, mientras que los estafilococos, tanto para su implantación como para su reproducción, necesitan de agentes que obren sobre la piel preparándola y que favorezcan su crecimiento» (1).

Si á esto se agregara la aseveración rotunda de este mismo maestro «*Negamos en absoluto que existan causas internas que directamente y por sí solas sean capaces de producir el eczema*», nos daríamos cuenta del error profundo y de la distancia tan considerable en que nos encontramos de la verdad, al considerar á esta erupción comprendida dentro de la denominación de usagre.

Vea el lector la diferencia enorme entre el concepto formado de los eczemas, con las antiguas teorías humorales y el concepto formado en la educación de estas otras teorías modernas.

Pero si nos fijamos en la etiología y patogenia de las otras dos enfermedades favus é impétigo, que con el eczema forman el *tríptico usagrino*, caeremos en la cuenta, de un modo más sorprendente, de los perjuicios enormes que se viene causando á la sociedad con esa medicina rudimentaria, que aún no se ha podido desterrar de la masa vulgarísima de enfermos y médicos.

En primer lugar, el favus está tan identificado por unas

(1) In W. Ebstein y Schwalbe. *Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica*, tomo V, pág. 339.

eflorescencias, que no es fácil confundirle clínicamente con el eczema, y prueba de ello es que aun los mismos antiguos que admitían la unidad etiológica considerándole como humor, le llamaban favus y no eczema ó impétigo, hecho suficiente para haber pensado y pensar actualmente en otra causa que no sea igual á la del eczema, aunque no fuera la verdadera, ó por lo menos explicar de otro modo su evolución.

Por tratarse de una enfermedad contagiosa y haberse observado que un niño invadido de este mal bastaba para contaminar á todos los demás asistentes á un colegio, es también motivo más que suficiente, para considerar que el tal favus llevaba en sí, algo más que el producto esencial del usagre. A esto hay que añadir, y no se crea que de época tan reciente (1), el descubrimiento de su agente etiológico, que como ya hemos dicho es un parásito vegetal, el *achorion Schönleini*. ¿Cómo se explica que á estas alturas se considere á una enfermedad de esta índole como un humor que hay que respetar para evitar mayores daños?

Habrá que pensar solamente, en que no se estudia, en que no se comprueban por la reflexión pura y desapasionada los conocimientos diariamente importados por inteligencias sagaces y educadas; y que esa medicina rancia y grosera de los usagres, llegó del arroyo hasta los médicos, como salpicaduras de lodo, retenidas por la pereza de inteligencias cerradas al progreso y avance de las ciencias médicas.

(1) El parásito del favus fué observado la primera vez por Schönleini en el año 1839, aunque su descripción completa se hizo en 1841 por Gruby. *Précis de Dermatologie*, pág. 40, 2.^a edición W. Dubreuilh.

El favus como el eczema son dos enfermedades perfectamente determinadas, clínica y etiológicamente, que no pueden de ningún modo ser incluídas en el mismo grupo nosológico.

Con el impétigo ocurre lo mismo. En cualquiera de sus formas ó de sus variedades se ve claramente, por una atenta observación clínica, que su naturaleza etiológica es diferente á las del eczema y favus, y mucho más á la del malhadado usagre.

Tampoco tiene nada de moderna la afirmación de su principio etiológico. Afirmada clínicamente la contagiosidad de esta enfermedad por Devergie, fué establecida experimentalmente en 1864 por Startin y T. Fox.

El impétigo contagioso de Tilbury Fox, como el impétigo de Bockhart, estudiados detenidamente en estas últimas etapas, son provocados por los microbios vulgares de la supuración: el estreptococo para el primero y los estafilococos dorados para el segundo.

La invasión de la piel ó de los folículos pilosos por estos agentes microbianos, hacen estallar el cuadro clínico tan característico de estas erupciones, que le diferencian típicamente de todas las demás que con él han sido incluídas en el denominado usagre. Ligeras nociones de las teorías bacterianas, de lo que hoy se llama infección ó inflamación, nos explicarán facilmente el alcance de esta erupción y nos pondrían sobre camino seguro, muy distante del de las teorías humorales, para interpretar su evolución.

¿Hay motivo, ni nada que lo justifique, para que todavía se sostenga en una parte del público médico el concepto anticuado de la medicina que representa las teorías humorales?

De estos ligerísimos apuntes se deduce una terapéutica positiva y determinada, y se vé que á cada una de estas erupciones ó enfermedades de la piel, eczemas, favus é impétigo, no se las puede tratar como usagre.

En tanto que en algunas una reglamentación severa y bien establecida de la alimentación y cuidados del tubo digestivo, con un tratamiento local, fácil y cómodo, nos llevaría rápidamente á la curación y desaparición total de la enfermedad, en otras habrá que esperararlo todo, ó su mayor parte, del tratamiento local instituído. En este último caso habría que pensar, como por ejemplo en el tratamiento del favus, desde la depilación de la antigua calota de pez, mucho más humano que *la corteza de tocino cocido*, ayudado de los agentes químicos indicados, hasta la electroterapia moderna en cualquiera de sus formas aconsejadas.

Hoy se dispone de recursos seguros para curar estos eczemas, favus é impétigos, como se desprende de las ligerísimas notas apuntadas en este trabajo ¿por qué no hemos de aprovecharlos?

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

Diagnóstico de la tuberculosis por el método de Marmoreck, por los Dres. V. de Bonis y G. Renga, (*La Riforma Med.*, núm. 27, 1912).

El método propuesto por Marmoreck no es más que una aplicación á la tuberculosis del fenómeno de la desviación del complemento, estudiado por primera vez por Bordet y Gengou. Las primeras observaciones fueron hechas en 600 individuos y la reacción no estuvo en desacuerdo con el diagnóstico clínico más que en el 5 por 100 de casos.

Los trabajos posteriores de Bergeron, Jacobson, Lucibelli, Klinikert y Fornaca, afirmaron unos y negaron otros los resultados de la reacción Marmoreck; y para saber á qué atenerse sobre esta divergencia en los experimentadores nombrados, cuanto para decidir de la importancia de este medio de diagnóstico precoz de la tuberculosis, de Bonis y Renga llevaron á fin sus investigaciones.

Como la reacción de Marmoreck puede buscarse con suero de la sangre ó con orina de tuberculosos los autores limitaron sus experimentos sólo á las orinas, dividiéndoles en dos series; la primera con orinas de individuos enfermos de tuberculosis diagnosticada ó sospechada; la segunda con orinas de cavia experimentalmente infectadas con el bacilo de Koch.

En la reacción de Marmoreck la terna de la mezcla se compone así: 1.º el antígeno le proporciona el producto microbiano que debe encontrarse en el suero sanguíneo ó en las orinas de los pacientes; 2.º el anticuerpo le representa el suero antituberculoso preparado por el mismo Marmoreck (suero de caballo inmunizado contra la tuberculosis) y 3.º el complemento es dado por suero fresco de cavia normal.

Si la reacción se hace sobre suero del enfermo no se necesita agregar complemento.

Después de tener la mezcla durante una hora en la estufa á 37° se agrega á ella el sistema hemolítico, que le componen hematíes lavados de carnero y suero hemolítico de conejo, y se lleva de nuevo á la estufa. Si no hay hemolisis es que la orina pertenece á individuo tuberculoso.

Todos los experimentos de De Bonis y Renga fueron contrastados con pruebas hechas con orinas de individuos seguramente no tuberculosos, y se sirvieron para llevarlos á cabo de un suero hemolítico, preparado en el Instituto seroterápico de Berna, con titulación de 1: 3000, de hematíes lavados de carnero y de suero antituberculoso simple de Marmoreck.

Los resultados experimentales permiten á De Bonis y Renga sentar las siguientes conclusiones:

1.^a En los casos de tuberculosis pulmonar clínicamente diagnosticada la reacción de Marmoreck con orinas de los enfermos ha resultado siempre positiva, excepto en un caso en que había nefritis. En un caso clínicamente dudoso, la reacción fué positiva y al mes se manifestaron en el enfermo los signos de tuberculosis pulmonar, confirmada también por la presencia de bacilo de Koch en la expectoración.

2.^a En cuatro casos de tuberculosis quirúrgica la reacción fué positiva en tres.

3.^a En las tuberculosis experimentales la reacción hecha en orinas de los cavia infectados siempre dió resultado positivo.

El método de Marmoreck, pues, puede ser de bastante utilidad en la Clínica para el diagnóstico precoz de la tuberculosis, ofreciendo además la ventaja de poderse practicar fuera del organismo enfermo. Se deberá, sin embargo, tener presente que, como para todas las referencias sero-diagnósticas, las negativas no autorizan á excluir de modo absoluto el diagnóstico de tuberculosis, mientras que las positivas, en casos sospechosos, permiten conclusiones más decisivas.

Tratamiento del cáncer del esófago y del cardias por el agua oxigenada, por S. Fradiss, (*Le Progrés médical*, núm. 30, 1912).

M. Liebermeister acaba de demostrar por medio de radiografías, por modelados á la parafina y por el examen de piezas

anatómicas que no existe estenosis absoluta, anatómicamente hablando, en el cáncer del esófago y del cardias. Cualquiera que sea el grado de la estenosis queda siempre un canal que permite el paso de los líquidos.

La estenosis verdadera y absoluta no sobreviene más que cuando este canal es cerrado por los alimentos insuficientemente divididos al principio, y después por los productos de descomposición del tumor en estado necrótico. En estos casos el autor da una solución del 1 al 3 por 100 de $H^2 O^2$ en cucharada grande por hora. En menos de 24 horas la estenosis desaparece y al cabo de algunos días los pacientes, que antes no podían tragar, pueden comer purés y aun alimentos sólidos. A la vez desaparecen también todos los síntomas subjetivos muy penosos y, en ocasiones, amenazadores de la estenosis del esófago.

Liebermeister ha visto á sus enfermos llegar á deglutir los sólidos al cabo de algunos días de este tratamiento y aun engorzar y recuperar en algunos casos la apariencia de salud. En un carcinoma del cardias el peso aumentó en 8 kilos y medio; en otro de cáncer enorme del estómago con prolongaciones en el cardias y esófago (autopsia), el aumento de peso fué de tres kilos y medio.

Estos hechos no son para sorprender á los que conocen la extremada latencia del cáncer, y su marcha insidiosa y silenciosa. Y á este propósito Fradiss refiere el siguiente caso muy demostrativo. Se trata de un enfermo que presenta á su entrada en el hospital una estenosis absoluta del esófago. Algunas horas después de la administración de $H^2 O^2$ comienza á tragar algunos sorbos de líquidos, dos días más tarde pasan purés y una semana después sólidos. En cuatro semanas aumentó 5 kilos y medio y abandona el hospital, continuando tomando su solución de agua oxigenada. Olvida hacerlo durante muchas semanas; nuevos fenómenos de estenosis y nueva entrada en el hospital donde recomienza el mismo tratamiento y en 14 días gana 6 kilos. Al cabo de algunas semanas tercera admisión en el hospital, el enfermo ha adelgazado considerablemente, gana de nuevo 4 kilos en 14 días, etc.

Inútil añadir que los 13 casos, de los que el autor refiere la historia clínica, terminaron por la muerte, pero con sobrevida algunas veces grande y con sufrimientos mucho más soportables.

Según Liebermeister el método da resultados malos ó poco apreciables en los casos de escirro del esófago y del cardias.

El método se recomienda por su extremada sencillez. No presenta peligro ni inconveniente alguno, y es á la hora actual uno de los mejores tratamientos paliativos del cáncer de las vías superiores del tubo digestivo y prestará grandes servicios en los cánceres inoperables de estas vías.

La disentería bacilar en Casablanca y su tratamiento por el suero antidisentérico, por MM. Grall y Hornus, (*Paris Médicale*, agosto, 1912).

Después de un período de tanteo, durante el cual los autores habían ensayado, sin grandes resultados, los medicamentos usuales (sulfato de sosa, calomelanos, etc.), preconizados desde muy antiguo en el tratamiento de la disentería, se decidieron á hacer uso del suero monovalente, antimicrobiano y antitóxico, de Vaillard y Dopfer, dándoles resultados tales, que lo han seguido empleando sistemáticamente, con exclusión de todo otro medicamento, salvo algunos laxantes como coadyuvantes.

De 243 disentéricos bacilares que tuvieron á su cuidado, 188 fueron tratados por este suero sin adición de ninguna otra medicación, incluso el opio mismo del que se muestran extremadamente económicos, en razón de la calma engañosa que procura al enfermo este medicamento y que enmascara demasiado á menudo la gravedad de la enfermedad. Estos 188 enfermos curaron todos en un espacio de tiempo relativamente muy corto. Que se trate de Shiga ó de Flexner, de casos ligeros, medianos ó graves, de variedad sigmoideo-rectal ó de la ileocecal, el suero antidisentérico obra suprimiendo, no solamente los accidentes en el curso, sinó también las recaídas, ó mejor dicho, las recidivas que no se producen más que en corto número.

Estos resultados perfectos que da el suero en la gran mayoría de casos, no podrían, sin embargo, ser obtenidos más que á condición de atenerse en su administración á las reglas siguientes:

1.º Emplear un suero nuevo, de menos de un año. En los países cálidos, un año parece ser el límite extremo de la conservación de la eficacia de este suero:

2.º Administrarle siempre bajo la forma de inyecciones hipodérmicas. La vía rectal no es eficaz y la inyección intravenosa no puede ser más que la excepción. La región de elección para practicar estas inyecciones, es la pared abdominal anterior,

particularmente los vacíos. El instrumento práctico es la jeringa de Roux provista de una aguja de platino iridiado de 0^m 05. Hechas asépticamente estas inyecciones, son indoloras. No forman nódulos y todo lo más dan lugar á un poco de sensibilidad de la piel que desaparece en veinticuatro á cuarenta y ocho horas.

3.º Hacer la primera inyección lo más cerca posible del comienzo de la enfermedad, aun antes de la confirmación del diagnóstico, si hay dudas, como en la difteria. De esta precocidad depende en gran parte el éxito de la medicación. Es preciso llegar á neutralizar la toxina disintérica que circula en la sangre, antes que haya tiempo de localizarse en totalidad sobre el intestino y de producir lesiones irreparables que abren la puerta á las infecciones secundarias, más graves que la afección específica misma.

4.º Hacer esta primera inyección masiva, es decir, que la dosis inyectada, debe serlo en una vez y no en varias veces al día. Esta regla es el corolario de la precedente. Se concibe muy bien, en efecto, que una toxina circulante en la masa sanguínea, tendrá tantas más probabilidades de ser neutralizada, cuanto mayor sea la cantidad de antitoxina, que en un momento dado la ataque:

5.º Esta primera inyección debe ser proporcional á la gravedad del caso á tratar, gravedad que será deducida del estado general, de la agudeza de los dolores y de la frecuencia de las deposiciones. En un caso ligero (menos de 10 deposiciones en veinticuatro horas) 20 c. c. de suero bastarán; en un caso medio (de 10 á 30 deposiciones) 30 c. c.; en un caso grave (de 30 á 100 deposiciones) 50 c. c. nos ha parecido la dosis máxima para inyectar de una vez; es raro que esta dosis no produzca la sedación.

6.º Hacer seguir esta primera inyección, por muy brillantes que sean sus efectos, de otras varias inyecciones de dosis regularmente decrecientes, de 10 en 10 c. c. para evitar la reaparición, siempre posible de una afección incompletamente yugulada.

El suero es necesario y suficiente para curar radicalmente, tóxicamente hablando, un caso de disentería bacilar probada. Siempre, para devolver al intestino grueso, lesionado por la toxina, su funcionamiento normal, es indispensable, en la variedad sigmoideo-rectal, hacer seguir las inyecciones de suero de pequeñas dosis de aceite de ricino repetidas con bastante frecuencia, para combatir el estreñimiento que es la regla; en la variedad ileocecal, hay que administrar algunos centigramos de calomelanos,

seguidos de algunos gramos de sulfato de sosa para modificar y hacer más densas las cámaras que tienen tendencia á seguir siendo mucosas y de consistencia más ó menos pastosa. Veinticuatro horas de dieta hídrica y la substitución del caldo de legumbres y de purés por el régimen lácteo absoluto, como en la diarrea verde infantil, ayudan poderosamente al buen resultado de esta última medicación.

Suero contra los bacilos y las toxinas que segregan; laxantes alcaginosos ó colagogos contra los cambios funcionales que ocasionan estos bacilos y toxinas localizándose en el intestino grueso; he aquí en qué se resume el tratamiento moderno de la disentería bacilar en los países cálidos como en los templados.

Dicen para terminar, que á pesar de la liberalidad con que han hecho uso del suero antidisentérico, (han empleado más de 1100 frascos que representan más de 11000 c. c. de suero) no han observado ningún caso de verdadera anafilaxia. Han apreciado algunos accidentes del suero bastante frecuentes, pero benignos, que se han limitado á erupciones pruriginosas localizadas al nivel de las picaduras ó generalizadas á todo el cuerpo, con micro-poliadenitis inguinales más ó menos voluminosas, y artralgiyas y mialgiyas bastante dolorosas, pero pasajeras.

Ningún accidente ha sido mortal. El cloruro de calcio que emplearon frecuentemente para tratar de evitar estos accidentes, no les ha parecido poseer más que una eficacia de las más discutibles ó por lo menos inconstante.

VALDIVIESO

Una enfermedad hasta ahora ignorada, caracterizada por temblor, trastornos psíquicos, pigmentación parduzca de ciertos tejidos y cirrosis hepática, por Fleischer, (*Deutsche Zeits. für Nervenheilkunde*, mayo, 1912).

Diríjese el trabajo del autor á llamar la atención de los observadores sobre esta enfermedad especial, en la esperanza que el estudio de nuevos casos aclarará la naturaleza de la misma.

El primer caso de ella fué publicado por Kayser en 1902; otros dos publicó Fleischer en 1903 y otro Salus en 1908; y en todos ellos se notaba una coloración pardo-verdosa en la periferia de la córnea con grave enfermedad nerviosa, interpretada como esclerosis múltiples. Dos de los enfermos murieron y la autopsia

desmintió el diagnóstico de esclerosis, pues en el eje cerebro-espinal no había focos escleróticos ni de otra naturaleza, y sólo se halló como lesión explicatoria de los síntomas nerviosos una leptomeningitis circunscrita.

Las investigaciones hechas *post mortem* demostraron que la coloración anormal de la córnea formaba parte de un hecho que interesaba á todo el cuerpo, pues en todos los órganos se encontraron depósitos de tal pigmento en el tejido conjuntivo intersticial: pigmento que por su calidad y especial distribución se creyó era debido á una argirosis, pero que investigaciones sucesivas hicieron insostenible tal opinión.

Además del temblor grave, de los trastornos psíquicos, de la pigmentación anormal de muchos órganos y de cirrosis hepática, se encontró en un caso glucosuria recurrente, y en otro, en el período terminal, acentuada diabetes.

Tratamiento de casos graves de escarlatina con suero procedente de escarlatinosos convalecientes, por Reiss y Jungmann, (*Deuts. Arch. für Klin. Med.*, núms. 1 y 2, 1912).

Este tratamiento fué empleado en doce casos, todos graves ó gravísimos, y en los cuales la gravedad no sólo dependía de la intensidad de la infección, sí que también de las complicaciones. En diez casos, seguidamente á la inyección, hubo notable descenso de la temperatura (por lo común más de 3°) y se presentó gran mejoría del estado general y del pulso. La inyección se hizo una vez en el primer día de enfermedad, dos veces en el segundo día, cuatro en el tercero y tres en el cuarto; y en todos estos casos la convalecencia se inició al día siguiente de la inyección, abreviándose, por lo tanto, considerablemente el curso de la enfermedad. Los otros dos enfermos murieron, pero hacen los autores notar que en uno el suero se empleó tardíamente, cuando ya habían desaparecido los síntomas propios de la escarlatina, y se trataba de una angina gangrenosa con grave sepsis estreptocócica; y en el otro caso era dudoso el diagnóstico de escarlatina y se recurrió al suero como medio extremo; el examen por cultivos de los órganos probó se trataba de infección estafilocócica.

Reiss y Jungmann obtuvieron el suero sangrando á varios convalecientes escarlatinosos al fin de la tercera ó principio de la

cuarta semana de enfermedad, en cantidad de 100 á 200 c. c. de sangre que centrifugaban. Mezclaron el suero de tres enfermos cuando menos, que conservaron en ampollas de 50 c. c. cerradas á la lámpara después de agregar 5 gotas de solución fenicada al 5 por 100. Las dosis inyectadas fueron de 40—100 c. c. y sólo utilizaron el suero cuando por cultivos y por la reacción de Wasserman se convencían era estéril.

G. CAMALEÑO

La operación de Freund en el enfisema pulmonar, por A. Ar-
cangeli (*La Reforma médica*, n.º 28, 1912).

Desde hace ya tiempo Freund en Alemania combatió la antigua concepción patogénica del enfisema alveolar, según la cual la deformación torácica era sólo fenómeno concomitante, secundario de la afección morbosa y no síntoma principal de ella.

Para Freund los dos síntomas principales del enfisema (aumento de volumen pulmonar y deformación torácica) serían, cuando menos, de igual importancia; el enfisema alveolar, en cierto número de casos, sería secundario á la dilatación torácica, razón por la cual, Freund, desde sus primeras observaciones, propuso en tal afección la intervención quirúrgica, dirigida á proporcionar al tórax rígido y dilatado formas y funciones normales.

En estos últimos años ha sumado á sus primeras teorías consideraciones é investigaciones nuevas, estudiando muy particularmente las alteraciones sufridas por los cartílagos costales en el tórax enfisematoso. En efecto, ha observado en dichos cartílagos desfibramiento, disminuida elasticidad, aumento de volumen, coloración grisácea al seccionarles, depósitos calcáreos y mayor resistencia á los cortes, y que tales alteraciones se inician en la parte central de los cartílagos y no invaden si no muy poco á poco las capas superficiales. Los distintos cartílagos después, al hacerse más voluminosos, alteran sus relaciones con el esternón y con las costillas; éstas, dirigiéndose arriba y adelante, toman posición inspiratoria, y el esternón también se desvía hacia arriba y adelante, y en los casos unilaterales hacia el lado sano. El tórax, por lo tanto, aumenta en todos sus diámetros, y el descenso costal, esto es la espiración, se hace imposible.

Es por lo que en estos casos de dilatación rígida primitiva del tórax, según Freund, el pulmón, que sigue todos los movimientos

de la caja torácica, llega á encontrarse distendido y su aireación se hace insuficiente; pero no se altera en su parénquima, conserva la elasticidad y es capaz, cuando cesa esta distension mecánica, de adquirir sus dimensiones normales. Es en esta variedad de enfisemas donde aconseja una intervención operatoria, dirigida á suprimir la causa prima de la afección, esto es, á dar movilidad y forma á la caja torácica; lo cual se obtiene separando los cartílagos costales alterados, permitiendo de tal modo á las costillas volver á la posición expiratoria, que sus excursiones respiratorias sean las fisiológicas y asegurando, por consiguiente, al pulmón una aireación normal.

La primera intervención operatoria de este género en el hombre, fué publicada por el mismo Freund en 1906 y practicada por Hildebrand. Recientemente Tuffier, contando cuatro personales, ha podido recoger una cuarentena de operaciones practicadas contra esta alteración de los cartílagos costales.

El caso operado por Arcangeli se refiere á un hombre de 62 años, que sufría desde hacia cerca de cinco de un enfisema de alto grado, con accesos de dispnea, por los cuales se vió obligado á suspender todo trabajo y por las noches tenía que estar sentado en la cama con insomnio durante varias horas. Al examen objetivo, el tórax se presentó notablemente dilatado, los movimientos respiratorios eran muy reducidos y á la palpación los cartílagos costales se notaban engrosados, convexos y faltos de elasticidad. Había cianosis facial, y la dispnea se manifestaba á la menor fatiga. El pulso era rítmico, lleno y regular; las orinas normales.

Con anestesia local estovaino-novocainica procedió Arcangeli al acto operatorio. Con una incisión cutánea, paralela al borde del esternón, como á dos centímetros, y que de la clavícula llegaba hacia abajo hasta la 5.^a costilla; después de haber disociado las fibras del pectoral mayor, puso sucesivamente al descubierto el 2.^o, 3.^o y 4.^o cartílagos costales derechos, que reseco en una extensión como de 15 milímetros, con una sierra pequeña de cresta de gallo. Cerró después la herida, dejando drenaje de gasa.

El enfermo soportó muy bien la operación; nada más resecar los cartílagos se vió inmediatamente, sobre la mesa operatoria, establecerse el vaivén del tórax, prueba de la ventilación pulmonar; el mismo paciente afirmó podía respirar con mayor facilidad; desapareció la cianosis de la cara. En los días siguientes no hubo la menor dispnea, y, fuera de un pequeño catarro bronquial que padeció en los cuatro primeros días, sin fiebre, el enfermo no

volvió á acusar ninguna molestia; pudo dormir tranquilo y en cualquiera posición.

Arcangeli ha querido llamar la atención sobre el caso por él observado, porque le parece no se puede en él desconocer una mejoría de grande importancia, en condiciones en cierta gravedad, en que la medicina no hubiera proporcionado tan sensibles ventajas. Y lo que sobre todo queda probado es, que la escisión de los cartilagos costales, aun limitada á un sólo lado, da movilidad respiratoria al tórax, aumenta la capacidad vital, hace cesar la angustia y los accidentes asfícticos. Tales son las ventajas hasta ahora indiscutibles; ventajas que se obtienen mediante un acto operatorio muy sencillo, de fácil ejecución y casi desprovisto de peligros.

Y si los buenos resultados hasta ahora conseguidos no prueban de modo absoluto la teoría patogénica de Freund, esto es que el enfisema es consecuencia de alteraciones primitivas de la jaula torácica, demuestran sin embargo, según Arcangeli, que espera importante porvenir á la cirugía pulmonar.

El selenio en el tratamiento del cáncer, por N. Fiessinger.
(*Journal des praticiens*, núm. 28, 1912).

Desde la comunicación de Wassermann sobre la curación del cáncer del ratón por las inyecciones intravenosas de una mezcla de selenio y de eosina, se han hecho numerosos ensayos, aunque, en verdad, sin efecto realmente curativo, si bien Thiroloix y después Netter, en Francia, observaron que las inyecciones de selenio coloidal producían el reblandecimiento y luego la liquefacción de adenopatías cancerosas.

Dos recientes trabajos, uno francés de A. Cadé y Girard (*Société medicale de hôpitaux de Lyon*, 18 jun. 1912) y uno americano de Kessler, de Nueva York (*Medical Record*, 1.º jun. 1912) proporcionan las más precisas enseñanzas sobre las indicaciones y efectos de este tratamiento.

Cadé y Girard han empleado el eritroselenio coloidal de granos extremadamente pequeños, constituyendo una solución estable isotónica é inyectable, que contiene 20 centigramos de selenio bruto por litro. El tratamiento se instituyó en ocho cancerosos; un cáncer del útero, un enorme cancroide de la cara, dos cánceres de la faringe, un cáncer ganglionar cervical y tres cánceres del

tubo digestivo. Se hicieron inyecciones intramusculares é intravenosas de 5 c. c. cada tres días, que fueron bien soportadas, produciendo, sin embargo, las intramusculares reacción dolorosa, á veces. Una hora después de la inyección hay escalofrío violento con elevación térmica de 1°, que se atenúa rápidamente cuando se repiten las inyecciones. Algunos enfermos pudieron soportar veinte inyecciones sin signos de intolerancia.

En cuando á los resultados, han notado muchas veces disminución de los dolores y la conciliación del sueño en enfermos que estaban sometidos á la morfina. En algunos casos, cada inyección se ha seguido de este efecto sedante, hasta el punto que los enfermos reclamaban otros, y fueron muy claros los hechos de sedación en los cánceres faríngeos y en el caso de cáncer uterino inoperable. En esta última enferma, muy caquéctica al principio del tratamiento, se apreció aumento del apetito y mejoría del estado general habiendo ganado 3 kilos y 600 gramos en el espacio de dos meses.

Las eliminaciones urinarias se modificaron poco. Debieerre y Duhamel habían indicado que en el perro se aumentaba constantemente la eliminación de urea, de ácido úrico y fosfórico y de los cloruros. Cade y Girard, al contrario, en muchos casos han observado más bien disminución de estas eliminaciones.

En cuanto á los tumores, han observado en un caso de cáncer uterino relativo secamiento; á la octava inyección la enferma que tenía pérdidas incesantes y abundantes vió disminuir progresivamente sus derrames y sin otra terapéutica desaparecer á la duodécima inyección.

Cade y Girard no han observado la evolución hacia el reblandecimiento de los ganglios secundarios neoplásicos más que una vez cada tres. Concluyen de su experiencia personal: que el eritroselenio coloidal es inofensivo á estas dosis; que es un paliativo, cuyo empleo parece estar justificado en los neoplásicos no operables; que á débil dosis puede constituir un medicamento capaz de modificar los fenómenos dolorosos, á veces los derrames y las exudaciones; y susceptible, en suma, de procurar á los enfermos una sensación de bienestar con mejoramiento del estado general; pero los resultados son inconstantes y en ocasiones nulos.

Eugenio G. Kessler insiste en su trabajo sobre las indicaciones urinarias del tratamiento. Las orinas, en efecto, deben ser interrogadas sobre todo; deben demostrar trastornos en la oxidación de los azufres y una elevación de la eliminación clorurada debida

á la baja de la eliminación cutánea. Se puede utilizar esta terapéutica en las recidivas cancerosas ó en los cánceres inoperables.

El autor americano ha empleado el bióxido de selenio, el selenio-cianato de sodio, el selenio-cianato de potasio y el selenio-eosinato de potasio.

El selenio-eosinato de potasio es muy poco tóxico. Las otras preparaciones son, aproximadamente, sesenta y dos veces más tóxicas. No se necesita administrar grandes cantidades de estas sustancias para que puedan aparecer accidentes tóxicos, por lo que se debe recurrir á pequeñas cantidades durante un período muy prolongado. El selenio cianato es excelente medicamento, fácilmente absorbido y asimilado por los tejidos. Se puede comenzar por un milígramo tres veces al día, pero sin pasar de cuatro miligramos en cada dosis de las tres diarias. El eosinato de selenio puede administrarse á dosis cuatro veces mayores, y las preparaciones se darán en forma de píldoras, de solución ó de cápsulas.

Es necesario, añade Kessler, analizar las orinas cada cinco semanas, para seguir la evolución de las modificaciones en la oxidación de los azufres.

En resumen, dice Fiessinger; los trabajos recientes están llenos de esperanzas en el porvenir de esta terapéutica, pero es necesario confesar que los resultados obtenidos están muy lejos de ser tan hermosos como lo dejaban entender los estudios experimentales de Wassermann hechos en el ratón canceroso.

VALDIVIESO

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Tratamiento quirúrgico del peritoneo, por el Dr. Recasens. (*Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*, julio, 1912).

Creemos de más utilidad que hacer un extracto, publicar íntegro el resumen que, al final de su notable trabajo, hace el autor.

1.º La conservación de la asepticidad del peritoneo on el curso de una operación necesita, como elementos fundamentales, la suavidad en las manipulaciones, la hemostasia completa, la brevedad operatoria y la completa restauración por medio de la sutura más cuidadosa de todas las superficies cruentas que en el

mismo se hayan hecho, además del rigorismo más absoluto en las prácticas usuales de la asepsia.

2.º Las operaciones en un peritoneo aséptico son tanto menos graves cuanto menor es la zona del mismo en que se interviene, y en este sentido debe ser preferida, en igualdad de condiciones, la vía vaginal á la abdominal. Esta regla tiene sus naturales excepciones, cuando las dificultades técnicas impiden el cumplimiento de las condiciones que hemos considerado como fundamentales, expuestas en el párrafo anterior.

3.º La septicidad supuesta ó confirmada de la serosa peritoneal exige la práctica de una operación en la que quede asegurado el desagüe de los exudados, que forzosamente deben producirse después de la misma, siendo la vía vaginal la que por sus condiciones de facilidad en el establecimiento del mismo debe ser preferida.

4.º Los pliegues mesentéricos y los mesocolons presentan una disposición anatómica constante, pudiéndose afirmar que los espacios limitados por ellos permiten establecer zonas de desagüe en la región lumbar, previa perforación del meso correspondiente, pues estando la mujer en decúbito supino, marcan dichos espacios la parte más declive de las porciones medias del peritoneo.

4.º La zona pelvi-abdominal tiene su natural desagüe por la vagina, pero es conveniente hacer la sección amplia y longitudinal de su pared posterior para que no queden retenidos exudados y aumentar las facilidades de la salida de los mismos con la posición semi-incorporada de la enferma.

6.º El desagüe practicado como medio preventivo en las regiones lumbares en los casos de sepsis supuesta, alcanzando la abertura al mesocolon correspondiente, y practicado antes que se hayan formado neo-membranas aisladoras, puede servir de complemento al desagüe realizado por la vagina.

7.º Las gasas, tubos de goma ó de cristal empleados en los puntos en que se pretende establecer el desagüe, sirven más como medios que impiden la oclusión de las heridas, que como conductores al exterior de los exudados formados en el interior de la serosa peritoneal; por ello no creemos que deban mantenerse (salvo condiciones excepcionales) más de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas colocados.

8.º Los medios terapéuticos generales antisépticos ó determinantes del aumento de las resistencias orgánicas contra los agentes microbianos y sus toxinas, no pueden hoy por hoy ser tomados en consideración para el tratamiento de las heridas del peritoneo.

Ginecopatías en relación con las neurosis y neuro-artritis.

Conferencia dada en el Instituto de Rubio por el Dr. Botín.
(*Revista Ibero-Americana de Ciencias médicas*, julio 1912).

Comienza el autor su conferencia diciendo que no se propone hacer un estudio detallado de la etiología, patogenia y tratamiento de las ginecopatías en relación con las neurosis y neuro-artritis, y que se limitará á dar una idea general de las más corrientes de estas afecciones. Habiendo tenido ocasión de ver bastantes enfermas con falsas uterinas dependientes de trastornos nerviosos y neuro artríticos y otras con verdaderas lesiones del aparato genital que acompañan y exacerban ó producen dichos trastornos, cree que el tema tiene interés práctico porque tiende á evitar algunas intervenciones quirúrgicas, no sólo inútiles sino perjudiciales en algunos casos.

Al hablar del grupo de las neurosis cita en primer lugar las alteraciones que por parte del útero y de sus anejos se presentan cuando no hay lesión en ellos, es decir, cuando son reflejos, falsas uterinas, y dice: «Lo que al principio en estas enfermedades son sólo reflejos del estado general, pueden, si la causa persiste mucho tiempo, si los trastornos de la inervación y circulación del útero producidos por estos estados generales son constantes y repetidos, llegar á convertirse en verdadera afección local independiente, porque aunque las manifestaciones de conjunto que al principio producen los trastornos de orden nervioso no sean la causa directa, preparan el terreno por disminución de resistencias para toda clase de ginecopatías. Una cosa tendremos siempre presente, y es que en muchos casos las falsas uterinas revisten mucha más intensidad, sobre todo el síntoma dolor, que las lesiones verdaderas, inclinándose nuestro ánimo á buscar la causa en un estado general, cuando la agudeza del dolor ó de otros síntomas no corresponde á la afección genital existente, y con más razón si, como sucede algunas veces, no encontramos motivo alguno en los genitales que explique las molestias dolorosas que provoca un reconocimiento».

Reconoce que los procesos genitales desempeñan un gran papel en la patogenia de las neurosis; y cita las menstruales, ya coincidiendo con la aparición de las reglas, ya al establecerse la menopausia, y más si ésta es anticipada ú operatoria; las hemicráneas durante las reglas; y las neurosis y psicosis del embarazo y puerperio. Estos casos sólo requieren tratamiento médico; en las neurosis

que coinciden con la menstruación, en las menopausias anticipadas y operatorias, se ha empleado la opoterapia ovárica, según él con pocos resultados, y cree que tal vez se logre más con la medicación tiroidea combinada con la anterior.

Uno de los reflejos uterinos más corrientes es la escasez de reglas, muy frecuente en las histéricas, que sólo duran uno ó dos días, en escasa cantidad, indoloras algunas veces, dolorosas otras, sangre de mal color; se reconoce el aparato genital y no se encuentra nada de particular. Aquí debemos investigar si la escasez de las menstruaciones ha sido la consecuencia del estado general, es decir, si antes de empezar las manifestaciones histéricas las menstruaciones tenían otro tipo, para, de ser así, coadyuvar con un tratamiento local, médico desde luego, al tratamiento general de su histerismo; pues si las reglas siempre tuvieron los mismos caracteres, el tratamiento general será sólo el que deba hacerse.

También es frecuente en las histéricas y neurasténicas la sintomatología propia de una retroposición del útero: estreñimiento, dolores vivos en la pelvis, región sacra, con irradiaciones á los muslos; y si reconocemos y no encontramos la desviación sospechada todo va bien; lo malo es que á veces existe y, sin embargo, no dependen de ella los dolores, siendo estos los casos en que los medios quirúrgicos empleados han fracasado. ¿De qué medios valer nos para averiguar si la retroposición es la causa de las molestias ó si éstas son debidas á la neurosis? Si la retroflexión es adherente, se puede asegurar con gran certeza que á ella son debidos los dolores y que contribuirá por lo menos á aumentar el estado neurótico, no sólo por las adherencias que fijan la matriz al peritoneo pelviano, sino porque la inmensa mayoría de estas dislocaciones siempre son la causa de la retroflexión y de las molestias dolorosas. Así que en estos casos la intervención quirúrgica irá seguida de éxito. Si la retroflexión es libre y no están afectos los anejos, habrá que ir con cuidado antes de decidirse á practicar una operación, porque son muy pocas las retrodesviaciones libres que causan molestias; colocar un pesario, que se quita si no da resultado, para instituir tratamiento general; y si da resultado y los trastornos desaparecen, se continúa con el pesario ó se opera, si es preciso, sin perjuicio de que la enferma siga un plan metódico conveniente á su estado general.

Muy á menudo vemos también en las histéricas ovarialgias, habiendo este síntoma dado motivo para practicar operaciones

mutiladoras, sin resultado en muchos casos, por ser el dolor de origen central. También disponemos de medios que nos llevan á diagnosticar si el dolor en la región ovárica es reflejo del histerismo ó debido á un proceso local. Hay que advertir que no basta encontrar lesión ovárica ó tubárica tratándose de histéricas, para achacar el síntoma dolor á estos órganos, pues hay afecciones de ellos indoloras al tacto, siempre que estén libres. En la ovarialgia se despierta el dolor á una pequeña presión por el vientre en la fosa ilíaca, y, á menos de haber un proceso inflamatorio pelviano ó peri-anexial muy extenso, en lesiones pequeños y sin zona peri-inflamatoria, no hay ovario que duela de esta manera; esto habla en favor de las neurosis; la sensibilidad á distancia de las partes que rodean el punto doloroso. Hay otro medio; reconociendo á la enferma por tacto vaginal y distrayendo su atención, muchas veces no se quejan, y cuando lo hacen, el dolor es referido á la región inguinal; y tengamos presente que el dolor al tacto directo por vía vaginal en las afecciones anexiales es acusado en la región lumbar ó sacra, lo mismo al tactar los anejos que cuando se trata de movilizar el útero, porque el síntoma doloroso se debe á las adherencias que fijan estos órganos á los vecinos, y en especial á la serosa de la porción inferior y posterior del ligamento correspondiente y al peritoneo de Douglas; y como al tactar la trompa y el ovario se les empuja de abajo arriba, se les separa de los puntos á que están adheridos, y mecánicamente se produce el dolor.

Otras veces, cuando se trata de una enferma muy propensa al histerismo, basta una pequeña lesión en cualquier órgano genital, para que se desarrolle ó exacerbe el histerismo, por estar excitada la inervación del aparato genital. Cita un caso del Dr. Gutiérrez, de un histerismo tremendo con una pequeña ovaritis micro-quística, con adherencia al Douglas, que no curó sino con la extirpación de dicho ovario.

Habla rápidamente de los tumores fantasmas, que alguna vez dieron lugar á ser llevadas las enfermas á la mesa de operaciones, y una vez allí al hacer un último reconocimiento bajo cloroformo, esta acción bastó para que desapareciese la contractura que hizo creer en una tumoración. Cita otra clase de tumores que no existen sino en la imaginación de las enfermas y que puede llevarlas á estados de importancia. Refiere un caso en que se simuló una operación para curar una de estas enfermas.

A propósito de la neurastenia dice; «que cuando es efecto de lesiones uterinas, aparte de las manifestaciones genitales ya

dichas, es debida casi siempre á grandes hemorragias; por lo tanto, el diagnóstico de neurastenia debe ir precedido de un reconocimiento muy detenido; porque así como tratándose de otras enfermedades suele ser manifestación de procesos de mucha gravedad, en el aparato genital puede ser debida al cáncer, por ejemplo. Algunas dismenorreas sin causa explicable por parte del útero, sin ante flexiones ni estenosis del cuello, y ciertos vaginismos, se curan mejor con tratamientos médicos que con intervenciones cruentas ó curas quirúrgicas. Hay también menopausias anticipadas que dependen de estos estados generales, por hipofuncionalismo del aparato genital, no teniendo más tratamiento que la opoterapia ovárica combinada con la tiroidea».

Pasa á ocuparse del neuro-artrismo y de los medios de que hemos de valernos para llegar á su diagnóstico, en el período en que puede haber duda, para relacionarle con las ginecopatías. Los reflejos uterinos más corrientes á que el temperamento neuro-artrítico da lugar son la hemorragia y la leucorrea. La hemorragia suele tener dos tipos, la forma menorragica, ó un escurrimiento sanguíneo en pequeña cantidad pero constante, sangre pura las más de las veces, serosanguinolenta las menos. En este tipo de hemorragia debemos recoger bien los datos anamnésicos, teniendo muy en cuenta la edad, porque podíamos dejar pasar la oportunidad de intervenir con garantías en un epiteloma cavitario. Lo más frecuente es la forma menorragica; al ser asiento el útero de la congestión que trae consigo la menstruación, es en estos casos mayor por la diátesis y da lugar á la menorragia. El cuello del útero es grueso, y su mucosa vaginal sana y de coloración normal. El cuerpo da sensación de blandura y está algo aumentado de volumen; no hay dolores; sólo cierta sensación de peso en la pelvis. Estas enfermas son gruesas y tienden á la obesidad».

«La leucorrea, que aumenta por cualquier impresión recibida, generalmente es muy fluida, como procedente del cuerpo del útero, pues cuando el flujo es espeso y cremoso es indicio de que existe ya una endo-cervicitis, es decir que ya hay lesión local, aunque la causa haya sido la diátesis, y en este caso con el espéculo veremos eversión de la mucosa cervical, y en cambio, cuando así no sea notaremos respecto al cuello y cuerpo de la matriz los mismos signos objetivos dichos al hablar de la forma menorragica». En estos casos es donde se ha abusado del raspado sin conseguir nada; en cambio, el tratamiento general ayudado por el local descongestionante es la terapéutica indicada.

«Cuando las congestiones uterinas pasajeras se suceden á menudo, dan lugar á infiltraciones del órgano, sobreviene una hiperplasia del tejido conjuntivo y de la fibra muscular; de un lado las menorragias aumentan, de otro la hiperhemia constante excita las glándulas y produce una hipersecreción que se traduce en leucorrea abundante; y lo que empezó siendo una falsa uterina se ha convertido en una metritis intersticial, sin etiología infectiva, metritis que pasa por las siguientes fases: Cuando recae en jóvenes solteras neuroartríticas, al principio se manifiesta por menorragia ó leucorrea, ó por ambas cosas á la vez; hay algún dolor que se agudiza durante los períodos, y sensación de peso en el hipogástrico. El volumen y consistencia de la matriz así como el aspecto y coloración de su cuello son normales; estas jóvenes son enjutas de carnes; la artrítica delgada. Aquí están contraindicados los raspados y tratamientos locales. Más adelante, si se abandona el padecimiento, aumentan los dolores que ya en las épocas menstruales se irradian á la región lumbar; la matriz aumenta de volumen, y su consistencia es dura. Visto el cuello con espéculo, todavía no hay lesiones en sus mucosas pero está edematoso, hinchado, y su coloración es más pálida que la normal. Las hemorragias adquieren un carácter intermitente, la leucorrea sigue siendo muy fluida. En estos casos la legración sólo consigue empeorar la situación; pero aquí el tratamiento general debe ir acompañado del local descongestionante. Y llega la última etapa de la enfermedad que puede afectar la forma de la llamada metritis dolorosa crónica, más propia de la edad adulta, con síntomas ya completamente iguales á las producidas por agentes infecciosos, pero más rebeldes que éstas para su curación. Estas metritis son de una rebeldía tan extraordinaria que agotan la paciencia de médicos y enfermas; á veces se logra algo con el tratamiento general y local, pero otras veces hay que apelar á medios quirúrgicos, viéndonos precisados en ocasiones, cuando la metritis da lugar á hemorragias, á llegar hasta la extirpación total del aparato genital, sin abandonar por esto el tratamiento médico».

De las vulvo-vaginitis en las neuro-artríticas, dice que son también de una tenacidad grande y muy frecuentes; porque aunque la causa directa no haya sido la discrasia, ésta predispone y prepara el terreno por las repetidas congestiones para una implantación microbiana. En estos casos se debe prescindir de los anti-sépticos que, agudizando la lesión, retrasan la curación: el tratamiento general, y, localmente, simples óvulos de glicerina

y lavados con agua hervida son preferibles para obtener la curación.

Se ocupa por último el Dr. Botin, de la predisposición á toda clase de ptosis en las neuro-artríticas, y sin suscribir las exageradas afirmaciones de Richelot dice que «hay que inclinarse en favor de la teoría que explica los prolapsos en las vírgenes por los trastornos nutritivos que han relajado con anterioridad los elementos anatómicos que sirven de sostén y de fijación al útero».

Tratamiento de la eclampsia por el método profiláctico, en las clínicas obstétricas de Berlín, por el profesor B. Stroganoff (de San Petersburgo). (*Annales de Gynecologie et d' Obstétrique*, julio, 1912).

El tratamiento de la eclampsia por el método profiláctico está cada vez más admitido tanto en Rusia como en Alemania. El verano pasado el autor se puso al habla con los profesores Bumm y Franz y fué á Berlín con objeto de demostrar dicho método. He aquí las demostraciones que hizo á la Sociedad de Obstetricia de Berlín.

«El método comprende cuatro puntos cardinales: 1.º Aislar la enferma en la oscuridad y el silencio, para evitar toda excitación exterior, limitar todo lo posible el tacto vaginal y la palpación; todo examen de la enferma, así como el cateterismo, debe ser hecho bajo cloroformo; 2.º Cortar los accesos con narcóticos: clorhidrato de morfina, cloral, cloroformo. En los casos de mediana intensidad *sub-partum*, el procedimiento siguiente es el recomendado: al principio del tratamiento, clorhidrato de morfina 0,015 (0,01-0,02) en inyección subcutánea; una hora después, cloral, 2 gramos (1-2, 5) en lavativa ó por la boca, si la enferma puede tragar. Tres horas después, se repite la inyección de morfina, después de siete horas la de cloral; después de 13 y 21 horas se repite el cloral, pero en dosis menor, es decir un gramo, 5 (1-2); de modo que en 24 horas la enferma absorbe 7 gramos de cloral y 0,03 de morfina. El cloroformo se emplea á menudo al principio del tratamiento, pero rara vez para cortar los accesos en el momento en que los pródomos aparecen, y siempre para el examen de la enferma y toda operación; 3.º Acelerar el parto, pero sin forzar; forceps, versión, extracción, rotura de membranas; 4.º Cuidar de la función regular de los órganos, necesarios á la vida

y á la conservación de procesos vitales: a) Respiración: posición apropiada de la enferma; en los casos expuestos á pulmonía, cambiar la posición; limpiar la nariz y la boca durante y después de los accesos; separar todo lo que pueda entorpecer la respiración; el aire debe ser puro y caliente; oxígeno después del acceso): b) Corazón; administrar leche 600 gramos por lo menos en las 24 horas, y la solución salina fisiológica (400 á 500 gramos), digital cuando el pulso es frecuente y depresible (unas 110 ó más pulsaciones al minuto); los excitantes, en los casos de debilidad de corazón: c) Riñones y piel: mantener la temperatura caliente, colocar caloríferos de agua caliente, sobre todo en la región lumbar, leche y solución fisiológica como se ha dicho».

Describe un caso interesante que presentó las tres formas de eclampsia, *sub-graviditate, sub-partu y post-partum*. El intervalo entre la primera y segunda fué de 63 horas 20 minutos y entre la segunda y la tercera de 19 horas 30 minutos. Los accesos en las formas 1.^a y 3.^a se cortaron con narcóticos, y en la 2.^a, además de ellos, se practicó el parto acelerado con forceps. El estado general mejoró bajo la influencia de narcóticos. El feto vivo pesó 3800 gramos. La enferma curó.

«Este caso, dice, excesivamente grave, confirma que los narcóticos no son perjudiciales, sino que son muy útiles, y que los accesos eclámpicos pueden ser cortados por el método profiláctico. Esto no es excepcional; lo prueban los 500 casos de eclampsia de San Petersburgo, tratados por este método con una mortalidad de unos 7 por 100 para la madre (comprendidos los casos de septicemia, hemorragias, pneumonía, etc.) y de 21 por 100 para el feto (comprendidos los muertos, macerados, prematuros, demasiado grandes, los que tenían tumores, etc.) Hay que añadir que en algunos casos en que el tratamiento fracasó, no se siguió éste con el rigor debido. Además el Dr. Wertel, de Samara, y el Dr. Lapidés, de Wilna, han comunicado unos 100 casos de eclampsia tratados por el método profiláctico, con una mortalidad materna del 8 por 100. El Dr. Beckmann, de San Petersburgo, con el parto forzado tuvo una mortalidad del 20 al 30 por 100. Yo no veo ninguna razón para admitir que la eclampsia alemana sea excepcionalmente grave. Los resultados del profesor Leopold con el método profiláctico, así como los que traté yo mismo en Heidelberg y Viena, lo prueban de un modo elocuente. En la Clínica del profesor Leopold los casos tratados por el método profiláctico, en 34 por 100 los accesos se cortaron enseguida después de la institu-

ción del tratamiento, en 50 por 100 se repitieron sólo de una á tres veces y en el 16 por 100 el número de accesos pasó de tres. Yo no conozco otro método que dé en 650 casos una mortalidad del 8 por 100, por lo que yo considero al profiláctico digno de ser estudiado por todos los prácticos».

El autor dice que no puede admitir las objeciones del doctor Keller, hechas á propósito del pronóstico al principio de la enfermedad, ni reconocer valor á un solo caso tratado por el método profiláctico, pues no está justificado condenar un método por que en un caso haya dado resultados negativos, cuando en 650 los dió positivos.

El profesor Freund concluye que, en cuanto los narcóticos se administran en dosis masivas los accesos cesan, pero que no cura por ello la enfermedad. A esto dice Stroganoff que «la confirmación de Freund de que los narcóticos pueden provisionalmente cortar los accesos, es muy preciosa, sobre todo si se confirma á la vez una mejoría de todos los procesos vitales, como él ha comprobado y también Roth-Leopold y Kapferer-Krönig-Paukow. Como casi siempre el parto avanza, es posible en algún tiempo terminarle con ayuda de una operación no complicada, sin gran riesgo para la madre y el niño; y en los casos de eclampsia *sub-graviditate* se puede salvar al niño de un nacimiento prematuro, como lo ha observado varias veces.

El profesor Strassman admite la necesidad del tratamiento terapéutico de la eclampsia y considera al método profiláctico como el más perfeccionado. En los casos en que este tratamiento amenaza ser insuficiente aconseja acudir al parto forzado. Es de advertir que la sección cesárea vaginal no puede bastar á las necesidades del práctico, porque rara vez puede ser practicada en una casa particular. El parto forzado en la primera hora que sigue al primer acceso, como lo exige el profesor Freund, es igualmente difícil de ejecutar en la clientela privada.

Describe á continuación el autor dos casos de eclampsia tratados por él en las clínicas de los profesores Bumm y Franz, y añade:

«Para concluir, yo querría dar un resumen de todas las eclampias tratadas en Alemania por el método profiláctico. Su número es de 61 : 50 casos Roth-Leopold; 5 Kapferer, Paukow, Krönig; y 6 personales. Cuatro enfermas murieron, todas con complicaciones graves; la mortalidad es pues de 6,5 por 100. Yo no puedo menos de subrayar la coincidencia de esta cifra con la de la mortalidad de San Petersburgo, 6,6 por 100 en 360 casos. La

mortalidad fetal en Alemania es de 18 por 100, y en San Petersburgo 21 por 100.

Con el método profiláctico yo he observado por lo general una disminución ó parada de accesos, una mejoría de la función renal, disminución de la albúmina y cilindros granulosos, disminución de la tensión arterial y vuelta al conocimiento. Roth y Kapferer lo confirman. *Tales son los hechos*.

Hablando del papel del espasmo de los vasos en la eclampsia dice: «Admitiendo que esta enfermedad es el resultado de una intoxicación de la que el organismo sale muy pronto vencedor (la enfermedad pasa ordinariamente en 24 horas) es natural admitir que la acción de las toxinas aumenta bajo la influencia del espasmo vascular, que disminuye la resistencia y la nutrición de los tejidos. La terapéutica que propongo contribuye á disminuir el espasmo y, cortando á la vez los accesos, pone al organismo en condiciones más favorables para destruir las toxinas». Dice que no debe confundirse el tratamiento profiláctico con los otros tratamientos médicos de la eclampsia. Aunque el método que propone tiene cierto parecido con los propuestos por Veit, Winckel, Dührssen, etcétera, difiere de ellos tanto por el modo de administración de los medicamentos (profilaxia, sistema y combinación de medicamentos y procedimientos) como por la ausencia de las distintas propiedades desfavorables, conservando las útiles (dosis media de narcóticos, parto rápido y no forzado, calma posible, oxígeno).

En cuanto á los 40 casos con una mortalidad de 0 por 100 citados por el profesor Freund, haciendo el parto en la primera hora que siguió al acceso, el autor cita los 58 casos tratados por el método profiláctico y publicados hace 10 años. El único caso de muerte sobrevino á consecuencia de una pneumonía. Después, en el espacio de 13 años, en la maternidad del profesor Krassowsky, el autor ha tenido más de 50 eclampsias tratadas por él mismo, con un solo caso de muerte, á consecuencia de una pulmonía sobrevenida dos semanas después de una ligera eclampsia.

Diez meses han transcurrido de esta publicación, dice el autor, y durante ellos el método profiláctico ha ganado adeptos tanto en Rusia como en el extranjero. Cita los resultados obtenidos en las clínicas rusas y alemanas donde se ha empleado. Termina el autor su trabajo diciendo que la mortalidad materna en los casos no complicados y tratados á tiempo se ha reducido al 2 por 100.

OFTALMOLOGIA

Delimitación clínica de la tabes, por De Massary, (*Revue Générale d'Ophtalmologie*, julio, 1912).

Dice el autor que ninguno de los síntomas de la tabes es patognómico, cada uno puede faltar en un caso de tabes cierta. Por ejemplo, el signo de Argyll-Robertson, uno de los mejores de la tabes, puede encontrarse en casos de meningitis sífilítica sin tabes, y puede faltar en casos de tabes confirmada.

Babinski.—¿Qué puede pensarse del valor del signo de Argyll observado al principio en la tabes, pero considerado enseguida por muchos médicos como dependiente también de una alteración funcional, dinámica, de la neurastenia, del histerismo? ¿Se puede fundar el diagnóstico de tabes sobre la presencia de este signo ó, de una manera más general, sobre la desaparición del reflejo luminoso, asociada ó no á la desaparición del reflejo de convergencia, no estando unida á ninguna alteración del ojo, ni del nervio óptico, ni dependiendo de una parálisis del tercer par? Hace ya doce años, hemos publicado, Charpantier y yo (habla el objetante) sobre este objeto, un trabajo en el cual sostenemos que este fenómeno no pertenece ni al histerismo ni á la neurastenia; que es casi, si no siempre, patognómico de la sífilis adquirida ó hereditaria.

De las investigaciones que yo he hecho en colaboración con Nageotte, he deducido que este signo está casi siempre asociado á la linfocitosis raquidiana, lo que apoya la opinión enunciada por Charpantier y por mí.

Nuestras observaciones han sido confirmadas por todos los clínicos y nuestra opinión casi unánimemente aceptada. Nuestros trabajos han contribuído á establecer una relación estrecha entre la sífilis, de un lado, la tabes y la parálisis general del otro, como lo ha hecho notar Joffray.

Pero por el momento, nada autoriza á admitir que la lesión aún indeterminada, que produce el signo de Argyll Robertson, sea de origen tabético. Sólo hay derecho para afirmar que este signo indica de una manera casi cierta que el sistema nervioso central ha sido tocado por la sífilis y, por otra parte, desde el punto de vista práctico, es lo esencial.

Leri.—La amaurosis no forma parte de los signos de la tabes. Aislada no puede tener el valor de una tabes monosintomática;

asociada á algunos síntomas especiales de la tabes, no toma más que el valor de una asociación morbosa ó, más exactamente, de una segunda localización de un mismo proceso patológico.

La amaurosis sífilítica terciaria aparece clínicamente, no como un signo del tabes, sino como una localización tardía de la sífilis sobre el sistema nervioso central, localización tan diferente como la parálisis general de la localización espinal que constituye la tabes. La amaurosis afecta con la parálisis general exactamente la misma relación que con la tabes; y la tabes y la parálisis general tienen entre sí la misma relación que cada una con la amaurosis.

Las relaciones de tabes, parálisis general y amaurosis, se aclaran admitiendo que se trata de tres localizaciones diferentes de un mismo proceso patológico sobre el sistema nervioso central, localizaciones que pueden asociarse ó permanecer aisladas y que, cuando se asocian, pueden evolucionar, independientes unas de otras con una rapidez completamente distinta.

Estas nociones, que nos han hecho abandonar la amaurosis como signo de tabes, y con mayor razón de tabes amaurotica monosintomática, nos han parecido tener confirmación en los recientes interesantes estudios de De Lapersonne y su discípulo Bourdier, sobre las meningitis ópticas primitivas: estas meningitis, debidas con frecuencia pero no exclusivamente á la sífilis cerebral, pueden conducir á la atrofia óptica, igual á la que se produce en la tabes ó en la parálisis general, y, como en la tabes, sin que se encuentren algunas veces modificaciones de la papila.

De Lapersonne.—A pesar de su frecuencia, la atrofia óptica llamada tabética, no tiene quizá toda la importancia que la han atribuído como síntoma capital de la tabes.

Cuando se la puede observar desde el principio, lo que llama la atención es la variabilidad de síntomas, tanto objetivos como funcionales. Al oftalmoscopio, nosotros hemos podido apreciar muchas veces: 1.º hiperemia papilar ligera, pero evidente, asociándose á los signos de Argyll-Robertson y á las parálisis oculares precediendo á la atrofia óptica; 2.º la coexistencia de otros signos de sífilis ocular; sinequias posteriores, placas de corio-retinitis localizada, restos de atrofia post-neurítica; 3.º la persistencia del calibre de los vasos, hasta la periferia, al contrario de lo que ocurre en los procesos retinianos.

La misma variedad se encuentra en los signos funcionales, particularmente en el campo visual, que presenta ó escotomas ó estrechamientos periféricos de formas diversas. El estrechamiento

para los colores precede con frecuencia al estrechamiento para el blanco.

Fuera de otros signos, en particular de la coexistencia de la linfocitosis raquidiana, esta variabilidad de síntomas del principio tiende á hacer admitir como lesión primitiva de esta atrofia papilar una meningitis óptica, estudiada por Leri y de la cual Bourdier ha demostrado en su tesis la importancia en los diferentes procesos infecciosos agudos ó crónicos. Según que el punto de la vaina del nervio óptico interesado al principio, sea por delante ó por detrás de la entrada de la arteria central de la retina, los signos del principio serán muy variables.

Si esta meningitis óptica es bien demostrada en todos los casos, será prueba que la atrofia óptica, que es la consecuencia, no está bajo la dependencia directa de la tabes, sino de la sífilis.

Amaurosis súbita y estado meníngeo en el principio de una fiebre tifoidea, por Widal y Weill, (*Soc. Med. des Hôp.*, París, julio, 1911).

Los accidentes nerviosos, observados alguna vez al principio de la fiebre tifoidea, pueden clasificarse en dos grupos. Unas veces se producen fenómenos de hipertensión intracraneana con cefalea y, sobre todo, con amaurosis brusca, estado congestivo del fondo del ojo, de lo cual los autores han descrito un caso típico, en el cual la punción lumbar dió salida á un líquido, con tensión pero sin elementos anormales. Otras veces se ven fenómenos de irritación meníngea: rigidez de la nuca, signo de Kernig, vómitos, delirio. En este caso la punción lumbar da, á veces, un líquido lleno de linfocitos con aumento de albúmina. Así se encuentra constituido el síndrome anatómico-clínico, para el cual Widal ha propuesto el nombre de estado meníngeo.

Los autores han podido observar recientemente un tífico cuyos primeros síntomas fueron, fenómenos de hipertensión craneana, cefalea muy fuerte, amaurosis súbita y transitoria y fenómenos meníngeos. La punción lumbar dió, al mismo tiempo que hipertensión raquidiana, una gran reacción linfocitaria seguida de la desaparición rápida de los fenómenos nerviosos; y la enfermedad, después de una fase inicial en la cual se hubiera podido diagnosticar una meningitis tuberculosa, evolucionó como una fiebre tifoidea benigna.

En su enfermo, la infección tífica, es la única causa á la cual han podido atribuir el origen de este estado meníngeo.

La hemocultura no les dió más que el bacilo tífico. Los cultivos del líquido cefalo-raquídeo fueron negativos. La albuminuria del principio fué pasajera. Esta observación prueba que la infección tífica por sí sola, puede provocar un estado meníngeo.

La esclerotomía perforante anterior como medio de normalizar la tensión intra-ocular, por Lagrange. (*Société Française D' Ophthalmologie*, mayo 1912).

La fistulación sub-conjuntival da buenos servicios en las hipertónías sobrevenidas en casos distintos del glaucoma puro. Todos los glaucomas secundarios con iritis, así como los glaucomas infantiles, el keratoglobos, keratocono y los estafilomas esclerales y corneanos, benefician con este tratamiento.

Publica el autor ocho observaciones en las cuales su proceder de esclerotomía ha hecho normal la tensión, siendo de gran utilidad para el curso favorable de la enfermedad.

La fistulación sub-conjuntival por esclerotomía perforante anterior, con ó sin iridectomía, debe hacerse siempre que haya necesidad de disminuir la tensión del ojo. No siendo hecha la iridectomía más que para evitar el prolapso iridiano, el valor descompresivo de la operación pertenece todo á la reacción escleral.

Cisticercos intraoculares y su tratamiento, por Wicherkiwicz. (*Revue Générale*, junio 1912).

Da el autor la descripción de una serie de observaciones personales de cisticercos intraoculares. En un caso el parásito estaba alojado entre la esclerótica y la coroides. Al incidir la esclerótica salió una pequeña cantidad de líquido amarillento, sin nada de sangre, ni de vítreo. El cisticercos salió fácilmente por la herida escleral. Quizá por la compresión ejercida por el parásito sobre la coroides se atrofió ésta en parte; pues más tarde se veía con el oftalmoscopio una gran mancha blanquecina, con los bordes pigmentados, en la región que antes ocupaba el cisticercos. El efecto de la operación, tanto para la conservación del órgano, como para la visión, fué muy satisfactorio.

En otro enfermo el parásito se encontraba en el cuerpo vítreo. Aquí la operación era más peligrosa, pero la extracción era urgente. El autor pudo extraerla con la cucharilla de Fagenstecher, lo que ocasionó una pequeña pérdida de vítreo. El carácter particular del tercer caso consistía en los movimientos del parásito, de una vivacidad rara, acentuándose sobre todo al mediodía. La operación fué difícil á causa de la posición del cisticerco en el centro del vítreo. Vista la dificultad de operar con alguna garantía para la visión, el autor ensayó la electrolisis propuesta por Dor; pero ni la electrolisis ni otros medios de tratamiento, tales como las inyecciones de solución de Lugol ó las inyecciones de fibrolisina no le han dado resultado alguno. Por lo cual el autor, visto además que la presencia del parásito, aunque muerto, ofrecía peligros para el ojo, por obrar como un cuerpo extraño, se declara partidario de la operación á pesar de sus peligros y dificultades.

Helioterapia de la tuberculosis primitiva de la conjuntiva, por Rollier y Borel, (*Revue med. de la Suisse romande*, abril, 1912).

Los autores han observado un caso de tuberculosis monocular de la conjuntiva, de la forma descrita por Lagrange con el nombre de pseudo-tracomatosa. Se trata de un estudiante de medicina, que recibió en el ojo derecho pus de una caverna tuberculosa del pulmón, practicando una autopsia.

Seis semanas más tarde apareció la conjuntivitis tuberculosa, y además un grueso ganglio sub-auricular y otros pequeños á lo largo del esterno-cleido-mastoideo.

Dos raspados de la conjuntiva con cauterización al termo, y el tratamiento con protargol y nitrato de plata no produjeron la curación. Se recurrió entonces á la helioterapia directa, es decir, exposición al sol del párpado superior del ojo derecho ectropionado y, después, del inferior durante algunos minutos. Se llegó á seis sesiones de diez minutos, exponiendo al mismo tiempo al sol los ganglios cervicales. Curación después de tres meses.

PABLO ALVARADO

BIBLIOGRAFIA

El método Röntgen, por D. Bartolomé Navarro Cánovas, Médico mayor del Ejército, Madrid, 1912.

Este librito escrito en un lenguaje sencillo y clarísimo, acaso sea poco para los especialistas, pero para el médico que dispone de un aparato destinado á fines diagnósticos, sin otras pretensiones, es de verdadera utilidad.

Después de una exposición breve, pero instructiva, del fundamento físico, naturaleza y condiciones de los rayos X, en la que da una idea muy limpia del valor que tienen los distintos términos de la nomenclatura eléctrica y con la que se forma una idea muy exacta de todo ello, pasa á la descripción de lo fundamental de los aparatos, modo de funcionar y detalles de aplicación técnica, con unos esquemas gráficos, que al final facilitan extraordinariamente la interpretación de las imágenes obtenidas en la pantalla ó en el cliché.

Aunque el libro es muy breve y no se ocupa ni habla nada de las aplicaciones terapéuticas de la radiología, creo que también debiera ser conocido por todos los médicos que no disponen de aparatos, porque es, de cuanto he leído del asunto, lo más claro y explicativo que he hallado, dentro de la concentración con que da su enseñanza, y con él, en un par de horas, la persona más profana se haría cargo de lo que son y puede esperarse de los rayos X, puestos al servicio del diagnóstico, todo ello sin fatiga ni esfuerzo mental, porque el estilo llano, natural y altamente comprensivo con que está escrita la obra, da toda clase de facilidades para entender y hacerse cargo de cosas áridas, que en la mayor parte de los libros vienen tan diluídas ó confusas que cansan antes de ser digeridas.

Si se leyera mucho este libro no se daría el caso, á mi ocurrido, de que le mandaran á uno un enfermo para que le viera con los

rayos X, á fin de ver si tenía todavía dentro la cabeza de una solitaria expulsada unas semanas antes, y esto por disposición de un compañero á quien por otra parte no falta ilustración médica.

Hacen mucha falta libritos como el del Sr. Navarro Cánovas, que, sin asustar por su precio y su tamaño, contengan la cantidad de miga necesaria para que todos nuestros profesionales vayan incorporándose al movimiento moderno y se formen idea, siquiera sea pequeña, de lo que ciertas cosas significan.

El concepto moderno de la úlcera del duodeno, por el doctor Sánchez Mosquera, del Dispensario antituberculoso de María Cristina, Madrid, 1912.

Este libro, en el que hay tanta ó más materia ajena al autor que del autor mismo, tiene, sin embargo, plena justificación para quien conozca el artículo á que el mismo autor se refiere y del cual resulta un verdadero y necesario complemento.

La úlcera del duodeno, enfermedad que los médicos españoles (y creo que algunos más) diagnostican muy pocas veces, es en cambio en Inglaterra ó tan frecuente ó tan clara que leyendo los escritos de aquel país, sobre todo los del cirujano de Leed, la diagnostica un estudiante, yendo sobre todo á la finalidad su preta de llegar á una intervención operatoria. Este hecho, que ha llamado la atención á todo el mundo, pone al Sr. Sánchez Mosquera en el trance de preguntarse á sí mismo y á las mejores firmas de nuestro país, qué hay sobre el asunto, de qué depende esta disparidad de concepto y, después de hacer una breve, pero instructiva historia de la enfermedad, de describir sus síntomas y errores de interpretación en que posiblemente se funda la diferencia de criterio que en el asunto tienen la escuela francesa y las anglo-sajonas en lo que afecta á la localización precisa del mal en sus relaciones de vecindad con el píloro, se detiene en el valor que en clínica debe darse á ciertos síntomas.

Al llegar á este punto quiere saber cómo piensan nuestros especialistas de primera fila y les invita á dar una opinión que trascibe íntegra reproduciendo sus cartas respectivas. En todas ellas, coincidiendo con las ideas defendidas por el Sr. Sánchez Mosquera, con verdadera valentía y con la despreocupación que da la seguridad de los propios conceptos, afirman una cosa que está en el ánimo de todos los médicos españoles, y es la dificultad de

diagnosticar la úlcera del duodeno que rarísima vez tiene síntomas lo bastante demostrativos. Ni el dolor del hambre, ni la hiperclorhidria recidivante, ni la misma melena sin hematemesis tienen suficiente valor para dar la seguridad de una lesión que, aun con el duodeno al descubierto en plena laparatomia, no siempre se consigue diagnosticarla, según afirma en el libro quien ha tenido ocasión de comprobarlo. De un síntoma que yo he visto en tres casos (uno confirmado por autopsia) no habla sin embargo el autor, ni ninguna de las firmas que ilustran su obra, y es lástima no le hayan señalado por el valor que tiene, aunque es propio de las úlceras que radican por debajo de la ampolla de Water. Dicho síntoma, que sin duda depende de espasmos anulares del duodeno al nivel de la úlcera, consiste en crisis de vómitos abundantes de bilis verdosa que se acompañan al mismo tiempo de acólia absoluta de los escrementos; acólia que desaparece á las 24 horas de haber cedido los vómitos. A estas crisis, que suelen durar seis ú ocho días, no siempre acompaña el dolor, pero sí una intolerancia grande del estómago que, tardando más ó menos, parece que devuelve mucho más líquido del que ha recibido. Algún fenómeno subictérico puede presentarse, pero sólo le he visto en una de las crisis del autopsiado.

Respecto del tratamiento, que en Inglaterra parece ser de rigor el operatorio, aun en los casos de duda por la inminencia de peligros que acá en España parecen raros y excepcionales, todos los autores españoles se inclinan por el tratamiento médico, dejando la operación para todos los accidentes que de suyo la reclaman. La mejor prueba de que nuestros compatriotas están en lo cierto, es que el mismo Mayo Robson, cuya autoridad en cirugía gástrica es por todos reconocida, en un trabajo que *British Medical Journal* ha publicado al principio de este año, á propósito de las úlceras yeyunales que siguen á la operación de la anastomosis, indica la precisa necesidad de tratar médicamente á estos enfermos antes y después de operados, para evitar una contingencia que no depende de defectos de técnica, sino de que la hiperclorhidria, causa fundamental de la mayor parte de las úlceras, sigue en pie sin modificarse para nada por la intervención operatoria. Esta nota de Mayo Robson es la mayor crítica que puede hacerse al intervencionismo de los anglo-sajones.

En pocas palabras: el libro del Sr. Mosquera expresión de la seriedad y tacto con que en España se ejerce la medicina, es de lo más clínico y mejor que se escribe, por que resulta una exacta

fotografía de la verdad. Además, su idea de arrancar declaraciones á otros, que por distinto camino quizá hubieramos tardado mucho en conocer, es una idea feliz que anticipa la difusión de la buena semilla. Bien merece una felicitación sincera.

LUIS MORENO

Boletín de la Sociedad Barcelonesa de Oto-rino-laringología.

Publicado por la Junta de gobierno.—Barcelona, 1911, tomo I.

Hemos recibido el primer tomo de la Sociedad Barcelonesa de Oto-rino-laringología, muy bien editado y repleto de interesantes artículos de Botey, Avelino Martín, Sajo, Torrents, Sanja, Serra, Oller, Gay, Falgar; firmas todas prestigiosas en la Oto-rino-laringología española.

Empieza tan interesante *Boletín* con los Estatutos, sigue después con el Reglamento, para concluir con las Actas de las sesiones verificadas en el año de 1911, de las que se saca provechosa enseñanza, destacando por su importancia los artículos siguientes: un caso de extirpación total de la laringe con presentación del enfermo; y aplicaciones quirúrgicas de la intererico-tirotomía, de Botey; nota clínica sobre el empleo del óxido de magnesio en los papilomas laríngeos; y algunas consideraciones sobre la técnica de laberintectomía, de Falgar; parálisis del facial y del acústico de origen sifilítico, curación y presentación de enfermo, de Gay; un caso de síndrome, de Granedigo, de Avelino Martín; la traqueotomía con conductor ó tubo-traqueotomía, de Masip; especulum nasal, modificado para pequeñas intervenciones, de Oller; y aplicaciones del rojo escarlata y del amidoazotoluol en oto-rino-laringología, de Serra.

Nuestra más cordial enhorabuena á tan brillante Sociedad por difundir generosamente conocimientos y trabajos que honran á la especialidad.

RODRÍGUEZ VARGAS

CASOS Y CONSULTAS

¿Qué régimen alimenticio conviene á los niños sanos, de uno á dos años y en los primeros meses del destete?

Con el mayor gusto contestaré á la pregunta que en el número anterior de la CLÍNICA CASTELLANA me dirige mi estimado amigo y compañero D. Pablo Alvarado.

Dice así: «¿Qué régimen alimenticio conviene á los niños sanos, de uno á dos años y en los primeros meses del destete?»

Teniendo en cuenta que de uno á dos años, se engloba, en España al menos, el período del destete, con la desaparición del mismo, procuraré indicar, casi aforísticamente, algunas reglas fundamentales de alimentación en estas edades:

1.º La base de alimentación debe continuar siendo la leche hervida.

2.º A la leche se añadirán los farináceos en sus múltiples formas (harinas de trigo, de avena, de arroz, de malta, puré de patatas, legumbres secas, etc.)

3.º Alguna yema de huevo se podrá administrar (al principio que no pase de una al día), así como caldos de ternera, de aves, desengrasados, solos ó añadidos de sémola, tapioca, arow-row.

4.º Pueden darse los zumos de frutas muy maduras y limpias.

5.º Se proscribirán en absoluto las carnes antes de los tres años.

6.º Es condición además indispensable para el uso de la carne que el niño tenga sus 20 dientes completamente desarrollados.

7.º Todos los alimentos se darán suficientemente triturados, pues no hay que contar con la masticación muy activa.

8.º Dentro de las diferentes clases de harinas que el niño puede tomar, se procurará la mayor variación posible.

9.º Es condición indispensable del régimen alimenticio dejar intervalos de absoluto reposo digestivo entre las diversas tomas de alimentos, intervalos que deben ser por lo menos de 3 horas.

10. No se hará uso antes de los tres años del vino, ni aun muy diluído; tampoco de los excitantes (café, té, etc.) A lo sumo se puede permitir algunas gotas de café mezcladas con la leche por las mañanas.

11. Del chocolate debe hacerse mención especial: este es un producto muy nutritivo, que agrada mucho á los niños, que es útil cuando se compone exclusivamente de cacao y se da diluído en agua ó leche. Desgraciadamente la pureza de este producto rara vez se encuentra y la costumbre española del chocolate espeso resulta perjudicial en la mayoría de los casos.

He aquí una pauta de horas de comidas y composición de las mismas, como ejemplo:

Desayuno: 8 mañana (café ó té con leche).

Comida principal: (compuesta de sopa con caldo de ternera ó ave y sémola, tapioca, etc ; puré de patatas y un vaso de leche= régimen que puede variarse cada día)=á las 12.

Merienda: pan con manteca (cuando se tenga gran confianza en este producto), alguna fruta madura ó el zumo de la misma mejor (la fruta deberá prepararse quitando los hollejos y tritándola perfectamente)=á las 5.

Cena: Un vaso de leche con media yema de huevo al principio, una después y algo de pan tostado, ó bien: un chocolate claro con pan tostado y un vasito de leche=á las ocho de la noche.

Así entiendo yo en sus líneas generales el régimen alimenticio que debe tener un niño sano en el 2.^o año de su vida y á partir del destete, teniendo en cuenta que en un principio la alimentación láctea debe ser casi exclusiva, combinada con la farinácea.

ENRIQUE SUÑER

Valladolid 10 Agosto 1912.

LAS INYECCIONES DE ACEITE GRIS
Y SALES INSOLUBLES DE MERCURIO, EN EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS

POR EL

DR. FÉLIX DOMINGO

Cualquiera creería, que después de aquella propaganda entusiasta y un poco apasionada en favor del «606» de Erlich, habría alguien que á estas alturas pudiera romper una lanza por el clásico aceite gris y por las sales insolubles de mercurio.

Por lo menos así se desprende de los artículos que algunas celebridades extranjeras y nacionales suscribían, cantando á pleno pulmón las excelencias, alguna vez milagrosas, del arsenobenzol que venía á salvar de una ruina segura á los pobres sifilizados. Ya no habría miedo; el *gran mal* sería arrollado y destruído gracias al nuevo descubrimiento.

Y á pesar de los pesares, el aceite gris como las sales insolubles de mercurio, permanecen y siguen siendo la base fundamental de todo buen tratamiento contra la avería, lo cual no quiere decir, que el arsenobenzol no tenga un valor inapreciable, reconocido ya por nosotros desde los primeros momentos de su aparición, en la terapéutica de dicha enfermedad.

Sin duda, los prácticos no tenían el debido conocimiento de la técnica de inyecciones intramusculares del mercurio, y ello fué causa de que se aceptase tan fácilmente la nueva preparación arsenical creyendo tal vez, ó por lo

menos haciéndose la ilusión, de haber encontrado el agente medicamentoso que les llevase á término más feliz en cuanto á técnica y curación.

Porque los nódulos voluminosos y duros, los abscesos molestísimos con su correspondiente estado febril y más que todo, el dolor, que imposibilita la marcha y á veces hasta los movimientos más moderados, son verdaderas penalidades que tiene que sufrir el enfermo, con detrimento de la honorabilidad del médico, aunque á decir verdad ya sabe salvarla, haciendo creer á sus clientes que las cosas tienen que ocurrir así y no hay nadie que pueda evitarlo sin amenguar los buenos efectos de la cura mercurial.

Más aun, la gangrena de la piel, y los infartos pulmonares, complicaciones de las inyecciones de aceite gris y sales insolubles del mercurio, de más transcendencia y gravedad, por lo menos aparente, vienen á aumentar las dificultades de un tratamiento largo y cuidadoso, que desespera á los enfermos y agota las habilidades del médico en su constante afán de no llamar á las cosas por su nombre y ocultar la verdad sagazmente.

Todo esto ha sido indudablemente la causa más importante del fácil ingreso del salvarsán en la terapéutica antisifilítica, con grave perjuicio para este agente medicamentoso, que en los momentos actuales, sufre una indiferencia que no merece por su positivo valor para cubrir determinadas indicaciones que sólo á él corresponden, ocurriendo que la terapéutica actual padece la inestabilidad de la falta de un método bien implantado, puesto que ni se hacen curas con los solos preparados de mercurio, ni con el «606» de Erlich exclusivamente, verificándose mezclas ilusorias ó combinaciones de estos preparados en el

tratamiento de los enfermos de sífilis, que dan idea de la falta de experiencia clínica y del poco sentido práctico para orientarse de un modo fundamentalmente científico.

Estamos, pues, en un momento crítico para deshacer dudas con respecto al valor de estos elementos de tratamiento, y debemos decir resueltamente, sin tibiedades ni flaquezas, cuáles son las ventajas y los inconvenientes de cada uno de ellos para establecer una terapéutica fija y terminante, que oriente más positivamente el tratamiento de los enfermos de avería.

Para los agentes mercuriales no se encuentran más que ventajas, en el tratamiento de los avariósicos, puesto que lo que pudiera interpretarse como inconvenientes no se desprenden de la acción esencial medicamentosa de estos preparados, sino de las facultades ó cualidades del médico para dirigir una cura mercurial y para desenvolver la técnica de intromisión de los mercuriales.

El primer aspecto sería precisar las cantidades de mercurio que ha de tolerar cada enfermo, para sufrir un tratamiento intensivo, dentro de lo que como tal debe entenderse, haciendo la elección del preparado, (aceite gris, salicitato de mercurio ó calomel) para cubrir ó llenar, con rigurosa escrupulosidad, las indicaciones propias de cada caso clínico; y el segundo, conocer exactamente los fenómenos que se van á desenvolver en la región que reciba el medicamento, tolerancia de los tejidos, modo de desinfectar el material usado, más las cualidades físicas del medicamento, todo lo cual nos proporcionará un éxito seguro.

Hay que partir del principio que todas las sífilis pueden tratarse con los agentes mercuriales, pero es preciso convenir, para determinar indicaciones prácticas, ahora que

disponemos del «606» de Erlich, que algunas veces, aunque pocas, nos encontramos fracasos dolorosísimos debidos á la impotencia del mercurio para dominarlos, y por ello hemos de pensar en que no deben tratarse por los agentes mercuriales, más que aquellas sífilis en las que desde el principio podemos pronosticar el éxito feliz y rápido.

Existen pues, sífilis, que se resisten al tratamiento mercurial mejor instituido; hay enfermos de sífilis, y en esto se pone ya de manifiesto la especificidad de los preparados mercuriales, cuyas lesiones, persisten indefinidamente á la acción curativa de unos, para ceder más ó menos lentamente á la de otros. En este caso se pone de manifiesto la acción del mercurio por determinado agente, curando una sífilis que pudiera creerse inmodificable por el tratamiento mercurial, lo que equivale á desechar un pronóstico sombrío; comprobándose al mismo tiempo otro hecho no menos importante, el de que no es precisamente lo que más interesa la cuestión de cantidad como defiende Leredde, sinó la calidad, la naturaleza del producto mercurial empleado. La ley formulada por este autor de que «*Un accidente sifilítico, no curable por una cantidad de mercurio A, puede serlo por una cantidad $A + a$ (aunque a represente, así mismo, una cantidad pequeñísima)*» queda sin valor alguno, porque clínicamente la experiencia ha demostrado estos dos hechos:

1.º Existen sífilis que evolucionan indiferentemente á la acción de los mercuriales.

2.º En los enfermos de sífilis, determinadas lesiones, curan ó se modifican favorablemente bajo la acción exclusiva de un preparado mercurial, en tanto que evolucionan indefinidamente ante la cura mejor establecida de las demás.

Aquí es en donde encuentra sus mayores indicaciones el «606» de Erlich, aparte de otras no menos precisas, que por ahora no quiero señalar circunscribiéndonos únicamente, á las indicaciones propias y características del aceite gris y sales insolubles mercuriales (calomel y salicilato de mercurio) que es lo que por el momento nos interesa determinar claramente, para que sea concedida toda la importancia que merecen estos elementos de cura en el tratamiento de la sífilis.

La mayoría de los enfermos de sífilis curarán de su enfermedad sometidos á un tratamiento mercurial bien reglamentado, sin que para nada tengan que intervenir otros agentes medicamentosos. Y es, que la sífilis que se padece en nuestro país, no tiene por lo general síntomas ni lesiones alarmantes que puedan hacer sospechar un desenlace funesto. Son sífilis benignas, de evolución fija y determinada, que pudiéramos llamar evolución normal, aunque sus síntomas, desde luego benignos, no se ajusten al riguroso orden que didácticamente describen los clásicos.

Únicamente se vé, que determinadas manifestaciones, variables en cada individuo, persisten con alguna más tenacidad, que aquellas otras que componen el cuadro clínico. Entonces es cuando, con relación á estas manifestaciones persistentes hay que elegir entre el aceite gris, ó salicilato de mercurio y calomel, para dominarlas y hacerlas desaparecer.

Conseguida la curación por cualquiera de estos preparados, ya nos damos cuenta del tratamiento que hay que emplear, y según el tiempo de resistencia, y la nueva reproducción de las mismas lesiones, iremos formando juicio de la validez del agente medicamentoso empleado y de la clase de accidente sífilítico que combatimos. De este modo llegaremos

en momento oportuno á formar el criterio clínico necesario para cubrir las indicaciones que se presenten.

Pero nuestra experiencia clínica nos ahorra tiempo y permite plantear *a priori* el tratamiento mercurial adecuado. Cuando las manifestaciones de la sífilis, aparecen de un modo discreto, sin gran intensidad, el estado general del enfermo es satisfactorio, bueno, podemos esperar todo del tratamiento mercurial por inyecciones de aceite gris. La enfermedad ha de continuar evolucionando de esta manera y no habrá nada que temer. Ahora bien, si con estas manifestaciones y erupciones, existe un predominio de fenómenos nerviosos, que resaltan ante la pequeñez de las lesiones mucosas y de piel, es preciso ponerse en guardia y usar desde el principio un agente más activo, como lo es el calomel, para dominar el cuadro clínico desastroso que al cabo de algunos meses se va ha desarrollar, sin lesiones aparentes pero con grandes trastornos por parte del sistema nervioso.

En cambio aquellas sífilis que por sus erupciones, bien expresivas, indiscretas, alarmantes, polimorfas, de colores firmes y eflorescencias en pleno desenvolvimiento, hasta con ulceraciones superficiales de los dedos de los pies, que pudieran hacer sospechar una catástrofe, son sin embargo las más dóciles al tratamiento mercurial y en las que los éxitos son más sorprendentes. Porque estos síntomas significan, no la malignidad de la enfermedad, sino la intensa reacción de los tejidos que protestan tumultuosamente de la infección, y una inyección de aceite gris, hace más manifiestos los síntomas, á los pocos días de ser recibida, dando la impresión de que el enfermo se pone peor, cuando en realidad no ha ocurrido otra cosa que la aparición de la reacción de Hersheimer tan fácilmente apreciada después

de una inyección intravenosa del «606», manifestación que confirma nuestro modo de ver.

En estos casos debemos tener en cuenta la resistencia física del enfermo, porque de ser débil, son las inyecciones de salicilato de mercurio las que están indicadas y no ninguna otra, que pudieran hacer exagerada la reacción ya bien patente de los tejidos frente á estas erupciones.

Igualmente debe empezarse el tratamiento mercurial por el salicilato de mercurio, en todos aquellos enfermos, en los que el decaimiento, la falta de fuerzas y falta de apetito, constituyen los síntomas primordiales, aunque la sífilis se manifieste de uno ú otro modo.

Las lesiones de la boca y garganta, sobre todo las que afectan á la lengua, se combaten mejor que con ningún otro preparado, con el calomel. Este mismo agente tiene resultados muy satisfactorios, cuando queremos hacer una cura de gran intensidad y rápida, como cuando se trata de combatir lesiones de las meninges, de los centros nerviosos.

Pero las curas de intensidad mercurial, no están justificadas exclusivamente en estos casos, sino que tenemos ocasión de emplearla en aquellas sífilis, que en su término de evolución parece que se satisfacen en maltratar á los enfermos con la repetición de lesiones gomosas.

Es la característica de los gomas, la repetición desesperante de su formación. Cuando se cae con uno de estos enfermos, se agota la paciencia en destruir el semillero. Tengo en tratamiento á uno, que en una pequeña zona, como la mitad derecha del pene, desde el surco balano-prepucial hacia adelante, ha sufrido en el término de ocho meses, diez y seis gomas sífilíticas, que han ido curando y apareciendo de un modo sucesivo, sin poder conseguir la extir-

pación completa. Las destrucciones de esta parte del pene son poco menos que insignificantes, puesto que no ha perdido más que la parte inferior de la uretra balánica á pesar de que las ulceraciones consiguientes á la eliminación del clavo gomoso eran relativamente enormes.

Pues en estos casos, las inyecciones intramusculares de calomel producen éxitos sorprendentes, que podemos continuar después con las inyecciones de aceite gris, ó cualquiera otro preparado mercurial, asociando como es natural en estas lesiones del terciarismo, el iodo ó sus compuestos.

He conseguido igualmente satisfactorias curaciones con el aceite gris, en aquellos enfermos cuyas manifestaciones se reducían á placas mucosas de los labios y garganta que en realidad ni están ulceradas ni puede decirse hayan cicatrizado por completo; son lesiones cuyo aspecto de cronicidad denotan su larga permanencia y su tratamiento anodino, como se descubre en el interrogatorio cuidadoso de estos pacientes que en general fueron tratados, con píldoras mercuriales, y yoduro por las primaveras, y alguna que otra fricción de unguento napolitano.

En otras variedades de sífilis podemos obtener, con los preparados mercuriales que venimos estudiando, iguales éxitos, los mismos resultados, pero llega su término, y este es el caso de las sífilis inmodificables por el mercurio, en que nuestros esfuerzos y cuidados se estrellan ante la tenacidad de las lesiones brutales que en vano tratamos de hacer desaparecer. Es cuando más atención hay que prestar al tratamiento, porque los enfermos saturados de mercurio llegan á crearse un estado de indiferencia ante la sífilis que les acosa, que no sabemos ciertamente si los síntomas persisten por su malignidad ó por la intervención

del mercurio. El organismo parece se ha hecho indiferente á uno, (la infección), y á otro, (el tratamiento mercurial) y no hay manera de hacer andar al carro, que cada vez se hunde con más estrépito y extrañeza para el clínico.

Estas sífilis son las que podemos considerar como malignas por su persistencia inaudita y por la falta de reacción orgánica ó agotamiento orgánico, factores dependientes de múltiples causas circunstanciales, pertinentes al individuo y á la forma de seguir los tratamientos mercuriales. Son las sífilis de los incivilizados, de los facilitas y sabioncillos, que faltos de una buena orientación, se satisfacen con sus buenos cuidados, ó piden consejo para dudar de todo y modificarlo todo según su vulgar y sabio entender: Clientes del curanderismo y del industrialismo.

Al lado de esta variedad hay que colocar las sífilis que real y positivamente son malignas, las que desde su principio se resisten al tratamiento mercurial. Sífilis malignas por su esencia, en las que el agente infectivo es de una fortaleza invencible por los preparados mercuriales y que á la larga quebranta al individuo mejor organizado.

En unas, las lesiones son de poca intensidad destructiva limitándose su acción á las capas superficiales de la piel, dejando cicatrices pequeñas aunque indelebles. Imitan á las lesiones un poco ulcerosas de las sífilis secundarias, siempre de costras acuminadas y sumamente adheridas á los tejidos, en pequeño número, á veces confluentes, formando arcos de círculo, más frecuentes en la cara y oídos, próximos á las aberturas naturales.

Otras, desde los primeros momentos, sus lesiones son intensamente destructivas, terebrantes, agujereando los tejidos extensamente como si fueran atacados por hierro

enrojecido. Casi no dan tiempo á nada y en muy pocos meses el enfermo se encuentra reducido á una repugnante piltrafa.

No son estas lesiones perforantes ulcerosas, como las ulceraciones de un terciarismo corriente, sino más salvajes, más impetuosas, de una vitalidad extraña é inquietante. La evolución de estas eflorescencias no es igual, como quieren los autores, á aquella clásica, que tan bien caracteriza á los gomias y úlceras de la sífilis terciaria.

Un enfermo de éstos, me enseñaba contristado ante la rápida evolución de estas lesiones, su pene derruido y ulcerado, asegurándome que no hacía más de veinticinco días había visto el chanero. En el brazo derecho, cara externa, exhibía una sífilide de costra pardusca con franjas verdaderamente negras, de bordes movibles que asentaban sobre un reborde de epitelio, á modo de un neumático de automóvil, restos indudables de una ampolla, de forma oval y cuyo diámetro mayor no bajaría de cuatro centímetros.

Efectivamente, la marcha de estas lesiones era muy singular. Aparición de una mancha mediana, morada fuerte, que se acuminaba, dando en seguida la sensación de edema. A los dos días pequeña pústula semiesférica. Iba aumentando de tamaño esta pústula y en su centro se formaba una costrita ya de colores sucios y oscuros, formándose en poco más de dos semanas, esas sífilides costrosas grandes, con su rodete lleno de líquido, circunscrito por piel manchada de rojo intenso.

Si abráis la vesícula podáis distanciar la costra hasta medio centímetro de la piel y se la veía adherida al fondo de la ulceración por un tallo grueso cilíndrico, con sus extremidades bien extendidas abarcando la superficie profunda

de la costra y la superficie de la ulceración, de tejido conjuntivo duro.

En estas condiciones la costra parecía una seta implantada en la ulceración, fungosa, blanquecina, de bordes gruesos, cortados verticalmente y brutalmente dolorosa.

La profundidad de estas úlceras es enorme, hasta la lámina profunda de la *fascia propria*, y en aquellas regiones en que la piel resbala sobre el hueso, llega á quedar al descubierto. Florecen una á una, de un modo sucesivo pero como no dan tiempo por su rapidez, en el desarrollo, á que cicatricen las primitivas, no es raro ver á los enfermos con ocho ó diez, de estas lesiones localizadas en sitios diferentes y distanciados; generalmente pene, extremidades y boca.

En estas sífilis el mercurio es una ilusión; evoluciona brutalmente hasta terminar con el enfermo. Hay que pensar desde los primeros momentos en otro agente medicamentoso de mayor actividad, que hoy gracias al descubrimiento del profesor Erlich, podemos emplear con verdadero éxito.

Así las cosas, hay que llegar á la conclusión, de que fuera de estas sífilis malignas, de estos casos de sífilis, que en honor á la verdad son extraordinariamente raros, la cura mercurial, por las inyecciones de aceite gris y sales insolubles (salicilato de mercurio y calomel) tiene actualmente un valor positivo que sólo una mala técnica puede depreciar.

Pero es el caso, que la técnica actual de las inyecciones intramusculares del mercurio, ofrece la garantía de la comodidad para los enfermos. Las inyecciones intramusculares, no deben doler, ni provocar abscesos, sépticos ó asépticos, ni nódulos, fuera de aquellos casos, que nunca deben tomarse como patente que encubra la ignorancia del médico, en los

que las cualidades intrínsecas y extrínsecas del individuo sometido al tratamiento, tienen forzosamente que ser así.

Ocurren las menos veces, en una proporcionalidad verdaderamente irrisoria, pero ocurren cuando el enfermo es tan sumamente irritable y susceptible que la menor molestia es en él crueldad. Entonces el dolor que provoca la inyección es inevitable. Igualmente, en aquellos individuos que desde largo tiempo vienen sufriendo tratamiento mercurial y el número de inyecciones recibidas es crecido, claro es que los tejidos llegan á perder la elasticidad y condiciones normales de una buena resistencia para el preparado mercurial, no teniendo nada de extraño la formación del nódulo, el dolor, y aún alguna vez el absceso, sobre todo cuando la inyección es de calomel, pero el absceso aséptico, porque el séptico no tiene disculpa de ningún género y delata francamente la impericia del práctico.

La gangrena de la piel á consecuencia de una inyección mercurial en los individuos de estado general bueno, es una herejía, no encuentro otro calificativo, y en cuanto á los infartos pulmonares, nos explicaremos bien para fijar las imprudencias.

Hablando de este asunto dice Berdal. «Llegamos ahora á lo que constituye el *punto negro* de las inyecciones masivas de sales insolubles, la posibilidad de producir embolias pulmonares. Los autores que se han ocupado de esta cuestión admiten que este accidente es muy raro y que, por otra parte, es fácil evitarlo practicando la *inyección en dos tiempos*.

He aquí las afirmaciones que se encuentran en los libros, continúa escribiendo el mismo autor: «mediante esta *pequeña precaución*, puede tenerse la seguridad de que *jamás se producirá ninguna embolia...*»

«Sólo hablaré *como recuerdo* de algunos accidentes pulmonares, que se ha creído poder atribuir á un proceso embólico.... Por una parte estos casos excepcionales, y, por otra, un peligro de esta naturaleza *podrá evitarse por una buena técnica operatoria*».

«La penetración de la aguja en los vasos y la embolia pulmonar pueden evitarse si se tiene cuidado en el manual operatorio...»

«Esta precaución (inyección en dos tiempos) es de capital importancia; tiene por objeto asegurarse de que la aguja no ha penetrado en una vena; si aparece una gota de sangre en el pabellón, es señal de que la cánula se ha introducido en una vena, y debe, por lo tanto, retirarse é introducirla en otro punto. Si el médico no tomara la precaución que indicamos, se expondría á introducir el líquido en una vena y á producir á su enfermo una embolia pulmonar.. Si, después de algunos instantes de espera, no aparece sangre en el pabellón de la cánula, es señal de que ésta no ha penetrado en ninguna vena...» Yo siento, dice Berdal, tener que dar una nota discordante en un concierto tan armonioso. *Es verdad que las embolias pulmonares son sumamente raras; pero no es cierto que la práctica de la inyección en dos tiempos preserve con seguridad de la embolia.* Entre un millar aproximado de inyecciones de aceite gris que llevo practicadas en mi clientela, en enfermos que yo visito, he tenido ocasión de observar cuatro veces síntomas atenuados de embolia pulmonar. (Hace una llamada, para anotar dos casos más de embolia, cuando se habían impreso las lesiones que estaba escribiendo).

«En el número total de mis inyecciones; sólo he notado tres veces la presencia del líquido en el pabellón de la cánula. En el primer caso, el pabellón se llenó de un líquido apenas teñido de rojo, que indudablemente procedía de un antiguo foco de inyección; en el segundo caso se presentó sangre negra. Instruido por la experiencia practiqué el examen microscópico, el cual me reveló que esta sangre no procedía de los vasos, sino que yo había ido á parar también en el foco de una antigua inyección; por último, en el tercer caso, el líquido que apareció en el fondo del pabellón era puriforme.

No cabía, por lo tanto, duda respecto á su procedencia. Y en otra llamada, anuncia un trabajo en el que demostrará, que es posible que el mercurio penetre en la circulación venosa sin que la cánula haya penetrado en la vena.»

Hasta aquí, la opinión y la experiencia de los autores clásicos, con la nota discordante del meritísimo escritor Berdal, en la que consigna que el método de inyección en dos tiempos no preserva con seguridad de la embolia.

Es cierto; mi experiencia personal, basada sobre cerca de los dos millares de inyecciones, confirma esta nota discrepante del autor, pero me lleva á conclusiones algo diferentes para la interpretación del mecanismo por el que se provoca

la embolia pulmonar, cuando la sangre venosa no aparece en el pabellón de la aguja.

He visto y tengo noticias de más de quince de mis enfermos, que han sufrido la embolia pulmonar á consecuencia de inyecciones de aceite gris y sales insolubles de mercurio, practicadas dentro de la más rigurosa técnica y sin que haya salido sangre ni líquido alguno por el pabellón de la aguja.

Las embolias pulmonares se han producido en esos casos en que no se ha sabido á que pretestar. El suceso es verdaderamente sorprendente: un enfermo que recibe una inyección, sin que pueda sospecharse nada, y que á las pocas horas, experimenta un fuerte escalofrío, dolor intenso de costado, mal estar, fiebre ligera primero, después hasta 39° y décimas, obligándole hacer cama. El cuadro clínico es el de una pulmonía, y así han sido diagnosticados algunos enfermos por médicos generales, que sorprende al inyectado en cualquier momento, y que él mismo, interpreta como tal enfermedad de pulmonía, por un enfriamiento. Así es la historia, á grandes rasgos, que nos refieren en su nueva visita los clientes.

¿Qué es lo que ha ocurrido? Yo siempre he dicho á mis enfermos la verdad, y á continuación de sus manifestaciones, les he dado el diagnóstico de embolia pulmonar á consecuencia de la inyección mercurial recibida. El accidente no es grave, es simplemente molesto y á los cuatro ó cinco días abandonan el lecho completamente bien, conservando el turno de inyección, como si nada hubiera pasado.

El mecanismo de esta embolia pulmonar que parece un hecho fatal, tiene su explicación clara y terminante. *La aguja puede contener sangre sin que aparezca por el pabellón, y estos son precisamente, los casos en los que practicada la*

inyección, con la mayor escrupulosidad, provoca la embolia pulmonar.

He comprobado este hecho varias veces, hasta convenirme de que las cosas ocurren así.

Cuando nos encontramos en uno de estos casos, desaparece la resistencia que los tejidos oponen á la introducción del preparado. Dá la sensación de inyectar en vacío, Si se mira después la aguja se la vé manchada de rojo en la punta, prueba inequívoca de haber penetrado en alguna venilla. Otras veces la convicción es mayor, cuando al desalojar con aire el aceite gris de la aguja, se ve manchado de sangre.

Me dí cuenta de este fenómeno, una vez que no quise retirar la aguja clavada ya, en cuyo pabellón, en el fondo, precisamente en el agujero de la cánula, se veía un reflejo luminoso muy brillante, que hacía sospechar líquido; pero como otras veces me había ocurrido y sacada la aguja estaba completamente libre, me abstuve. Sin embargo examiné la cánula después de la inyección y la encontré manchada de sangre. Cuando alguna vez había encontrado la aguja así manchada, la embolía era segura, y podía pronosticarla, avisando al enfermo de lo que le ocurriría; pero en este caso trascurrió el tiempo sin suceder nada.

Tres veces más, he vuelto á ver la cánula manchada de sangre en su punta y sólo en un enfermo de alguna edad, se presentaron pequeños dolores del tórax, y ligero movimiento febril, que él achacó á un enfriamiento, pero que no me cabe duda, fué debido á la inyección. Estos casos me hacen pensar, en que el aceite gris que uso, de otro origen, es indudablemente mucho mejor preparado, porque con el antiguo en estas circunstancias siempre é invariablemente,

se producía lo embolia pulmonar con síntomas más ó menos alarmantes; de lo cual puedo deducir que las propiedades físicas del aceite gris son elemento de gran importancia para evitar el accidente.

Así es verdad, porque en un enfermo que recibió una inyección de calomel de un preparado muy pastoso, no tuvo más que, ligerísimos dolores del tórax y pequeñas molestias generales, que seguramente hubieran sido de mayor intensidad si el calomel se hubiere inyectado en suspensión en aceite de vaselina, porque tengo dos casos de embolia pulmonar á consecuencia de dos inyecciones de salicilato de mercurio, suspendido en aceite de vaselina, y la diferencia entre estas dos sales de mercurio, en polvo, apenas si es apreciable.

Con esto quiero demostrar que las propiedades físicas del aceite gris y preparados insolubles, son un factor más que añadir al método de inyección en dos tiempos, para concluir, *que siempre que los preparados reúnan estas buenas cualidades y la inyección se practique por este método, se evitarán las embolias pulmonares, por lo menos, en los jóvenes, y personas bien constituídas.*

Los temores á este accidente deben ir desapareciendo, y no considerarlo nunca como un obstáculo serio para el tratamiento de los sifilíticos por las inyecciones de aceite gris y sales insolubles de mercurio.

Este método tiene un valor indiscutible como se desprende de la bondad de los efectos de los preparados mercuriales y de la seguridad de la técnica, constituyendo un medio de tratamiento para los enfermos de sífilis insustituible en los casos indicados, y en general, por lo menos actualmente.

TUBERCÚLIDES DE LA CONJUNTIVA OCULAR

FOR

PABLO ALVARADO

Al estudiar las afecciones inflamatorias de la conjuntiva ocular en los tratados de oftalmología aparecidos en los últimos treinta años, asistimos á una verdadera revolución que en su clasificación produce la rápida asimilación de los conocimientos bacteriológicos por los oculistas. Se ha pasado de las clasificaciones anatómicas á las puramente etiológicas y se ha cambiado hasta el nombre de estas enfermedades, simplificando de tal modo su estudio que sólo con citarlas se tiene idea de su etiología, de sus síntomas y de su tratamiento, en muchos casos específico. Esta simplificación hace que cualquier médico medianamente versado en el manejo de la bacteriología clínica, pueda diagnosticar y tratar estas enfermedades como el más consumado oculista, sobre todo teóricamente.

Veamos la clasificación anatómica de la enciclopedia de Weker y Landolt: Conjuntivitis simple ó catarral, purulenta, blenorrea de la conjuntiva, oftalmía purulenta del adulto y del recién nacido, membranosa, flictenular, pustulosa, folicular (catarro infectante) granulosa, etc. A partir de aquí han ido entrando en las clasificaciones los nombres de los agentes que las producen, separándose unos grupos,

reuniéndose otros, mezclándose el criterio anatómico con el etiológico, hasta llegar á las modernas clasificaciones. Citaremos la de la enciclopedia moderna de oftalmología; allí vemos las conjuntivitis de Morax, de Weecks, de Pfeiffer, de Laefler, de Neisser, de Weichselbaum, pneumocócicas, estreptocócicas, estafilocócicas, de Friedlander, de Koch, de Hansen, actinomicósica, etc. Quedan las conjuntivitis amicrobianas formando un montón vergonzante, por hallarse desprovistas de su correspondiente microbio, á pesar de ser muy distintas unas de otras, muy frecuentes, muy rebeldes y muchas veces también muy graves: son las llamadas conjuntivitis impetiginosas, comprendiendo las flictenulares, eczematosas, escrofulosas, las querato-conjuntivitis, flictenulares y el herpes conjuntival.

Estas conjuntivitis, verdaderamente tóxicas, pueden secundariamente infectarse por cualquier clase de bacterias, entrando entonces en los grupos de la clasificación anterior; pero esta infección es un episodio de la enfermedad que por ello sigue siendo una conjuntivitis causada primitivamente por toxinas microbianas ó de otra naturaleza. De un grupo de ellas, de las producidas por las toxinas del bacilo de Koch, vamos á ocuparnos en el presente artículo.

No queremos tratar de las formas de conjuntivitis tuberculosa, ulceraciones, etc., causadas en la conjuntiva por el bacilo de Koch, llegado allí directamente del exterior ó emigrado de un foco tuberculoso situado á distancia. Son formas muy raras: Mules ha visto una entre 33.000 enfermos, Hirschberg uno en 6.000, Lagrang dos en 15.000; nosotros hemos visto una en un niño de cuatro años, bien caracterizada clínica y bacteriológicamente, que curó con facilidad con la aplicación de la vaselina iodofórmica. Con

tan pocos elementos no podemos tener autoridad ninguna en la materia. No ocurre lo mismo con las formas de conjuntivitis que aparecen periódicamente en individuos tuberculosos, en los cuales, sobre todo en los primeros momentos, antes que la flora natural y rica de la conjuntiva haya tenido tiempo de exaltarse y producir infecciones secundarias, no se encuentra por minucioso que sea el examen hecho de la secreción filamentosa que producen las conjuntivas ninguna forma bacteriana á la cual atribuir la enfermedad.

Estas son conjuntivitis muy frecuentes, muy graves, fáciles de tratar, sobre todo teniendo en cuenta su etiología y el mecanismo de sus complicaciones, á las cuales nosotros llamaremos ahora, por llamarlas de algún modo, *tubercúlides de la conjuntiva*.

Empezaremos exponiendo dos casos clínicos, los cuales aclararán algunos puntos de la imperfecta descripción que de ellas hagamos y seguramente traerán á la memoria de cada lector casos análogos, ya que desgraciadamente estas conjuntivitis se ven á diario en las consultas.

En el primer caso se trataba de una niña que nos fué remitida por el Dr. Domingo. De seis años de edad, hábito linfático, con lesiones de tuberculosis ósea de la rodilla derecha y mano del mismo lado, se la había presentado una erupción eczematosa del cuero cabelludo, oreja derecha, labio superior y alas de la nariz. Los párpados presentaban un edema que dificultaba el examen de los ojos, la piel rubicunda y blanda, pero sin erupción de ninguna clase, secreción moderada en las pestañas, ligeros infartos submaxilares, indolores y ausencia de infarto preauricular. Separados los párpados se vió la conjuntiva palpebral reluciente,

tensa, edematizada en mayor escala que la bulbar, que está simplemente inyectada, no había fotofobia ni lesión alguna de las córneas. Minuciosamente examinadas las conjuntivas, no se vió en ellas ninguna formación de flictenas, ni pústulas, ni nada absolutamente más que lo descrito. Se las veía cubiertas de una secreción mucosa abundante, blanquecina; filamentosa, pero no con filamentos elásticos y consistentes, como se ven en las conjuntivitis provocadas por cuerpos extraños, sino filamentos fácilmente disgregables y susceptibles de agruparse en masas más ó menos voluminosas. El examen bacteriológico directo de estas secreciones, hecho diariamente, no dió nunca nada positivo.

Mantuvimos asépticos los ojos por medio de lavados hechos personalmente, con suero fisiológico estéril, el doctor Domingo dispuso un plan general eliminador y poco á poco la secreción y el edema fueron cediendo, quedando en dos meses curada la enferma de la conjuntivitis y de las erupciones de la piel, sin reliquias de ningún género.

El segundo caso es un muchacho de 17 años, cuyos padres no tienen (al decir de ellos) antecedentes de ningún género. El enfermo presenta la piel de la cara de un color rosa pálido, las aberturas nasales enrojecidas y ligeramente abultadas, labio superior engrosado; en la región submaxilar un enorme rosario de ganglios duros, gruesos, del tamaño, muchos de ellos, de nueces, que juntándose unos á otros dan la sensación de un gran bocio algo elevado. Presenta el ojo derecho normal y en el izquierdo una forma de conjuntivitis flictenular, pero con una sola flictena cerca de la córnea, no en contacto con ella y el resto de la conjuntiva como en el caso anterior aunque menos turgente, puede abrir los párpados y la secreción es menos abundante y

menos espesa, tampoco hay ganglio preauricular, pero la región está dolorida. El examen directo de la secreción es también negativo, aun cuando en él se ven algunas formas ordinarias de la supuración.

Con el mismo tratamiento local que el caso anterior y la sobre-alimentación, transcurren 25 días, sin modificarse nada el estado local habiéndose exacerbado la rubicundez nasal que se extendía hasta cerca del párpado inferior. En este momento apareció en la córnea, punto próximo á la flictena ya desaparecida, una pequeña infiltración amarillenta, que en 24 horas hizo cambiar de aspecto la enfermedad. Aparecía la córnea completamente infiltrada, amarillenta, los párpados edematosos, la secreción muy abundante y fluida, con gran cantidad de formas bacterianas y celulares. Como los infartos y la erupción cutánea también molestaban mucho al enfermo, que se encontraba muy decaído, la familia consultó con un distinguido compañero el cual hizo la cuti-reacción con la tuberculina dando lugar á una gran reacción de toda la piel del brazo donde fué hecha. Poco á poco fueron cediendo los fenómenos inflamatorios y la blenorrea conjuntival, hasta quedar todo en orden. Se dió de alta al enfermo con un muñón atrófico del ojo y los infartos submaxilares en la forma que tenían el día que se presentó en la consulta.

Otros muchos casos pudiera citar, unos sin formaciones pustulosas de la conjuntiva y otros con ellas, pero basta con los descritos para la fácil comprensión de nuestra tesis. Cifién-donos á lo visto en los casos corrientes haremos la historia de estas afecciones, que seguramente se encontrará en los tratados corrientes modernos distribuída en capítulos distintos y en algunos antiguos con el nombre de oftalmía escrofulosa.

Etiología.—Estas tubercúlides (?) de la conjuntiva son muy frecuentes, sobre todo en las clases pobres, y lo parecen más porque los individuos que las padecen sufren con frecuencia ataques de la enfermedad que les obliga á presentarse muchas veces en la consulta. Se encuentran con más frecuencia en niños de 3 á 15 años, después de esta edad ya toman más veces la forma flictenular; siendo muy raro encontrarlas en personas mayores de 30 años. Nos ha parecido observarlas más veces en el sexo femenino. De los antecedentes hereditarios no podemos hacer deducción ninguna por prestarse poco los parientes á investigaciones que reputan como molestas y depresivas, tratándose casi siempre de individuos linfáticos, de piel fina y rosada, bien redondeada por la grasa, que se tienen por modelos de robustez, para los cuales la palabra escrófula basta muchas veces para alejarlos definitivamente de la consulta. Aparte del ya mencionado linfatismo, padecen manifestaciones más ó menos visibles de tuberculosis de la piel, de los huesos, ganglios, vías lagrimales, vías respiratorias, etc. Las reacciones á la tuberculina, sea en la conjuntiva, sea en el piel, son casi siempre violentas, por lo cual nosotros que las hicimos sistemáticamente en todos los casos sospechosos una temporada, dejamos de hacerlas.

Como causa provocadora inmediata de la enfermedad puede acusarse á la más pequeña alteración del equilibrio orgánico interior ó exterior. Exceso de trabajo, cambio de temperatura, alteraciones digestivas, cambio de clima, etcétera. La enfermedad, como se comprende por su etiología, no es contagiosa y si se presenta con frecuencia en individuos de la misma familia es debido á que todos están sometidos á las mismas influencias y constituídos del mismo modo.

Es indudable que estas conjuntivitis, sobre todo en sus primeros momentos, no son debidas á ningún agente del exterior, ni en ellas ni en las formaciones pustulosas cuando existen, se encuentra el bacilo de Koch; que ocurren en los momentos en que al mismo tiempo se exacerban las afecciones de la mucosa nasal, ganglios, etc., sin que se pueda creer en una relación de causa á efecto entre la inflamación de la mucosa nasal y las de la ocular, pues las vías lagrimales por donde la mucosa nasal podría influir sobre la conjuntiva cuando se afectan, lo hacen secundariamente, agravando el proceso. Se parecen á otras formas de conjuntivitis que se presentan en individuos sin ningún estigma tuberculoso, con padecimientos renales, intestinales, etcétera, que se curan espontáneamente cuando se logra hacer desaparecer la fuente de toxinas. Se presentan en individuos con lesiones tuberculosas crónicas, en los momentos en que estas lesiones se exacerban y después de un período largo, pero sin pasar á la cronicidad, desaparecen sin dejar señales como no sea en los casos frecuentes en que ocurren complicaciones. Por eso nosotros á estas conjuntivitis simples, lo mismo que á las flictenulares, las creemos producidas por toxinas elaboradas por el bacilo de Koch, situado en focos distantes y las consideramos con el mismo derecho que los dermatólogos á las tuberculides de la piel como tuberculides de la conjuntiva ocular.

Sintomatología.—Como hemos visto anteriormente sin una causa apreciable aparece la conjuntiva ocular inyectada, al mismo tiempo que un ligero edema de los párpados, síntomas que se van acentuando en los siguientes días; se añade una secreción mucopurulenta que aumenta también con los otros dos fenómenos antedichos. Cuando los enfermos vienen

á la consulta traen los ojos cerrados, no por la fotofobia sino por la dificultad que el edema del párpado superior opone á sus movimientos.

Abiertos los párpados se ve la conjuntiva como hemos descrito en el caso primero, no necesitamos insistir sobre ello. Después de unos días, 15 ó 20, cede el edema y la secreción, la conjuntiva toma el aspecto normal, quedando como reliquia un ligero engrosamiento del párpado superior que persiste algún tiempo.

Las complicaciones son muy frecuentes y temibles. La enfermedad obra destruyendo la resistencia de la conjuntiva y creando un lugar apropiado para la pululación de toda clase de gérmenes que invaden la córnea, las vías lagrimales, etc.

De estas complicaciones las más importantes son las ulceraciones de la córnea; aparece un día sin que nada lo anuncie una infiltración del borde corneano que rápidamente invade todo el tejido, hasta destruir la membrana, ó se detiene y poco á poco va desapareciendo hasta dejar la córnea otra vez transparente, intacta: en esto se diferencia de la infiltración que se produce en las flictenas vecinas de la córnea, que destruyen el tejido en una pequeña extensión y cicatrizan también rápidamente pero dejando allí una pérdida de sustancia que se repara, quedando preso el iris en una espesa cicatriz blanca.

Las infecciones secundarias de la conjuntiva aumentan rápidamente la secreción, la dan distintos caracteres según la clase de infección que domine y se extienden por la piel de los párpados provocando erupciones molestas, pero que desaparecen con la infección de la conjuntiva. Cuando las vías lagrimales se afectan, al curar la conjuntiva queda un

lagrimeo persistente y no es raro ver, después de algunos meses, supuraciones procedentes del saco lagrimal y aun de lesiones óseas que se acusan por la rubicundez y pastosidad de la piel, la abundancia de la supuración y su resistencia á los tratamientos más enérgicos.

El pronóstico es siempre grave porque las complicaciones son muy difíciles de combatir en un medio tan absolutamente desprovisto de defensas.

El diagnóstico con la verdadera tuberculosis de la conjuntiva le dan la ausencia de ulceraciones, nódulos y ganglio preauricular, que cuando existe se presenta de un modo secundario, después de las infecciones estreptocócicas, estafilocócicas, etc., siendo poco perceptible y doloroso. De la conjuntivitis flictenular se diferencia por la ausencia de flictenas, aun cuando en algunos casos se presente ya que las dos afecciones reconocen la misma causa, y cuando toma esta forma flictenular el curso es menos rápido y las complicaciones menos graves.

Tratamiento.—Este es el punto de mayor importancia y sólo él justificaría este artículo. Todo el mundo aconseja tratar estas conjuntivitis con sales de plata, calomelanos, óxido amarillo de mercurio, etc., medios que nos parecen excelentes para irritar más la conjuntiva y provocar las complicaciones. En presencia de esta enfermedad nuestro papel debe reducirse á instituir una buena higiene para ayudar al enfermo á la eliminación de sus toxinas, y localmente evitar las infecciones secundarias haciendo lavados frecuentes con una sustancia que como el suero fisiológico limpia la conjuntiva sin producir en ella la más pequeña modificación, por su composición muy parecida á la de las lágrimas. Teniendo el ojo sin vendaje pues las secreciones alteran inmediatamente

la piel de los párpados. Las infecciones secundarias, que como hemos visto agudizan rápidamente el proceso, producen dolores, aumentan la secreción y hacen aparecer el ganglio preauricular doloroso, se combaten con una disolución muy diluida (1 por 4.000) de sublimado corrosivo.

Contra las infiltraciones y ulceraciones de la córnea nos ha dado en muchos casos muy buen resultado el iodoformo al interior, mezclado con polvo de café tostado, que le hace muy tolerable, con el cual se han detenido á veces infiltraciones tan extensas que parecía no habían de poderse reabsorber con tanta facilidad.

He terminado mi trabajo de hoy, en él, sólo me he propuesto llamar la atención sobre este grupo de afecciones y su tratamiento, con el cual en la mayoría de los casos sólo se consigue hacer imposible la evolución natural de la enfermedad á la curación.

UN CASO DE ARTRITIS CRICO-ARITENOIDEA REUMÁTICA

Comunicación presentada en el IV Congreso Español de Oto-rino-laringología, celebrado en Bilbao en 24 de agosto de 1912, por Alfredo Rodríguez Vargas, de Valladolid.

El escasísimo número de casos publicados en los que la infección reumática haya producido primitivamente artritis de la articulación crico-aritenoidea, me ha inducido á presentar al Congreso la siguiente nota clínica.

En efecto, consultada la literatura laringológica y muy especialmente los trabajos de Grunwald, Monrrut, Escat y Calamida, se ve desde luego que las afecciones laríngeas de naturaleza reumática son rarísimas, y lo explican admitiendo que unas veces pasan desapercibidas al observador por su agudeza, y otros que los trastornos laríngeos se atribuyen á causas distintas, como ha ocurrido con el enfermo cuya historia vamos á exponer.

J. L. P., médico, de 52 años, sin antecedentes patológicos dignos de mención, y con un excelente estado de salud, si se exceptúa un ligero catarro bronquial, propio de los grandes fumadores, como lo era entonces nuestro enfermo, se presenta á nuestra observación manifestando que á consecuencia de un enfriamiento recientemente sufrido siente un dolor profundo en la garganta, con disfonía y disfagia que le preocupan en alto grado.

El dolor es espontáneo y se exagera por el paso de los alimentos y también en la fonación.

Hice el examen local y se comprobó por la palpación que la zona laríngea y toda la parte anterior del cuello eran extremadamente sensibles, exaltación que daba lugar á un movimiento de defensa bien manifiesto. Con el laringoscopio se ve la mucosa laríngea con una coloración roja, mucho más acentuada, y además tumefacta é infiltrada, en la mitad correspondiente al lado derecho, principalmente en la región aritenoidea, repliegue epiglotico correspondiente y base del aritenoides en su proximidad á la apofisis bucal.

La articulación crico-aritenoidea se halla completamente inmóvil lo mismo á la fonación que á la respiración. La cuerda correspondiente, apenas perceptible, tiene muy poco movimiento, casi se puede afirmar que está en posición media, es decir, fija en abducción, como si se tratase de una parálisis del recurrente. El resto de la laringe está normal objetiva y subjetivamente.

Con los síntomas señalados no me atreví á formar diagnóstico definitivo y aconsejé al enfermo consultase con otro especialista, así lo hizo y algo debió de ver éste de fímico puesto que le propuso un tratamiento local simple y que pasase el invierno en un punto del mediodía. Puntualmente siguió el plan propuesto y ya instalado en una ciudad de Andalucía volvió á consultar con otro compañero de la especialidad, sin que de la consulta resultase tampoco juicio concreto.

Como se sometió á un régimen de sobrealimentación, dejó de fumar, y temporalmente el ejercicio profesional, al cabo de unos dos meses el enfermo mejoró considerablemente en

su estado general, ganando en peso y vigor, pero desgraciadamente sin modificarse el local que era lo que se perseguía, por lo que decidió trasladarse á su país y se presentó nuevamente en mi clínica. El relato del enfermo, todo lo anteriormente expuesto no proporcionaba gran luz, había que resolver, y entonces me decidí á apurar todos los medios diagnósticos que se hallaban á mi alcance. Se examinaron repetidamente sus esputos y el microscopio jamás nos reveló el bacilus de Koch, cuya existencia pudiera justificar la infiltración de la mucosa laríngea. Siendo la sífilis una causa frecuente de infección articular, hicimos la reacción de Wassermann, obteniéndose resultado completamente negativo, que confirmaban los conmemorativos facilitados por el enfermo y los que se desprendían de su examen. Nada había que pudiera hacer sospechar la existencia de una gonococia que, como todos sabéis, puede, aunque rara vez, ser causa de lesiones articulares.

Desechados estos factores como causa de la enfermedad cuya naturaleza perseguíamos, ya nos era fácil continuar nuestra tarea agotando en lo posible el diagnóstico diferencial. Que no se trataba de una artritis gripal lo prueba el que éstas son simples bilaterales, la infiltración es más esofágica que aritenoidea, el dolor periódico agudo, hacia la tarde, muy vivo en la noche para mejorar notablemente durante el día; en nuestro enfermo las lesiones son unilaterales, más localizadas hacia la epiglotis y el dolor constante, sin alternativas acentuadas. Tampoco se trataba de una parálisis del recurrente, por la falta del chasquido de los aritenoides (Grünao y Prewcorub), la existencia de infiltración, y porque la cuerda vocal izquierda no traspasa la línea media al tiempo de la tonación para adosarse ó reunirse con la paralizada.

Ya á nuestro espíritu viene entonces la idea de que el reumatismo pudiera ser el origen de la enfermedad cuya naturaleza con tanto interés tratábamos de inquirir y, aunque resultaba sumamente extraño que ninguna manifestación típica la revelase anteriormente y fuese su localización primitiva una articulación tan rara vez atacada por esta enfermedad, por exclusión había que aceptar el factor reumatismo, y por suerte nuestra fenómenos posteriores vinieron á confirmar este juicio. Efectivamente, á los dos ó tres meses de hallarse bajo nuestra asistencia, el enfermo empezó á quejarse de dolores de las pequeñas articulaciones correspondientes á los dedos de ambas manos, que rápidamente se deformaron en flexión, señalándose así evidentemente la existencia de un reumatismo nudoso de extraña evolución.

Ya con esta base nada más sencillo que instituir un plan de tratamiento: dispusimos la diatética é higiene apropiadas, é inhalaciones antisépticas, compresas calientes al cuello, salicilato y aspirina y más adelante los iodurados y el uso de las aguas sulfurosas, con lo que se consiguió que cediese definitivamente la tumefacción y dolores locales así como gran parte de los trastornos de la voz, persistiendo únicamente sin modificarse la anquilosis de la articulación cricoaritenoidea, lo que no nos sorprendió dado el largo tiempo de su inmovilidad.

Como se ve tanto los trastornos articulares de los dedos de ambas manos, como el resultado del tratamiento, confirmaron el diagnóstico que tan trabajosamente precisamos, dificultad justificada por la falta de manifestaciones reumáticas, típicas en otras regiones que siempre ó casi siempre preceden en el reumatismo á la localicación laríngea, que

por lo demás, es sumamente rara, como ya he indicado en dicha dolencia.

Registrando cuidadosamente la estadística de nuestra especialidad, sólo hemos encontrado cinco casos de Sendaink, Potain, Somanowski, Ronsourcha y Calamida, en que el reumatismo atacó la laringe antes que otras articulaciones.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

El estado actual de la tuberculoterapia de la tuberculosis pulmonar, por L. Rénon. (*La Presse Médicale*, núm. 65, 1912).

Después de haber alcanzando una gran extensión y nombradía en años anteriores, el tratamiento de la tuberculosis por las tuberculinas, parece que en la actualidad ha sufrido un retraso, ó por lo menos un estado de estancamiento; siendo discutidos tanto sus aplicaciones como sus fundamentos.

El autor no se asombra de que esto suceda, teniendo en cuenta que se trata de un recurso terapéutico, que si puede prestar algunos servicios en ciertos casos, expone en otros á complicaciones y agravamientos fatales á veces; siendo lo peor de todo, que tanto las indicaciones como las contraindicaciones carecen de la necesaria precisión, por lo que los resultados son difíciles de prever y aventurados.

En un principio la indicación principal de este tratamiento se ha basado en la apirexia relativa del enfermo, cuya temperatura rectal no debía pasar de 37,8, por la tarde. Entre los tuberculosos apiréticos, se consideraba que tenían más probabilidades de éxito, los de bacilosis tórpida, ya tratados y mejorados por otras medicaciones ó por la cura de aireación, en los que es bueno el estado general, pero el local se inmoviliza. Unas doce ó quince inyecciones de tuberculina, en estos casos, hacen desaparecer lesiones fijas durante semanas y meses. La extensión y profundidad de las lesiones no parecían *a priori* obstáculo al tratamiento; habiendo visto el autor mejorar lesiones bilaterales y hasta pequeñas cavernas en tuberculosos tórpidos y apiréticos.

Las contraindicaciones, según Rénon, parecían muy claras: los tuberculosos febriles, los hemoptóicos, los de marcha aguda y progresiva, los grandes cavitarios, se agravan por el tratamiento.

Estas restricciones han sido confirmadas recientemente por Junker y Schröder. El primero dice que «la tuberculoterapia no está suficientemente madura para ser recomendada en la práctica médica corriente». Schöder afirma que dosis muy pequeñas de tuberculina parecen favorecer la esclerosis de los focos morbosos, pero que la medicación no obra más que como medio auxiliar, siendo los factores principales de ella la fisioterapia y la dietética. Protesta enérgicamente contra el tratamiento ambulatorio por medio de las tuberculinas que no debe aconsejarse en la cura fuera de los sanatorios. «La tuberculoterapia, dice, de la tuberculosis crónica humana, está aun en la infancia, en el período de estudio; el principio teórico de su efecto curativo, es aun incierto; la experimentación en los animales, no da resultados; la estadística no nos demuestra ningún progreso notable en la brevedad de curación de nuestros enfermos».

Más lejos aún, llegan otros autores en la crítica que hacen de esta medicación. L. Bernard y P. Halbron declaran, en el congreso de Roma, que la tuberculina es un medicamento peligroso, difícil de manejar, sin reglas para su empleo, y que no tiene efecto curativo, en el estricto sentido de la palabra, Jousset considera peligroso, ineficaz é ilógico el empleo de la tuberculina. En un período de tiempo que alcanza á veintidos años de uso no puede contar en su activo con ningún hecho experimental. «El tratamiento por las tuberculinas, concluye Jousset, cualesquiera que sean, es condenable por definición como es condenado por la experiencia; porque una de dos, ó aplicadas á grandes dosis exponen á temibles peligros, ó usadas en dilución extrema, como suelen ser usadas por los médicos que acceden á solicitudes de sus enfermos escasos de paciencia, son totalmente ineficaces, siendo el tratamiento una mistificación. Personalmente me propongo no usar jamás una medicación que considero, dada su boga, un verdadero peligro público».

Enfrente de opiniones tan radicalmente contrarias al empleo de la tuberculina, existen las de autores como Guinard, Arloing, Castaigne, Sezary y otros, en Francia, que declaran obtener buenos efectos de las tuberculinas, hábilmente manejadas.

La verdad le parece á Rénon ser la siguiente: «la tuberculoterapia no es más que un medio accesorio del tratamiento de la tuberculosis; las tuberculinas obran sobre el foco tuberculoso á la manera de algunos agentes químicos, tales como la creosota y las aguas minerales sulfurosas; sus indicaciones son muy restringidas;

su máximo de acción se ejerce al final de la cura de la tuberculosis, haciendo más raras las recidivas. En el principio del tratamiento puede activar los focos en evolución. La tuberculinoterapia no tiene acción específica, siendo parcial su efecto terapéutico. Esta última opinión es también la de Sahli que dice: «El médico debe recordar siempre que la tuberculina no es un remedio específico, sino un agente terapéutico funcional que no obra más que sobre la sensibilidad del organismo á la toxina tuberculosa, y sobre sus facultades de defensa...» (*Sahli=Pratiment de la tuberculose*. Ginebra, 1912, 3.^a edición).

El porvenir de la fisioterapia se debe buscar, según Rénon, en vías diferentes: acaso en el descubrimiento de las leyes naturales de la curación espontánea de la tuberculosis; probablemente en los recursos de la química y de la físico-química.

El tratamiento del asma bronquial y afecciones similares por las sales de calcio, por C. Kayser. (*Ther. Mon.*, 3, 1912).

En un caso de asma de heno y en trece de asma bronquial ó de estados asmáticos se hizo tomar á los enfermos el cloruro de calcio, comprobándose en todos ellos que este producto ejercía una acción profiláctica contra la presentación de nuevos accesos. El número é intensidad de estos disminuye después de tres ó cuatro días de uso de una disolución de cloruro de calcio al 5 por 100. Los enfermos acusan, después de haber tomado 200-300 c. c. de esta solución una sensación de mayor facilidad respiratoria; el moco disminuye y es más fluido, y la intranquilidad nocturna va atenuándose; finalmente los accesos desaparecen por completo, y esta mejoría suele durar varios meses.

En algunos casos en los que se habían extirpado pólipos nasales, sin que por eso cesaran los accesos asmáticos, desaparecieron estos al poco tiempo de ser administrado el medicamento.

El efecto generalmente no se nota hasta el tercer día de la medicación.

Conviene tomar durante, ocho días próximamente, una cucharada de sopa en un poco de leche cada dos horas de la siguiente fórmula: Cloruro de calcio, 20 gramos. Jarabe simple, 40 gramos. Agua destilada, 400.

Nunca se han observado efectos perjudiciales. En dos casos no se obtuvo resultado.

Debe emplearse esta medicación en todos los estados asmáticos sin complicaciones importantes.

En un enfermo que padecía también de insuficiencia cardíaca, se consiguió la absoluta desaparición de los accesos asmáticos.

Nuevas consideraciones acerca de la sueroterapia local en la difteria, la escarlatina y los procesos supurativos, por Lorey, (*Medizinisch. Klinik*, núm. 26, 1912).

Desde hace tres años existe en Hamburgo una epidemia de *difteria* de carácter maligno, en la que varias veces el suero antidiftérico se ha mostrado impotente, á causa, indudablemente, de una mayor virulencia del agente infeccioso.

Se ha observado que cuando se consigue esterilizar localmente los focos infecciosos, en la nariz, la faringe, la conjuntiva, etcétera, se abrevia considerablemente el curso de la enfermedad. Pero este tratamiento local debe hacerse, no con cáusticos químicos sino con la antitoxina, como ya Behring lo recomendó hace tiempo.

Friccionando repetidas veces la garganta con una torunda de algodón empapada en suero diluído al 1 por 30, así como también haciendo tomar vaporizaciones frecuentes por la laringe y la tráquea, después de la traqueotomía, se obtendrán muy buenos resultados.

El autor sostiene que, en muchos casos, estas vaporizaciones han conseguido evitar la traqueotomía. En la nariz se introducirán tapones empapados en la misma dilución de suero. Las pseudo-membranas se desprenden y expulsan á las pocas horas, luego se presenta una exudación líquida, y la respiración nasal se restablece. En dos días suele curarse esta forma de difteria.

En la difteria ocular es verdaderamente notable la acción local del suero, evitando muchas cegueras. Se harán frecuentes instilaciones de suero y se tendrán, aplicadas permanentemente, compresas embebidas en la dilución de suero al 1 por 30.

Claro es que al lado de la sueroterapia local hay que aplicar la general en la forma usual, y es casi inútil advertir que las mucosas afectas deben mantenerse en un estado de limpieza lo más completa posible.

Lorey después de tres años y medio de experiencia en un servicio de diftéricos, tiene la convicción de que bajo la influencia

de la sueroterapia local, (unida á las inyecciones de suero de 1000 á 3000 unidades tóxicas) el curso de la infección diftérica es muchísimo más benigno, y que con ella ha conseguido á salvar á niños que parecían irremisiblemente perdidos.

Natural es pensar que por las aplicaciones locales, una parte, al menos, de los bacilos tocados se han hecho inofensivos ó menos virulentos, y que la toxina reabsorbida es menor en cantidad.

Falta saber si estos efectos son debidos á la antitoxina ó si pueden ser atribuidos á una acción propia del suero de caballo. Es lógico pensar que el suero antidiftérico tenga una acción más específica; pero, desde luego, el suero fisiológico de caballo ejerce efectos beneficiosos en las quemaduras y supuraciones. sobre todo cuando dicho suero es fresco.

Behring en su última obra *Introducción á la terapéutica de las enfermedades infecciosas*, aboga con gran calor en favor de la sueroterapia local en la difteria, apoyándose en las experiencias de Ramson.

En la *escarlatina* muy grave, con neurosis gangrenosas y pútridas de la faringe, de la nariz, etc., Lorey ha obtenido efectos notablemente buenos, por las aplicaciones locales de suero de caballo. Poco tiempo después de tocar las lesiones con tapones embebidos de suero, se produce una profusa secreción serosa por la nariz, después se detergen los esfacelos faríngeos, y, continuando los toques, se establece, una secreción muco-purulenta. Basta entonces sostener una rigurosa limpieza y antisepsia locales para que las lesiones curen rápidamente.

También presta el suero normal grandes servicios en los *procesos supurativos*: abscesos glandulares y periglandulares. Cuando después de incidir un absceso glandular el tejido circundante permanece infiltrado y duro; cuando hay fiebre alta con amenazas de tromboflebitis; cuando la supuración se hace interminable y diseca los tejidos, se vé cambiar muy deprisa en sentido favorable el aspecto de la lesión, con las aplicaciones locales del suero. Es preciso en estos casos hacer amplias incisiones, irrigar la superficie ulcerosa con el suero y aplicar tapones de gasa empapados en él. Generalmente á las veinticuatro horas suele estar limpia la herida.

Lorey prefiere el suero de caballo al humano y á la serosidad ascítica ó de otra especie; no habiendo observado nunca efectos nocivos á consecuencia de su empleo, salvo raras veces una ligera erupción cutánea benigna, lo que requiere cierta prudencia

cuando se trata de sujetos ya sensibilizados, pues podría originarse algún accidente anafiláctico.

G. CAMALEÑO

Los trabajos recientes sobre la etiología de la escarlatina por M. C. Levaditi, del Instituto Pasteur. (*La Presse Médicale*, 24 de agosto de 1912).

El estudio experimental de la escarlatina es de fecha reciente. Las tentativas de transmisión de la enfermedad al mono, realizadas casi simultáneamente por Cantacuzéne en Bucarest, por G. Bernhardt en Berlín y por Landsteiner, Levaditi y Prasek en Viena y París, han sido publicadas, en efecto, de marzo á abril de 1911. Aunque la cuestión de la sensibilidad de las diversas especies simionas al virus escarlatinoso, está actualmente en sus comienzos, los hechos adquiridos son lo suficientemente interesantes para poderlos reunir en forma de revista. Esto es lo que tratamos de hacer con este trabajo. Debemos, sin embargo, decir desde este momento, que las conclusiones derivadas de estas investigaciones nada tienen de definitivas, dado el período de tanteo en que se hallan.

Así comienza el importantísimo artículo publicado por Levaditi en el cual, después de una clara exposición preliminar de la variable sintomatología que en el hombre suele presentar la escarlatina, de las diversas formas é intensidades que la misma presenta según las epidemias y también según los países, dice: «Dada esta variabilidad sintomática de la escarlatina, no debe esperarse que la *inoculación del virus escarlatinoso al mono provoque una infección de marcha típica, que corresponda á las descripciones esquemáticas de la enfermedad, sino algunos de los trastornos morbosos que la caracterizan en el hombre*». Estas diferencias entre la enfermedad del hombre y su correspondiente del animal, la patología experimental lo ha comprobado en multitud de ocasiones.

Fué Grünbaum, en 1904, quien por primera vez intentó la trasmisión de la escarlatina á los monos antropoides, consiguiendo provocar en un chimpancé una angina, embadurnando la garganta del animal con escamas procedentes de la piel de un escarlatinoso.

Estos primeros ensayos de Grünbaum, confirmados posteriormente por Landsteiner, Levaditi y Prasek, han abierto la era de los trabajos experimentales de la escarlatina en el mono.

En mayo de 1911, Cantacuzéne comunicó á la Sociedad de Biología los resultados de sus tentativas de contaminación del mono por el virus escarlatino; estos trabajos, practicados en el laboratorio de medicina experimental de Bucarest, le sirvieron de base para establecer la siguiente conclusión: «que muchas especies de monos inferiores son sensibles al virus escarlatinoso, que la sangre de los enfermos en el momento de la erupción, así como el líquido del pericardio y los ganglio-traqueo-bronquiales, contienen el virus; en fin, que la vía subcutánea es preferible á la vía intravenosa para la trasmisión de la enfermedad».

Muy poco tiempo después aparecieron los trabajos de Bernhardt, hechos en el Instituto de las enfermedades infecciosas de Berlín. Estas experiencias han recaído también en monos inferiores. Según este autor «en el depósito lingual, vías linfáticas de la piel y ganglios de los escarlatinosos, existe un virus, el cual, inoculado á los monos inferiores, engendra, después de una innovación variable, un síndrome morboso semejante, en sus principales rasgos, á la escarlatina humana». Este microbio pertenece muy probablemente, al grupo de los microbios filtrantes.

Pero este asunto, dice Levaditi, no está tan claro como parece desprenderse de las conclusiones de Cantacuzéne y Bernhardt. Mucho antes que por los autores anteriores, ya se habían hecho tentativas de trasmisión de la escarlatina á los monos inferiores en Viena (Kraus) y en París (Instituto Pasteur), pero siempre con resultado negativo; y si á los experimentadores franceses se les ha podido objetar por haber empleado un virus poco intenso, pues la escarlatina en Francia no suele tener la virulencia que más al norte de Europa, tal objeción no ha podido hacerse á las experiencias hechas en Viena, porque la escarlatina en dicha ciudad iguala en intensidad á la de Alemania y Rumanía. Por esto Levaditi se pregunta si todo ello obedecerá á la intensidad del virus ó á la especial sensibilidad receptora de los monos empleados por Cantacuzéne y Bernhardt. Para evitar estos diversos resultados cuando se opera con los monos inferiores Levaditi, Landsteiner y Prasek, hicieron sus investigaciones experimentales sobre monos antropoides: chimpancé y orangután. A pesar de las graves dificultades que rodean á esta clase de experimentos, estos autores creen que los resultados obtenidos son

muy interesantes y animan para proseguir por el camino emprendido.

Y aunque no son muy numerosas sus experiencias para dar una solución definitiva á este problema, pueden afirmar. «que los materiales infecciosos procedentes de enfermos con escarlatina (sangre, barniz que recubre las amígdalas, ganglios) no son inofensivos para el chimpancé y orangután y que entre los trastornos morbosos que engendran y las lesiones que producen, los hay que ofrecen una gran analogía con ciertas manifestaciones clínicas y anatomo patológicas de la escarlatina.

¿Cuál es la naturaleza del virus escarlatinoso? Todavía no son suficientes los datos conocidos para formular una opinión definitiva. Lo que se puede asegurar, fundándose en los resultados experimentales de Cantecuzéne y Bernhardt en los monos inferiores, y los de Levaditi, Landsteiner y Prasek en los antropoides, es que el estreptococo no juega papel activo en la génesis de esta enfermedad en el mono.

¿Debe admitirse que este virus pertenece á la categoría de los microbios llamados «invisibles», los cuales, al contrario de los visibles al microscopio, atraviesan fácilmente bujías de porcelana (peste-aviaria, peripneumonia de los bóvidos, rabia, poliomielititis, etc.?) Las experiencias de Bernhardt parece que apoyan esta conclusión, pero es preciso esperar todavía que lo confirmen hechos nuevos.

Como resumen Levaditi expone las siguientes conclusiones:

•La inoculación del virus escarlatinoso á los monos inferiores y sobre todo á los antropoides, puede provocar un síndrome morbooso cuya semejanza con la escarlatina humana es en ocasiones perfecta. Los simios inferiores no ofrecen una receptividad constante para el microbio de la escarlatina, como puede apreciarse perfectamente cuando se repiten las experiencias de Cantecuzéne y Bernhardt; por el contrario, los monos antropoides se muestran mucho más sensibles. El virus parece existir en los depósitos que recubren las amígdalas y la lengua, en la sangre, ganglios linfáticos y quizá en el líquido pericárdico. La naturaleza de este virus es totalmente desconocida, y lo mismo sus vías naturales de penetración y eliminación. Todos estos problemas, el estudio experimental de la escarlatina, á pesar de las grandes dificultades que surgen en cada instante, no tardará en resolverlos.

E. DURRUTI

FARMACIA Y MATERIA MÉDICA

Ureabromina, (*Bull. des Sc. Pharm.*, núm. 6, 1912).

Combinación de la urea con el bromuro de calcio que se presenta bien en cristales incoloros ó en polvo blanco; ligeramente higroscópica, es soluble en el agua y en el alcohol y funde á 186°.

Este producto, que contiene 36 por 100 de bromo, se recomienda contra la epilepsia en solución á 40 gramos por 300, y se administra por día para los adultos 2 á 3 cucharadas grandes y para los niños pequeños por vía rectal se puede administrar de 4 á 6 gramos y por la hipodérmica 4 gramos.

Ristena, (*Bull. des Sc. Pharm.*, núm. 6, 1912).

Es el éter monobenzóico del glicol etilénico, obtenido haciendo actuar la clorhidrina del glicol sobre el benzoato de sodio. Es una masa cristalina, de olor aromático, fusible á 46°, soluble en 50 partes de agua á 30°, en 5 de aceite de oliva y miscible en los disolventes orgánicos. Se la emplea al exterior como antiséptico.

Lactato de Santalilo. (*Bulletin des Sciences pharmacologiques*, número 8, 1912).

Es un éter obtenido por reacción entre el ácido láctico y el santalol mediante calefacción á 140° en el vacío. El éter obtenido es líquido con punto de ebullición á 250-260° bajo media atmósfera, de densidad entre 1.030 y 1.040; insoluble en el agua y miscible en todos los disolventes orgánicos. Sus indicaciones terapéuticas son las mismas que las del santalol.

Adamon.—Es el éter dibromodihidricinámico del borneol que se utiliza con éxito como sedante en diferentes afecciones nerviosas á la dosis de medio gramo tres ó cinco veces por día.

F. DOMENECH

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Hemorragias del alumbramiento, por el Dr. Eugenio Gutiérrez, (*El Siglo Médico*, 17 de agosto, 1912).

A la feliz iniciativa del Dr. Cortejarena se debe que el ilustre Conde de San Diego publicase las impresiones que expuso en la

sesión de la Sociedad Ginecológica Española, y que por su importancia clínica transcribimos íntegras.

«Señores: No pensaba haber intervenido en esta discusión, aunque importante, ya demasiado larga, si en la sesión última no hubiese oído al Sr. García Arias pedir conclusiones absolutas acerca de la intervención del tocólogo en las hemorragias del alumbramiento, en vista de la disparidad de criterios emitidos en el curso de este debate, algunos como protesta á la frecuencia con que el Sr. García se había creído obligado á practicar la extracción manual de la placenta. De mí sé decir que, en el transecurso de treinta años, no pasan de cuatro los casos en que he tenido necesidad de verificar esta intervención para cohibir hemorragias de alumbramiento, es decir, que la proporción de extracciones manuales con relación al número de partos puede calcularse en un 4 por 1000. Por eso no dejo de asombrarme de la frecuencia con que se producen tales accidentes que, en clínicas muy numerosas, no dan cifras más elevadas que la registrada en mi práctica particular. Y esto depende, á mi juicio, de que nos olvidamos con harta frecuencia de lo que siempre debiéramos tener presente, á saber: la marcha normal del alumbramiento espontáneo; y de ello resulta que muchas veces, como decía el Sr. Mañueco, el tocólogo es el único responsable de estos accidentes, porque convierte un alumbramiento normal en alumbramiento patológico.

El alumbramiento espontáneo, aunque ofrece variaciones de una á otra mujer y aun con relación á la misma, siempre consta, como oportunamente los clasifica Fabre, de estos tres períodos:

- 1.º De reposo fisiológico.
- 2.º De contracciones dolorosas.
- 3.º De dolores expulsivos.

El período de reposo fisiológico, que comienza desde la expulsión del feto y termina al iniciarse los dolores de contracción, puede durar de diez minutos á media hora ó más, y en esto estriban las variaciones que observamos con frecuencia. Durante él, libre la mujer de los sufrimientos del parto, sobre todo si éste ha sido largo, experimenta una sensación de bienestar tan grande que la invita al sueño; la circulación, acelerada en los dolores de expulsión del feto, se hace más lenta y se restablece el equilibrio; el sistema nervioso, excitado durante el trabajo del parto, se calma; el útero, cansado de la lucha para expulsar el feto, se adormece, convirtiéndose en una masa blanda, cuyos límites se

pueden abarcar perfectamente, obediente á los movimientos que la mano le imprime elevando su fondo, si se le abandona á dos traveses de dedo por debajo del ombligo, de suerte que viene á medir su longitud desde el pubis unos 18 centímetros, al paso que su mayor diámetro transversal mide 12 centímetros, aunque otras veces, en el primer momento que sigue á la expulsión del feto, se retrae considerablemente, engañándonos este *globo de seguridad*. Como propiedad de todo tejido elástico, esta retracción sin que haya contracción no se ejerce sobre todo el globo uterino, pues el segmento en que se implanta la placenta, no siendo ésta comprensible, permanece delgado, y, no pudiendo ésta desprenderse en todo ni en parte, claro es que durante el período de reposo fisiológico no hay hemorragia. Por eso vemos que en el alumbramiento espontáneo, expulsado el feto, la parida no pierde sangre y sólo fluye de la vagina algún líquido amniótico sanguinolento: se ha formado por la retracción el llamado globo de seguridad, aunque no sea el verdadero.

A este período sigue el de contracciones dolorosas, que se inicia al cabo de un tiempo variable de diez á veinte minutos por una contracción débil, trastornando este dolor la calma que la parturiente disfrutaba; dolor y contracción que se repiten á intervalos más ó menos largos y se acompañan de pequeños flujos de sangre indicio de que ha comenzado á desprenderse la placenta; desprendimiento que se hace total con una contracción más enérgica y alguna salida mayor de sangre por la vulva, cayendo la masa placentaria en el cuello y la vagina, en cuyo momento el fondo útero asciende sobre el ombligo 6 ú 8 centímetros, al paso que el mayor diámetro transversal disminuye en 3 ó 4 centímetros, signos por los cuales podemos asegurar que la placenta está ya en la vagina. Según que el desprendimiento sea al principio central ó periférico, así tendremos las dos formas de Baudelocque ó de Duncan; es decir, así la placenta se presentará á la vulva por su cara fetal ó por su cara materna, siendo algo mayor y continua la pérdida de sangre en esta última forma, en tanto que el hematoma retro-placentario en la primera no contendrá más de 80 á 100 gramos de sangre. Al desprendimiento de la placenta sigue el de las membranas, que, como de todos es sabido, se verifica en dos tiempos, coincidiendo con el de la placenta el de las partes más próximas del corion, y siendo las últimas en desprenderse las porciones más alejadas, ó sean las más bajas del mismo. Entonces comienza el tercer período del alumbramiento, ó sea el de los

dolores expulsivos, excitados por la presencia de la masa placentaria en el cuello y en la vagina, cuyo período puede retardarse ó no se presenta en las primerizas, y que en las múltiparas es sustituido por el esfuerzo, voluntario muchas veces, solicitado por el deseo de empujar, siendo en ocasiones violento en exceso, y seguido del derrame de sangre acumulada en la bolsa membranosa cuando la expulsión se verifica en la forma de Baudelocque.

¿Qué papel le está reservado, pues, al tocólogo durante el alumbramiento espontáneo? El de espectador que no debe separarse de la parturiente hasta el término completo de este último tiempo del parto, no precipitando ninguno de los tres períodos con maniobras intempestivas. Y una vez cerciorado por la elevación del fondo del útero por encima del ombligo, y por la disminución del diámetro mayor transversal, de que la placenta se ha desprendido y se encuentra en la vagina, lo que también puede corroborar verificando ligeras tracciones sobre el cordón que no se sienten aplicando una mano sobre el útero, lo cual demuestra la independencia entre éste y la placenta, si no se presentan dolores expulsivos, ni basta el esfuerzo voluntario de la mujer para expulsar aquélla, se favorecerá su salida ejerciendo presión con la mano extendida sobre el fondo del útero después de rechazar éste hacia atrás para colocar su eje longitudinal en la misma dirección que el pelviano, y de este modo hará la matriz el oficio de pistón que haga salir la placenta fuera de la vulva. En las primerizas, yo acostumbro, si el periné se opone á la expulsión, deprimir éste fuertemente con dos dedos apoyados sobre la horquilla, á la vez que la mujer empuja, con lo cual basta para conseguir la salida de la placenta; pues, una vez desprendida ésta y las membranas, no hay por qué esperar su expulsión, como se ha dicho por algunos en esta discusión, horas y más horas.

Este debe ser el ideal del tocólogo: respetar la marcha del alumbramiento, observando atentamente sus tiempos, y evitar los accidentes que puede ocasionar el trastorno de alguno de ellos. Y como el accidente principal lo constituyen las hemorragias, veamos á qué obedecen y cómo debemos intervenir para combatir las.

Hemos dicho que durante el período de reposo fisiológico, es decir, mientras la placenta y las membranas no se han desprendido ni total ni parcialmente, no hay hemorragia, pues no hemos de considerar como tal el flujo de líquido amniótico sanguinolento que sigue á la expulsión del feto; de modo que, si inmediatamente á la salida de éste se produce una hemorragia, es que se ha

verificado un desprendimiento prematuro de los anejos fetales ó un desprendimiento intempestivo. ¿A qué puede ser debido? Pues á causas mecánicas internas ó externas que hayan obrado violentando la adherencia de la torta placentaria á la pared uterina. Entre las primeras tenemos la rotura tardía de la bolsa amniótica cuando las membranas son tan resistentes que, aun después de dilatado el cuello, acompañan á la cabeza fetal fuera de la vulva, determinando una tracción exagerada sobre la placenta que da lugar á su desinserción parcial ó total; en el mismo caso se encuentra la llamada brevedad del cordón ó su escasa longitud, ya sea natural, ya originada por múltiples circulares sobre el cuello del feto; también puede depender el desprendimiento prematuro de una intervención manual ó instrumental exigida para la extracción del feto.

Entre las causas externas (y suelen ser las más frecuentes) tenemos las maniobras que la impaciencia ejecuta sobre el útero para excitar la contracción (fricciones, masaje, expresión por el método de Credé), sin contar las tracciones sobre el cordón, que determinan el desprendimiento intempestivo de la placenta.

La hemorragia que se verifica por estas causas, durante el período de reposo fisiológico, es de intensidad variable, según que el desprendimiento haya sido total ó parcial, pudiendo ocurrir que la placenta sea expulsada casi inmediatamente á la salida del feto ó pocos minutos después, acompañada de un chorro abundante de sangre roja ó de un flujo no escandaloso, pero continuo, en tanto que el útero se queda flácido y como pasmado. Si el desprendimiento no ha sido total, después de una primera oleada de sangre que sale por la vulva, persiste la pérdida en menor cantidad y como babeando, hasta determinar en la parturiente aceleración del pulso, tendencia al mareo y quizá el síncope.

¿Qué debemos hacer en estos casos? Ante todo, procurar prevenirlos, rompiendo las membranas, cuando después de la dilatación completa del cuello, aun resistan á los esfuerzos expulsivos, evitando las tracciones sobre el cordón durante el primer período del alumbramiento y los masajes uterinos, y con mayor motivo la expresión uterina ó método de Credé, que, como decía oportunamente el Sr. García de Arias, ha sido causa de muchos desastres por mal aplicado.

Para combatir estas hemorragias, lo primero que debe hacerse es interrumpir la circulación aferente comprimiendo la aorta abdominal con la mano colocada de plano y transversalmente á

la dirección del vaso al nivel del ombligo, y llevando los dedos sobre el canal izquierdo vertebral hasta aplastar el vaso; compresión que debe prolongarse diez ó quince minutos hasta que despiertan las contracciones dolorosas del útero y se desprende totalmente la placenta. De este modo se da tiempo á que sea expulsada ésta á la vez que se cohibe la hemorragia y se forma el globo de seguridad, que se favorecerá con suave masage.

Si, á pesar de este recurso, la hemorragia persiste y la placenta no se desprende, entonces estará indicada la extracción manual, operación que requiere las condiciones de asepsia rigurosa de todos conocidas.

Se ha hablado mucho de adherencias anormales de la placenta que han exigido la extracción, y yo debo declarar que es una complicación rarísima, y sobre todo que, si la adherencia es total y fibrosa, no exige su extracción por hemorragia, porque ésta no puede producirse como no sea en los casos de adherencias parciales.

Las hemorragias del período de reposo fisiológico, cuando son de poca intensidad, pueden confundirse con las que determinan los desgarros del conducto vulvo-vaginal ó del cuello uterino; pero el examen de estas partes hará cesar las dudas.

Durante el período de contracciones dolorosas se verifica el desprendimiento de la placenta y de las membranas, y entonces puede sobrevenir una hemorragia inquietante, que no ha de medirse por la cantidad sino por los efectos que determine en el estado general de la parturiente. Estas hemorragias ocurren algún tiempo después de expulsado el feto, á los 20 ó 30 minutos, y pueden ser debidas á la inercia total ó parcial del útero ó al desprendimiento incompleto de los anexos fetales.

Entonces, y hallándose preparado el tocólogo como debe estarlo para el alumbramiento, es decir, bien desinfectado, practicará desde luego la extracción manual cuando la hemorragia sea copiosa y observe en la parturiente fenómenos alarmantes de síncope; pero se limitará á la expectación en este período, haciendo fricciones y presión sobre el fondo del útero cuando la pérdida de sangre sea moderada y el aspecto de la enferma no acuse gran trastorno. Como en este tiempo puede suceder que la hemorragia no sea externa, sino interna, pues gran parte de la placenta obtura el cuello uterino, observará el volumen exagerado que adquiere el útero á la vez que la parturiente siente turbación de la vista, zumbido de oídos, frecuencia y pequeñez del pulso, y entonces se

apresurará á intervenir verificando la extracción, favoreciendo luego la formación del globo de seguridad por medio del masage metódico y los demás recursos conocidos.

Pero las hemorragias más graves son, sin duda alguna, las que tienen lugar después de la expulsión de la placenta y que dependen de la inercia uterina, provocada muchas veces por las maniobras de masage intempestivas practicadas en los períodos anteriores, ó bien después de un parto de larga duración ó que haya exigido intervenciones laboriosas. En éstas tiene gran parte también el estado general de las paridas, si son anémicas ó están debilitadas por enfermedades anteriores ó son muy impresionables. No debe abandonar nunca el tocólogo á una mujer muy nerviosa, muy excitable y locuaz, hasta una hora después de expulsada la placenta, por temor á una hemorragia.

Para cohibir estas hemorragias, sabéis que se aconsejan muchos recursos: la compresión pubio-manual, es decir, el colocar al útero en anteflexión forzada, comprimiéndolo á mano llena sobre su fondo y cara posterior contra el pubis; la compresión combinada interna y externa, introduciendo una mano hasta el fondo del útero y plegando los dedos sobre la palma, á la vez que con la otra se abarca por la parte externa el globo uterino; las irrigaciones intrauterinas con agua hervida y á 50° C.; y sobre todo, si se está preparado, como debe hacerse, el taponamiento intrauterino por el método de Dürhsen, que es el medio más seguro de cohibir las hemorragias después del alumbramiento y de conseguir la contracción permanente, practicando antes el lavado de la cavidad para limpiarla de coágulos, y aun de restos de membranas que puedan haber quedado en ella.

No hablo de otros recursos auxiliares, como las inyecciones de ergotina, cornutina Roche, transfusión de suero, etc., etc., porque los dichos son suficientes en el mayor número de casos. Hay, sin embargo, algunos que no se vencen con todos estos medios, porque las condiciones de la mujer hacen que, aun sin hemorragias graves por su cantidad, se declare la anemia aguda, el síncope, y éste sea mortal.

Un caso de esta especie he tenido la desgracia de observar durante mi práctica, y dejó una huella tan honda en mi ánimo que, á semejanza de Dubois, hubiera abandonado desde aquel momento la profesión.

Como ha transcurrido el tiempo reglamentario, no quiero molestar más vuestra atención con un asunto que os es de sobra

conocido, pero que debe siempre preocuparnos, en la seguridad de que, si sabemos respetar la marcha del alumbramiento espontáneo, atentos á la observación de sus tres períodos, pocas serán las veces que tengamos necesidad de introducir la mano en el útero para extraer la placenta porque lo exija una hemorragia grave. He dicho».

Contribución al estudio del tratamiento obstétrico de la diabetes azucarada, complicada con el embarazo, por M. Voudouris, (*Th. de Lyon*, 24 enero, 1912).

La oportunidad de la interrupción del embarazo en las diabéticas embarazadas, está aun sometida á controversias. Se debe adoptar tanto la expectación como la intervención, según los casos.

La expectación, en los casos de diabetes benigna bien soportada, con tendencia á disminuir la glucosuria y aun á desaparecer á medida que el embarazo se aproxima á su fin; y en las diabetes graves repentinas con estado general inquietante desde el principio del embarazo. En este último caso, el aborto provocado es un medio *in extremis*, las más de las veces ineficaz.

La intervención está legitimada. *a)* En los casos de embarazo con hidramios y trastornos graves de compresión; la interrupción del embarazo está dictada por el interés de la madre. *b)* En las mujeres con diabetes bien soportada pero en las que la glucosuria tiende á aumentar á pesar del tratamiento, y el feto á agrandarse exageradamente; éste sucumbe habitualmente al final de la gestación.

La operación practicada en interés del niño no da sino resultados mediocres, pues el recién nacido profundamente intoxicado, sucumbe generalmente poco tiempo después del nacimiento.

Completan el trabajo 42 observaciones.

El urodiagnóstico y el uropronóstico de los vómitos graves del embarazo por el percloruro de hierro, por V. Le Lorier (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gin. de Paris*, 1912, pág. 334).

El autor ha buscado la presencia de la acetona y de cuerpos acetónicos en las orinas de mujeres en cinta atacadas de vómitos graves. Vió que la presencia de la acetona no era constante, pero

en cambio, ensayando en las orinas la reacción del percloruro de hierro, comprobó que todas tomaban la coloración *Oporto* señalada por Gerhardt en las orinas de diabéticos en inminencia de coma, coloración que se atribuye en este caso á la presencia del ácido acetyl-acético. Cree que existe una estrecha correlación entre la intensidad de la reacción coloreada y la gravedad de los vómitos.

Lorier hace dicha reacción del modo siguiente: Coloca en un tubo-testigo 10 c. c. de la solución formada por un c. c. de ácido acetyl-acético, 20 c. c. de alcohol y un litro de agua destilada. En otro tubo semejante coloca 10 c. c. de orina á examinar. En cada tubo añade un c. c. de percloruro de hierro al 10 por 100. Cuando el tubo que contiene la solución preparada es más claro que el que contiene la orina se igualan las coloraciones añadiendo agua en este último, anotando la cantidad de agua añadida.

El cuadro de índices de acidez, por litro, es el siguiente:

10 c. c.	corresponden á.....	1
15 c. c.	»	1'5
20 c. c.	»	2
25 c. c.	»	2'5
40 c. c.	»	4
100 c. c.	»	10

Para obtener la cantidad de acidez total se multiplica el índice de acidez por litro, por el volumen de orina de 24 horas.

Las conclusiones, algo prematuras, que el autor deduce son:

1.^a Que la aparición de la reacción del percloruro de hierro en una mujer en cinta que vomita, coincide con una transformación grave de este síntoma.

2.^a Que la gravedad de los vómitos está en relación muy estrecha con la intensidad de la reacción. Puede, pues, ser éste un medio de diagnóstico, más preciso que los clínicos habituales, para averiguar la naturaleza grave de los vómitos, y tal vez tengamos también una nueva base para precisar el momento oportuno para la interrupción del embarazo. Añade que ha buscado en diferentes estados del embarazo normal ó patológico, del parto y del puerperio esta reacción, y que no la ha encontrado sino una sola vez en el curso del parto, pero poco marcada. El estado de ayuno no es suficiente para hacerla aparecer, pues no la encontrado en una enferma hospitalizada en cirugía, por apendicitis, que llevaba 20 días á dieta hídrica absoluta.

Le Lorier se pregunta si no estaría indicado practicar inyecciones intravenosas alcalinizadas, de agua conteniendo un 8 por 100 de carbonato de sosa, para combatir la acidez, como coadyuvantes del tratamiento de los vómitos graves, paralelamente á la terapéutica específica por suero de mujer embarazada, cuyo empleo no excluye el de otros medicamentos.

De la aplicación de los tapones y de la utilización en este método del aceite con sulfoformo, por S. Bauer, (*Zent. für gyn.*, número 20, 1912).

El tratamiento de las inflamaciones genitales crónicas por la aplicación de tapones, ha persistido á través de todas las vicisitudes terapéuticas, por ser realmente eficaz; su acción es debida á dos causas combinadas, la inmovilización de las partes enfermas y la reabsorción de los medicamentos. Para realizar la primera, es indispensable emplear tapones voluminosos, capaces de rellenar completamente los fondos de sacos vaginales y el tercio superior del canal vaginal; se puede obtener con ello una sedación completa del dolor en la perimetritis por la aplicación de tapones de algodón simple no empapados de medicamentos, es decir por acción puramente mecánica. Atendiendo á la acción medicamentosa se ha puesto en duda la capacidad de absorción de la mucosa vaginal; ésta ha sido reconocida por la mayoría de los autores, pero es preferible no utilizar como vehículo la glicerina, que provoca un movimiento de exósmosis, de dentro á fuera.

El autor ha utilizado en ginecología un nuevo producto azufrado de origen sintético, el sulfoformo, que tiene la propiedad de disolverse hasta el 10 por 100 en el aceite de olivas y de abandonar muy fácilmente su molécula azufrada, la cual obra en estado naciente.

Bauer ha tratado con tapones empapados en aceite sulfoformado, 50 enfermas de parametritis ó de anexitis simple, ó complicada de metritis y ha obtenido 33 curaciones ó mejorías; 20 enfermas han sido vistas al cabo de un año y la curación persistía. Sólo los casos de gonorrea, de metritis cervical, no fueron influenciados. Sin embargo, el autor entiende por curación no sólo la desaparición completa de las lesiones anatómicas, sino la de los dolores, dismenorrea, y el retorno á menstruaciones de tipo normal.

Los tapones se dejan colocados de dos á tres días, y la duración media del tratamiento es de seis á ocho aplicaciones, en un período intermenstrual.

P. ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

Modo de terminación del simpático en el iris, por Schock. (*Annal d' Ophthalmologie*, junio, 1912).

Aun no hay más que opiniones contradictorias sobre el modo de terminación del simpático en el iris. Se debe admitir (acción de la atropina y de la luz sobre el ojo enucleado) que existen en el iris mismo, células nerviosas capaces de excitar su musculatura independientemente de toda acción del sistema nervioso central. En tanto que Retzius y Audogsky sostienen la ausencia completa de células nerviosas en el iris, Münch aplicando una técnica personal, ha podido distinguir una porción de células ganglionares. Las prolongaciones protoplasmáticas de estas células, bi ó multipolares, forman una red que está en relación directa con las células del estroma.

Estas divergencias se explican probablemente por las diferencias de técnica. Hace el autor una interesante crítica de los procedimientos técnicos empleados con este objeto (cloruro de oro, método de Cajal, azul de Ehrlich). Prefiere el método de Münch; impregnación de los cortes por el ácido fosfomolibdico al 10 por 100; lavado y coloración, con un color de anilina (azul de metileno, tionina, azul de toluidina). Con este proceder, las células del estroma aparecen negras, los nervios y sus ramificaciones más finas toman la coloración azul; el tejido conjuntivo queda incoloro ó débilmente coloreado. Hay pues entre los elementos nerviosos y los conjuntivos una oposición de color muy fuerte que permite apreciar sus relaciones. Es bueno elegir, para este estudio, animales cuyo iris contenga poco tejido conjuntivo, como el mono macaco. En estas condiciones, el examen, aun con poco aumento, nos muestra en el iris dos especies de elementos: los unos coloreados en negro, de forma irregular, triangulares, poligonales, fusiformes, de protoplasma pigmentado, prolongaciones espesas, son las células conjuntivas; los otros más pequeños, de diámetro variable entre 10 y 17 micras coloreados en azul, no conteniendo jamás pigmentum, son las células nerviosas.

Existen pues en el iris, células nerviosas ganglionares que nos representan las terminaciones del simpático. Sus prolongaciones forman una red que está en relación directa con las células conjuntivas. El modo de terminación de esta red en las células del estroma es muy variable: las prolongaciones protoplasmáticas pueden terminar; a) en el cuerpo mismo de la célula conjuntiva, sin que se pueda afirmar, si es en el protoplasma ó en el núcleo, en forma de red ó de botón terminal; b) en la superficie misma de la célula (mancha motriz de Ranvier); c) en fin, por una célula ganglionar, tan íntimamente yuxtapuesta á la célula conjuntiva, que es difícil precisar su modo de unión.

Amaurosis saturnina seguida de hemianopsia pasajera de origen cortical, en el curso de una crisis aguda, reciente, de cólico de plomo, por Mosny Dupuy, Saint-Girous. (*Soc. med. des Hôp. de Paris*, 1912).

Presentan los autores la observación de un joven indemne de sífilis (reacción de Wasserman negativa) que, aun no siendo plomero más que hace 9 meses, es un saturnínico confirmado. Tres meses después de un primer cólico de plomo y siete días después del principio de otro fué atacado por la noche de ceguera repentina. Después de 24 horas, á esta amaurosis, siguió una hemianopsia lateral izquierda que retrocedió ella sola después de otras 24 horas. No hay ningún signo de reacción meníngea, ni clínico, ni citológico, pero el análisis químico del líquido cefalorraquídeo hecho por Javal, demostró una proporción anormal de urea. En el fondo del ojo no había lesiones, ni existía alteración del reflejo pupilar, ni reacción hemióptica de Wernick. En ausencia de cualquier otra causa, brightismo, sífilis, hipertensión arterial, la amaurosis y la hemianopsia pueden ser achacadas con certeza al saturnismo. Parece que se trata en este caso, no de una lesión de las vías ópticas, sino de un ataque de los centros nerviosos imputable, sea á una acción tóxica directa y particularmente electiva del plomo sobre los centros visuales, sea á una isquemia transitoria por espasmo arterial en el territorio de los mismos centros.

Por esta patogenia, por la ausencia de toda meningitis, este caso de amaurosis saturnina se opone al observado por Mosny y Harvier (alteración del quiasma y neuritis óptica, con retinobrightismo, acompañado de reacción citológica intensa del líquido

cefalo-raquídeo). Estos hechos demuestran que la intoxicación saturnina puede atacar todo el neuro-eje, interesando ó no las meninges y que sus manifestaciones pueden ser efímeras.

Neuritis óptica durante la lactancia, por Villard. (*Soc. française d'Ophthalmologie*. París, mayo 1912).

La primera observación trata de una mujer de 36 años, secundípara, criando á su hijo desde hacía 16 meses sin la menor fatiga. En el curso del décimoquinto mes de lactancia se la presentaron dolores de cabeza muy vivos y una disminución bastante rápida de la agudeza visual del ojo izquierdo.

La ambliopía está bajo la dependencia de una neuritis óptica con hemorragias que rodean la papila y la mácula. El destete se impuso inmediatamente y el tratamiento completado con purgantes, sanguijuelas en la mastoides izquierda y fricciones de unguento mercurial.

Vista la enferma 9 años más tarde, presenta la papila de aspecto casi normal, pero existe en la mácula una placa de coriorretinitis que produce un escotoma central absoluto y una gran reducción de la visión que apenas llega á $\frac{1}{10}$ de la normal.

La segunda observación se refiere á una mujer de 29 años que lactaba á su segundo hijo en excelentes condiciones desde hacía doce meses. Algunos días antes del primer examen, se la presentaron dolores de cabeza con disminución rápida de la visión del ojo derecho.

Con el oftalmoscopio se vió una neuritis óptica muy violenta. Se la hizo el mismo tratamiento que al caso anterior y posteriormente inyecciones de estricnina en la sien. La visión mejoró rápidamente llegando á 0,9 de la normal, visión que conservaba cuatro meses más tarde.

Impresionado por estos dos hechos clínicos, el autor ha hecho un estudio completo de la patología de la neuritis óptica consecutiva á la lactancia. Esta neuritis óptica aparece con más frecuencia en las múltiparas de 30 á 40 años, empezando algunas semanas ó meses después del comienzo de la lactancia. Puede atacar un solo ojo ó los dos. Se presenta casi siempre precedida de algunos síntomas generales (fiebre, cefalea, etc.) Está caracterizada, desde el punto de vista subjetivo, por una disminución de la agudeza visual central (que casi nunca desciende más

de $\frac{1}{10}$ de la normal) y periférica con estrechamiento concéntrico del campo visual, en el período florido de la enfermedad. Puede presentarse al observador en las dos formas clásicas de papilitis ó de neuritis retro-bulbar, pero esta última forma es cuatro veces menos frecuente que la primera.

El pronóstico es relativamente favorable, porque la ceguera es excepcional, pero nuevos ataques de neuritis óptica pueden ocurrir en las lactancias sucesivas. El tratamiento debe realizar dos indicaciones principales: atacar la causa principal de la enfermedad, suprimiendo la lactancia inmediatamente, pero al mismo tiempo hay que poner en práctica las diversas indicaciones locales y generales que se utilizan en todas las neuritis ópticas, cualquiera que sea su naturaleza y su origen. La patogenia es aún oscura. En una teoría se considera á la enfermedad como causada por microorganismos procedentes de los órganos genitales. En fin, en otra se hace intervenir á una auto-intoxicación determinada por la producción de sustancias albuminoides, tóxicas, elaboradas bajo la influencia de la lactancia.

Los colirios iodurados en el tratamiento de la catarata, por Chevallereau. (*Soc. franç. d' Ophthalmologie*, París, mayo 1912).

La experiencia del autor sobre este objeto, que data de 25 años, le permite establecer las conclusiones siguientes:

La catarata puede, en casos muy raros y mal determinados, mejorarse y hasta desaparecer, sin operación. El tratamiento por los colirios iodurados es el que permite mejor obtener este resultado. El ioduro de sodio es mejor tolerado que el de potasio, pero puede algunas veces, por su fácil descomposición, producir una coloración de la conjuntiva que recuerde la argirosis. Se instila dos veces al día, un colirio que contenga 90 centigramos de ioduro en 10 gramos de agua, un par de gotas cada vez, durante años, obteniéndose en ocasiones raras una curación completa de la catarata incipiente; alguna vez, una desaparición parcial de las opacidades con aumento de la agudeza visual y quizá se sostenga la catarata más tiempo estacionada, que cuando no está sometida á ningún tratamiento.

P. ALVARADO

UROLOGIA

Tratamiento de la tuberculosis urinaria (tuberculina y nefrectomía), por Leguen y Chevassu. (Informe presentado al VII Congreso Internacional de la tuberculosis en Roma, abril, 1912).

El dogma de la nefrectomía precoz en la tuberculosis renal, proclamado por Albarrán en la escuela de Necker, es en la actualidad universalmente admitido. Sin embargo, se ha producido una reacción entre los médicos, que no se deciden al sacrificio de un riñón en el que el bacilo de Koch solamente ha producido lesiones discretas y en el que no pierden la esperanza de obtener la curación por un tratamiento exclusivamente médico; la hora actual es apropiado para plantear el debate, juzgando los hechos adquiridos.

I. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.—La nefrectomía es una operación poco peligrosa; reuniendo las estadísticas de 23 cirujanos, los autores encuentran un total de 1539 nefrectomías por tuberculosis renal, con 92 muertes operatorias, lo que hace una mortalidad de 5.9 por 100. Conservando solamente las estadísticas detalladas, las más apropiadas para formar una seria opinión, llegan á la cifra de 708 nefrectomías de las cuales 151 murieron (21.3 por 100) y 552 viven todavía (78.7 por 100).

A. *Estudio de los casos de muerte.*—En los 151 muertos, 43 fueron muerte operatoria (6.1 por 100) y 108 muertos tardíamente (15.2 por 100).

a) De las 43 muertes operatorias, en 30 está indicada la causa: en 12 la muerte fué debida á insuficiencia renal del riñón conservado; en los otros 18 muertos á diferentes causas, en las que la tuberculosis solamente interviene en 4 casos.

b) De las 108 muertes tardías, 91 son explicadas: 75 debidas á la tuberculosis pulmonar, 28 del riñón conservado, 17 meníngea, 11 granulía generalizada, 11 peritoneal, 2 no especificada 6; las otras 16 muertes se explican: caquexia 9, nefritis ó uremia (sin franca tuberculosis) 4, infección 2, salpingitis 1.

Las 108 muertes tardías acaecieron sobre todo en el año siguiente á la nefrectomía; todo nefrectomizado por tuberculosis, que sobrevive un año á su operación, solamente corre riesgos pequeños.

B. *Estudios de los casos vivientes.*—Los 557 que sobrevivieron á su nefrectomía pueden clasificarse de la manera siguiente:

231 curaciones completas.....	41,2	por 100
58 curaciones no especificadas.....	8,2	» »
185 curaciones incompletas.....	26,2	» »
23 estados medioeres.....	3,2	» »

1) *Estado mediocre (23 casos).*—Se trataba de enfermos que presentaban una tuberculosis pulmonar grave (5 casos) ó una tuberculosis manifiesta del riñón conservado (9 casos), ó que siguieron débiles después de la operación sin mejoría apreciable, pareciendo destinados todos á morir en corto plazo; estos resultados malos, se escalonan en un período de 5 años.

2) *Curaciones incompletas (185 casos).*—Los nefrectomizados de esta categoría, tienen un buen estado general con trastornos de la miccion, frecuente y dolorosa, ó por lo menos orinas turbias; su curación incompleta parece esencialmente ligada á la persistencia de una tuberculosis vesical.

4) *Curación completa (291 casos).*—Las constituyen aquellos enfermos en los cuales, se ha podido comprobar el estado de sus orinas; en unos limitándose á observar que sus orinas eran claras; pero en la mayoría por inoculaciones al cobayo, se pudo asegurar que no eran tuberculosas y por citoscopia que la vejiga era normal; todos estos enfermos tienen un estado general excelente, conservando algunos frecuencia ligera en las micciones.

4) *Curaciones (58 casos).*—Clasificamos en esta categoría especial, un cierto número de operados dados como curados, pero en los que la observación no dice nada sobre el estado de sus orinas y el carácter de las micciones.

Resumen.—En definitiva, los 208 nefrectomizados de nuestra estadística, dieron:

173 malos resultados.....	24,5	por 100
534 buenos resultados.....	25,5	» »

II. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO.—Condensando en un solo bloque las estadísticas de tuberculosis renal no operadas, tales como fueron publicadas por Blun, Casper, Ekehorn, Hottinger, Kornfeld y Wilbolz y añadiendo las estadísticas de los médicos suizos, que este último autor presentó en el último congreso de urología de Viena, nos encontramos en posesión de 738 tuberculosis renales no operadas, fáciles de comparar á las 708 tuberculosis operadas, precedentemente señaladas.

De las 738 tuberculosis renales tratadas médicamente; 456 murieron ó sea 61-9 por 100 y 282 sobrevivieron, sean 38-2 por 100.

A. *Estudio de las 456 muertes.*—La fecha no es conocida con exactitud en 282 casos; todos estos enfermos, excepto 2, murieron de su tuberculosis renal ó de una complicación tuberculosa; del estudio de las mismas resulta: que muchos tuberculosos renales mueren en 2 años, que otros alcanzan de 3 á 5 años y que un pequeño número vive largo tiempo (hasta 30 años) para morir sin embargo tuberculosos.

B. *Estudio de los 282 sobrevivientes.*—Su duración queda esblecida:

De uno á cinco años.....	169
De cinco á diez años.....	40
Mas de diez años.....	22
No especificada.....	51

Su estado está indicado en 178 casos: 142 sufren de su tuberculosis renal cuya evolución continúa, 36 no sufren nada. De estas 36 curaciones aparentes: 32 casos no vienen acompañados de ninguna comprobación local; en uno fué seguida de abertura espontánea del riñón, en 3 solamente el examen de las orinas fué practicado; uno tenía una abundante albuminuria y otro ligera, uno está completamente curado. Una conclusión formal se impone después de lo reseñado; si ciertas tuberculosis renales, tratadas médicamente, pueden evolucionar con lentitud, las curaciones obtenidas son muy excepcionales.

III. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO TUBERCULÍNICO.—Los autores han reunido 184 observaciones, más ó menos reales de tuberculosis renal, tratadas por medio de las tuberculinas, tuberculina de Koch, de Beraneck, de Denys, suero de Marmorek, cuerpos inmunizantes de Spengler, etc.; por otra parte, la mayoría de estos enfermos, á la par que sufrían el tratamiento tuberculínico, estaban sometidos á un tratamiento general antituberculoso.

Las 184 observaciones se reparten así: muertos 18, estacionadas 24, mejoradas 91, curadas 51; pudiendo dar lugar la lectura en el texto original á interesantes conclusiones.

1) Bajo la influencia del tratamiento tuberculínico, muchos enfermos mejoraron, tanto del estado general, como del local; disminución del número de micciones y dolores, aclaramiento de las orinas. En muchos enfermos la mejoría local podía ser debida al tratamiento vesical coexistente.

2) Muchos enfermos se mejoran durante un tiempo variable, para volver al estado anterior.

3) Los riñones nefrectomizados, después del empleo de la tuberculina, no difieren de los riñones tuberculosos ordinarios no tratados.

4) En 16 enfermos nefrectomizados, después del empleo de la tuberculina, 4 murieron rápidamente de generalización tuberculosa; esta proporción exagerada de generalizaciones asusta; si el tratamiento tuberculínico puede frecuentemente provocar accidentes de anafilaxia tan dañosos, constituye él sólo, una contraindicación á la operación.

5) Sobre las 51 curaciones atribuidas á la tuberculinoterapia, en muchos casos no podemos convencernos.

a) En 24 observaciones se dice sin ningún detalle, que los enfermos están curados, sin añadir comprobaciones.

b) En 27 enfermos, la curación parece real y verdadera, en el sentido que no sufren y sus orinas son claras, pero en 16 la curación es de fecha tan reciente, que no se puede afirmar en definitiva si realmente están curados ó solamente mejorados.

c) 11 enfermos tratados por la tuberculina, parecen curados, después de más de un año.

IV. RESULTADO COMPARADO DE LOS TRATAMIENTOS: QUIRÚRGICO, MÉDICO Y TUBERCULÍNICO.—El tratamiento quirúrgico ha hecho la prueba de su bondad y valor; no es grave (6 por 100 de mortalidad operatoria); si no cura todos los enfermos (18 por 100 de mortalidad tardía), cura la mitad y mejora la cuarta parte.

El tratamiento médico se ha mostrado insuficiente.

El tratamiento tuberculínico ha probado que podía mejorar estos enfermos, demostrando rara vez, que podía curarlos.

El tratamiento de elección á la hora actual, no puede ser otro, que el quirúrgico; el tratamiento general médico será siempre añadido; en cuanto á la tuberculinoterapia, podía prestarnos buenos servicios después de la nefrectomía, pudiendo en rigor solamente autorizar su empleo y como ensayo, en los casos de tuberculosis renales diagnosticadas en el comienzo, antes de toda píuria y en sujetos jóvenes.

V. LAS GRANDES LÍNEAS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. PERÍODO PRE-OPERATORIO.—Se reduce en todos los casos, á un tratamiento general antituberculoso, reposo, higiene, tónicos, etc., añadiendo en caso de necesidad, un tratamiento urinario de la vejiga y riñón. Por otra parte, comprende una serie de exploraciones que permitan investigar el estado de ambos riñones para practicar la nefrectomía con pleno conocimiento de causa.

Período operatorio.—Es necesario quitar el riñón sin abrirle, para no inocular la herida operatoria, extirpando la atmósfera perineal en la mayor extensión posible; la ligadura del pedículo debe ser preferida á la forcipresión, y la nefrectomía extracapsular. La vía lumbar no tiene los inconvenientes que la transperitoneal, puesto que permite espacio suficiente, para operar cómodamente, bajo el auxilio de la vista, poniendo al descubierto el órgano en toda su extensión; el desagüe de la cavidad operatoria es absolutamente indispensable; la conducta á observar respecto al ureter es discutible, parece según Israel, que las ureterectomías, extensas no dan lugar á fistulas en mayor extensión, que las extirpaciones limitadas (ambas 10 por 100); la fijación del muñón ureteral en el ángulo inferior de la herida (16 por 100 de fistulas) debe evitarse.

PERIODO POST-OPERATORIO.—1) *Cicatrización de la herida operatoria.*—La cicatrización total es bastante larga; según Israel la cuarta parte de los operados, conservan una fístula durante dos años, que pueden modificarse felizmente con la pasta bismutada; por la incisión lateral se obtienen cicatrices mejores y en algunos casos, reunión por primera intención.

2) *Cicatrización del muñón ureteral.*—El ureter del riñón nefrectomizado, puede seguir siendo permeable, ordinariamente se esclerosa y en algunos casos, puede seguir siendo tuberculoso, dando lugar á fistulas purulentas y urinarias; en este último caso, una nueva intervención será necesaria para extirparle en mayor extensión.

3) *Evolución de la tuberculosis vesical.*—Frecuentemente la nefrectomía es practicada en individuos en pleno ataque de tuberculosis vesical; muchos de ellos se mejoran, curando después á beneficio solamente de la operación; mas en otros, aunque en menor número, no se curan ó la mejoría es muy lenta. El tratamiento de esta tuberculosis vesical, rara vez es operatorio, el tratamiento general y tuberculínico y los modificadores locales, permiten obtener grandes mejorías, pero no siempre la curación; en caso de cistitis rebeldes y dolorosas, hay necesidad algunas veces, de poner la vejiga en reposo, bien por una cistostomía ó por una exclusión vesical, por abocamiento del ureter en función, al intestino grueso.

4) *Evolución del riñón conservado.*—El riñón conservado, poco á poco, establece su hipertrofia compensatriz, pudiendo sufrir un brote agudo de nefritis, contingencia frecuente y probable, sobre todo en los casos en que la tuberculosis era antigua y por lo tanto,

estuvo sometido durante largo tiempo á la acción tóxica de la supuración de su congénere. El riñón conservado puede hacerse tuberculoso aunque parece en la hora actual, que esta tuberculosis existía ya, antes de la operación, habiendo pasado desapercibida, por cuya razón, deben agotarse todos los procedimientos exploratorios y entre ellos, una inoculación al cobayo y la reacción del antígeno, con las orinas del riñón supuesto sano.

La persistencia del bacilo de Koch en las orinas vesicales, aun siendo claras, no constituyen un síntoma de tuberculosis del riñón conservado; el bacilo de Koch, puede durante mucho tiempo aparecer en la orina excretada y pulular en el muñón ureteral; el aumento del volumen del riñón conservado, no significa que esté enfermo y sí solamente, que la hipertrofia compensatriz, está establecida; por último, los dolores del mismo no significan forzosamente que esté tuberculoso, ya que puede padecer de litiasis, de hidronefrosis por esclerosis de la embocadura ureteral á la vejiga, etcétera; pero de todos modos, el riñón único de los nefrectomizados, debe ser vigilado.

5) *Tratamiento del estado general.*—El tratamiento tuberculínico, constituye en esta época, un excelente coadyuvante.

La infección descendente de las vías urinarias en la fiebre tifoidea, por A. Lemierre y P. Abrami. (*Journal d'Urologie*, núm. 1-15 julio, 1912).

La hemocultura de una manera irrefutable, demuestra que la fiebre tifoidea es una septicemia; el bacilo de Eberth acarreado por la sangre, invade todos los parénquimas pudiendo determinar lesiones más ó menos intensas y de lo cual depende su gravedad.

Entre los órganos más expuestos á localizaciones microbianas, las glándulas ocupan el primer lugar, á causa sin duda de su riqueza vascular; es fácil por lo tanto comprender que el bacilo de Eberth atravesando las paredes vasculares, llegue hasta los canales escretores, encontrándose eliminado al mismo tiempo que los productos de secreción glandular.

La importancia de la eliminación del bacilo de Eberth por el emuntorio urinario, en lo que concierne á la fiebre tifoidea, es un hecho sobre el cual, uno de nosotros con M. Leopoldo Levi, llamamos la atención por primera vez en Francia en 1901, la presencia del bacilo de Eberth en la orina de los tíficos, fué señalada

en 1881 en el congreso de Londres, por el profesor Bouchard que la había observado en 21 casos, sobre 85; este hecho ha sido posteriormente confirmado por Hueppe, Seitz, Chantemesse y Widal, Ribbert y muchos otros.

Después de nuestro estudio con Leopoldo Levi y de la tesis de Labat inspirada por nosotros, han sido aportados por distintos autores nuevos documentos sobre la cuestión, los que mencionaremos en el transcurso de este trabajo.

La bacteriuria tífica se encuentra en una proporción elevada en los casos de fiebre tifoidea y las cifras dadas, están seguramente por debajo de la verdad, por ser imposible sembrar la totalidad de las orinas durante toda la duración de la enfermedad; antes hemos dicho que Bouchard ha encontrado el bacilo en 21 enfermos de 85 casos, en la orina; Richarson le señalaba en 21 por 100 de casos, Curschmann en 15 á 30 por 100, Klímenko, Loida, Vincent en 17 por 100, Lesieur y Mahaut en 38 por 100, Pfister en 50 por 100, Ichikara y Kubaiké le aislan en 15 tíficos, sobre 50, Fiamini en 7 sobre 8, Lato en 10 de 17, Herbert en 18 de 38, Jacobi en 7 de 37.

Ordinariamente estos microbios deben ser buscados con cuidado en la orina, puesto que existen en pequeña cantidad; en ciertos casos sin embargo, el número de microbios es tal, que la orina tomó un aspecto turbio y que un tubo agitado delante de la luz, demuestra en el líquido la presencia de ondas sedosas, comparables á las que da un cultivo de bacilos de Eberth en caldo; esta bacteriuria masiva con turbidez de las orinas, se observa sobre todo por pasajeros momentos, alternando con períodos en que las orinas son de apariencia normal; en algunas ocasiones esta bacteriuria es de duración más larga, pudiendo coincidir con una cistitis, contribuyendo la presencia de leucocitos al aumento de la turbidez de la orina; en otras ocasiones la cistitis no existe, y la turbidez de la orina es debida únicamente á la innumerable cantidad de gérmenes que contiene.

Mecanismo de la eliminación de los microbios por el riñón:

Sabemos que el mecanismo del paso de los microbios de la sangre á la orina, ha sido objeto de numerosas discusiones; el hecho demostrado experimentalmente desde hace mucho tiempo, por Wyssokowitch, Futterer, Pernise y Scagliosi, Cotton, Pawlowski, Biel y Krans, no ha sido negado por nadie, pero mientras que estos autores sostienen, que el paso de bacterias á través de las paredes vasculares y epitelios renales, es un hecho fisiológico, entrando en las condiciones normales del riñón y sin acompañarse

de forzosas lesiones de este órgano, Wyssokowitch, Opitz, Carl, Klecki, Metin, piensan por el contrario, que este paso es siempre indicio de lesiones vasculares y del parénquima glandular.

En los estudios experimentales que hemos consagrado á la infección descendente de las vías biliares, hemos estudiado accesoriamente en el conejo, el perro y el gato, la eliminación de las bacterias por el riñón, habiendo comprobado que el bacilo de Eberth, los paratíficos, el colibacilo, el disentérico, la bacterídea de Davaine, el pneumo-bacilo, el pneumococo y el estafilococo, inyectados en la circulación sanguínea, pueden frecuentemente ser descubiertos en cantidad considerable en la orina vesical, ya sea en animales sucumbidos á consecuencia de la inyección, ó sacrificados algunas horas ó días después de lá inoculación. Esta infección vesical es sin embargo menos frecuente que la infección biliar, debido sin duda, á que la orina se estanca menos tiempo en la vejiga, que la bilis en la vesícula biliar; puede suceder también, que la orina por su composición, favorezca en algunos casos la pululación de las bacterias, cuyo número es suficiente para dar un aspecto turbio á la orina, y solamente en un caso, en un conejo infectado por el pneumococo de Frieländer, la existencia de gran número de leucocitos en la orina, testimoniaba la existencia de cierto grado de inflamación vesical.

En lo que concierne al estado de los riñones, nuestras investigaciones concuerdan con las de Wyssokowitch, Opitz, Klecki y Metin; en los exámenes histológicos que hemos practicado de estos órganos, la presencia de lesiones mínimas, pero claras, han sido evidentes, consistiendo en nódulos leucocíticos asentando alrededor de las arteriolas en el intervalo de los túbuli y al nivel de la sustancia cortical; añadamos que en los animales infectados por el estafilococo, las lesiones renales, son frecuentemente visibles á simple vista, presentándose bajo el aspecto de pequeños infartos supurados.

¿Puede admitirse, que en los tíficos, el bacilo de Eberth pueda encontrarse en la orina, fuera de toda alteración renal?, es difícil de concebirlo; en la septicemia eberthiana, el riñón siempre está atacado, como es fácil de comprobarlo todas las veces que se tiene la ocasión de examinar histológicamente un riñón tífico; las lesiones pueden ser mínimas, recordando las que acabamos de señalar en los animales infectados experimentalmente, en otras ocasiones son más graves, llegando hasta el absceso miliar y hasta la pionefrosis. En los mismos tíficos curados, sabemos que

la albuminuria es constante en ciertos días de la enfermedad, aunque ordinariamente poco considerable, siendo lo suficiente sin embargo esta alteración, para afirmar la participación del riñón.

Cuando esta albuminuria no pueda ser demostrada, á pesar de exámenes repetidos, no puede afirmarse que el riñón esté indemne, clínicamente podrá sostenerse esta afirmación, mas se encuentran lesiones mínimas, que traducen la salida de microbios fuera de los capilares y la reacción diapedésica consecutiva, condiciones necesarias para la presencia de microbios en la orina.

En la observación de bacteriuria tífica que en compañía de Levi hemos publicado, la albuminuria había faltado durante toda la enfermedad; Lesieur y Vincent han señalado casos idénticos, no implicando para este último autor la presencia de bacilos en la orina, el paso forzoso de ellos á través del riñón, ya que podría ser la consecuencia de localizaciones microbianas al nivel de la pared vesical, haciéndose directamente la infección por vía sanguínea. Es una teoría original que ningún argumento permite negarla, pudiendo suceder que ciertos casos de bacteriuria tífica, reconozcan este mecanismo; la ubicuidad del bacilo de Eberth en el organismo, en el curso de la tifoidea, justifican esta concepción.

La eliminación de los microbios por el riñón en el hombre, es un hecho adquirido después de los trabajos de Enriquez, acompañándose algunas veces esta eliminación de fenómenos de nefritis; en una enferma por nosotros observada en el servicio de Widal la que presentó una serie de recaídas sucesivas de fiebre tifoidea, vimos sobrevenir al propio tiempo que cada período febril, dolores lumbares con albuminuria intensa y hematuria; en estos momentos las orinas contenían bacilos de Eberth visibles directamente en cultivo puro, mientras que en los períodos apiréticos, la orina era clara, estéril y desprovista de albúmina.

Duración de la bacteriuria tífica.—La eliminación de los bacilos por el riñón, puede ser precoz en la dotieneria; se la ha notado al propio tiempo que la roseola (Jacobie, Pflter, Vincent, etcétera), sin embargo, lo más á menudo comienza más tardíamente, en el momento en que la temperatura comienza á bajar ó después de la caída de la misma, lo que se explica bien teniendo en cuenta la evolución de las septicemias, en las que, la fase inicial de bacteriuria pura, conduce más ó menos rápidamente á la fase de localizaciones viscerales.

Mas el hecho de mayor interés, es la posibilidad de una larga persistencia del bacilo de Eberth en la orina, aun después de la

completa curación de la tifoidea y sobre este hecho en unión de Levi llamamos la atención en 1901, por el interés considerable que presenta en la epidemiología de la fiebre tifoidea. El enfermo cuya observación constituye la base de este estudio, había tenido una fiebre benigna, pero al día 19 de la enfermedad, cuando la temperatura oscilaba alrededor de 37°, aparecieron fenómenos de cistitis: dolores al orinar, con hematuria ligera final y frecuencia del número de las mismas; las orinas eran turbias, presentando al agitarlas en tubo delante de la luz, ondas sedosas típicas. La orina centrifugada dejaba un depósito, constituido por glóbulos blancos y epitelios vesicales y considerables cantidades de un bastoncillo móvil, que su cultivo puro demostró ser el bacilo de Eberth; el enfermo salió del hospital algunos días más tarde, sin síntomas funcionales vesicales y sus orinas claras al cabo de 4 días después de tomar 4 gramos diarios de ácido bórico, pero contenían todavía el bacilo de Eberth; dos meses más tarde, el enfermo consulta nuevamente con nosotros por haberse enturbiado de nuevo sus orinas, los bacilos tíficos pululaban nuevamente, con más leucocitos y epitelios descamados que la vez anterior, elementos que terminaron por desaparecer con la administración de urotropina.

La presencia tardía del bacilo de Eberth en las orinas, no es un hecho excepcional; Fuchs le aisló al cabo de 8 semanas de convalecencia, Herbert á las 4 semanas, Klimenko á los 30 días, Vincent á los 32 días, Ichikawa y Kabaike á los 48; Curschmann ha comprobado la infección de las vías urinarias durante 2 meses y medio, Dönitz y Buring, han encontrado en la orina el bacilo de Eberth 7 y 8 meses después respectivamente de la infección tífica; por último, existen hechos, en los que la bacteriuria dependiente de la fiebre tifoidea remontaba á varios años antes.

En casi todas estas observaciones de eliminaciones tardías y prolongadas del bacilo de Eberth, se trata de la bacteriuria verdadera, es decir de la presencia en la orina de una masa considerable de bacterias, visibles al examen directo, dando á las orinas aspecto turbio. Esta multiplicación enorme de los bacilos en la orina puede ser observada, lo mismo durante la evolución de la enfermedad, que muchas semanas después de la curación; y es verosímil que en el último caso, los microbios existieran ya desde la evolución de la enfermedad, aunque en pequeño número, pululando después bajo la influencia de favorables circunstancias desconocidas y oscuras para nosotros. La observación de Gwyn, constituye una observación bastante curiosa: la presencia del

bacilo fué descubierta, gracias á estudios sistemáticos establecidos en antiguos tíficos, porque las orinas eran completamente claras y de apariencia normal.

La cistitis eberthiana: La bacteriuria tífica, aun prolongada, es posible con una integridad perfecta de las vías urinarias, pero muy frecuentemente da lugar á fenómenos inflamatorios al nivel de este aparato, siendo posible que los tubos excretores del riñón, la pelvis y el ureter sean asiento de lesiones más ó menos durables, aunque no esté dilucidada tal suposición, estando perfectamente demostrado que la bacteriuria tífica coincide algunas veces, con cistitis agudas ó crónicas de origen eberthiano, hecho señalado por Melchior en 1893, por Blumer en 1895, por Hoston Smisth en 1897, por Richardson en 1898, por Curschmann, Brown y Neufeld en 1900 y Vincent en 1905. El mismo año en colaboración con Levi y á propósito de un caso, hicimos un trabajo de conjunto, agrupando las observaciones hasta la fecha esparcidas, estudio continuado en la tesis de Labat en 1902, citando por último entre los trabajos últimamente publicados, los de Stadler y Neumann.

La cistitis tífica, puede existir sin ningún síntoma funcional; sólo el examen de las orinas, hará reconocer la existencia de un sedimento purulento apenas marcado, el microscopio demuestra al mismo tiempo, innumerables bacilos, glóbulos blancos y células vesicales descamadas; por el contrario, en otros casos los síntomas vesicales son claros, dolor al orinar, frecuencia de las micciones, acompañadas alguna vez de hematuria, ordinariamente los síntomas dolorosos ceden en algunos días al tratamiento local, mas en algunos casos existe tendencia á pasar al estado crónico, traduciéndose esta cistitis solamente por la existencia de pus y microbios en la orina. La cistitis estalla algunas veces con síntomas agudos, después de un período de simple bacteriuria que se puede prolongar durante un período de tiempo oscilando entre algunos días y varios años; lo más á menudo el paso á través de las vías urinarias de los bacilos, es suficiente para provocar el catarro vesical, existiendo algunas veces el concurso de causas ocasionales, retención pasajera de orina ó cateterismos repetidos.

Papel de la bacteriuria tífica, en la propagación de la fiebre tifoidea.—La bacteriuria tífica, sola ó acompañada de cistitis, tiene interés por el papel que puede jugar en la diseminación de la fiebre tifoidea, no siendo indiferente saber, que los individuos sanos, siembran durante meses ó años, alrededor de ellos, una enfermedad de la cual curaron anteriormente.

Los trabajos efectuados en Alemania, Inglaterra y Estados Unidos, por Petruschki, Neufeld, Richardson y Smith, han llamado la atención sobre un hecho, que nosotros en unión de Levi, habíamos hecho conocer en Francia en 1901, habiendo sido confirmada su importancia posteriormente, por Vincent, Chantemesse, Lesieur, Mahaut y Remlinger.

Los sujetos eliminadores de una manera durable, del bacilo de Eberth en las orinas, constituyeron durante algún tiempo, la única clase conocida de portadores crónicos del bacilo; posteriormente las investigaciones de Chantemesse de Francia y las de los bacteriólogos alemanes por instigación de Koch, han demostrado la existencia de otra clase de portadores de bacilos, constituida por las personas que les conservan en las vías biliares é intestinos, eliminando con sus materias fecales el microbio, aun mucho tiempo después de la curación de su enfermedad: esta segunda categoría es mucho más frecuente que la anterior, mas no conviene olvidar, que cuando el bacilo de Eberth se elimina por la orina, existe en cantidad considerable en la misma.

Petruschki ha calculado en un enfermo por él observado, que tenía 170 millones de microbios por centímetro cúbico de orina.

Hace falta señalar igualmente en la portadores intestinales ó biliares, el hecho, de poder contener en los excrementos el bacilo de Eberth, aun no habiendo padecido aparentemente de fiebre tifoidea, como lo prueba el caso de Haonston; una mujer que presentaba desde hacía tres años síntomas de cistitis con bacteriuria tífica abundante, la cual no había tenido ninguna enfermedad infecciosa anteriormente, habiendo cuidado solamente tres años antes, niños enfermos de tifoidea, siendo lo más probable que en semejantes casos, se trate de tifoideas atenuadas que pasan desapercibidas, pero en las cuales hubo un momento de bacteriuria tífica con todas sus consecuencias y entre ellas, la eliminación de bacterias en la orina.

Proflaxia y tratamiento de la bacteriuria tífica.—Los daños de la bacteriuria tífica no deben ser desconocidos, siendo necesario en todos los tíficos en evolución ó convalecencia, desinfectar las orinas por la misma razón que las materias fecales y recordar que el agua de los baños de los tíficos, en la cual orinan frecuentemente, constituyen un peligro para las personas encargadas de cuidar estos enfermos.

Anteriormente hemos dicho que el número de microbios eliminados en la orina, puede durante varias semanas ser muy limitado

y sin modificar en nada el aspecto exterior de las orinas, para después bruscamente aumentar el número, haciendo turbias á las mismas, por cuyo motivo será conveniente vigilar siempre á estos enfermos, previniéndoles de estos cambios y modificaciones, por el daño que pueden hacer en su radio de acción; desde hace 15 años ya, una orden del ministro de la guerra alemán, exige el examen de las orinas de todos los soldados que padecieron la fiebre tifoidea, antes de su incorporación, habiendo observado con más rigor estas disposiciones, después de comprobar la existencia de llevadores crónicos del bacilo de Eberth; desgraciadamente, estamos desarmados enfrente de los portadores intestinales, por no existir actualmente procedimiento eficaz para conseguir la desinfección del intestino y vías biliares, limitándonos á poner en vigor el aislamiento solamente. Los estudios de Richardson, Smith y Neufeld, han demostrado que la urotropina es un maravilloso agente de desinfección de las vías urinarias, estimando que la administración de 4 gramos de urotropina por la boca, hace desaparecer con toda seguridad el bacilo tífico de las orinas; los autores citados aconsejan, considerar *a priori* á los sujetos atacados de tifoidea, como portadores del bacilo de Eberth, en un determinado momento y por ello prescriben la urotropina á la dosis de 0,50 á 1 gramo diario, durante toda la enfermedad á título preventivo.

Cuando en los sujetos atacados de bacteriuria, las orinas se han hecho claras á beneficio de la urotropina, es necesario seguir vigilándoles durante algún tiempo todavía, porque á pesar de la limpidez pueden contener bacilos, volviendo á, por pululación de éstos, ser turbias nuevamente, exigiendo por tanto nuevo tratamiento local: Vincent ha visto ceder en algunos días la bacteriuria y cistitis á beneficio de los lavados vesicales, Lesieur les aconseja, con una disolución de permanganato potásico al uno por dos mil, lo que constituye según el citado autor, el procedimiento más radical de desinfección de las vías urinarias, contaminadas, temporal ó crónicamente por el bacilo de Eberth.

Se ve pues, que la infección descendente de las vías urinarias, durante y después de la fiebre tifoidea, presenta una grande importancia para la profilaxia de esta enfermedad, y cuyos datos han servido en estos últimos tiempos á los higienistas, para formular sus conclusiones de epidemiología; afortunadamente al propio tiempo que el daño, ha sido descubierto el remedio, pudiendo en la actualidad luchar con armas que han hecho sus pruebas.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFIA

Diagnóstico topográfico de las enfermedades del cerebro y de la médula, por el Dr. Robert Bing. Traducción directa del alemán, por el Dr. Gómez Merino. Casa editorial de Saturnino Calleja. Madrid.

Al decidirse á publicar esta obra propúsose el autor ofrecer un compendio didáctico que, en forma clara y sencilla, encerrara todas las cuestiones, siempre complicadas, de localización cerebrospinal, y sirviera de seguro guía en la determinación de casos concretos á médicos y cirujanos, no especializados en los estudios neuropatológicos.

El éxito logrado por el trabajo de Bing, corresponde á la bondad del propósito, y como huye de exponer todo lo teóricamente discutible y se ciñe á consignar lo clínicamente probado y á indicar lo no bien contrastado, la lectura de este libro despierta ideas serias y produce la delecta sensación del problema resuelto, por lo que con interés le recomendamos, entendiendo que su manejo ha de reportar á los estudiosos grandes beneficios con labor pequeña, tanto por lo metódico del plan de exposición y la exactitud de los datos, cuanto por la facilidad de comprensión que al texto procuran numerosos grabados, casi todos esquemáticos, de los centros y conductores nerviosos.

Sólo motivos de alabanza encontrará crítica más autorizada que 'la nuestra en el original del autor, como en la impecable traducción española del Dr. Gómez Merino, é ingenuamente confesamos ha sido grande acierto de la casa editorial hacer figurar esta obra en la Biblioteca de Ciencias médicas.

La primera parte la dedica Bing al diagnóstico topográfico de las lesiones medulares que divide en: A diagnóstico de la lesión trasversal y B diagnóstico longitudinal ó de altura, estudiando en la una las vías, células y grupos celulares de la médula y sus

aparatos de sensibilidad, motilidad, tráfico y vaso-motor y los síndromes correspondientes; y en la otra, los fundamentos anatómicos y fisiológicos sobre que se asientan y los síntomas que las caracterizan. La segunda parte la consagra al diagnóstico topográfico de las lesiones encefálicas, que divide en: A, lesiones del mesocéfalo; B, lesiones del cerebelo y C, lesiones del cerebro, de los ganglios de la base y de la hipófisis. Termina la obra con un apéndice que comprende la topografía, craneo cerebral y la localización de los tumores encefálicos por medio de los rayos de Roentgen.

VALDIVIESO

A. Lesage. **La escarlatina.** Traducción de D. Angel Avilés. Publicada por la casa Calleja de Madrid.

Trátase de una monografía en forma de libro de 175 páginas, en las cuales el autor ha recopilado cuanto de más importante se ha escrito sobre dicha enfermedad, si bien encontramos algunas materias tratadas con una concisión extremada en comparación con el detalle bibliográfico de otras. Así sucede, por ejemplo, con lo concerniente al tratamiento seroterápico, en el cual se echa muy de menos la erudición que resplandece en el resto de la obra.

A pesar de estos defectos, naturales en libros de todo género, el conjunto de la publicación hecha por Lesage da una buena impresión, puesto que llena el fin que sin duda el autor se propuso: reunir en opúsculo cuanto de más saliente hay publicado respecto á la escarlatina, haciendo una labor útil para el médico práctico.

El método y la claridad en la exposición constituyen, seguramente, el principal mérito de este libro, que nos atrevemos á recomendar á nuestros lectores.

Valladolid-10-septiembre-1912.

E. SUÑER

CASOS Y CONSULTAS

Sr. D. J. G... Mi distinguido compañero: El problema que V. plantea es el de averiguar si las hemorragias uterinas que su enferma presenta, con una abundancia y una frecuencia anormal, son debidas exclusivamente á los trastornos ocasionados por la edad crítica, ó, en caso negativo, á qué podrá atribuirse su causa.

En el pequeño espacio que nuestra revista dedica á esta sección de consultas, procuraré decir á V. mi manera de pensar en este asunto.

Significación diagnóstica de las metrorragias en la menopausia.

Las metrorragias son siempre un síntoma de algo.

Durante la menopausia suelen presentarse, de repente, hemorragias abundantes y de larga duración, después de una, dos y aun más faltas menstruales. Una vez cohibida la hemorragia no vuelve á presentarse hasta dos ó tres meses después, meses en los cuales no suele haber menstruación. La sangre que se pierde en estos casos, es pura; puede acompañarse de coágulos, pero su expulsión es indolora. Durante los meses en que falta la regla, la mujer acusa sofocaciones en el rostro, el cual se pone rojo, vultuoso y á veces congestionado; sofocaciones ó llamarradas que van seguidas generalmente de un sudor copioso que aparece de repente. Aparte de estos trastornos pueden presentarse también; excitación general; palpitaciones cardiacas; opresión torácica; á veces, ardor genital; prurito en distintas partes del cuerpo, sobre todo en los genitales externos; lipotimias; fenómenos nerviosos múltiples, y aún transtornos psíquicos. No son raras en estos casos las menstruaciones vicarias (rectorragias, epístasis, gastrorragias, broncorragias, etc.)

Debe desconfiarse siempre de las metrorragias que se presentan en mujeres que no han tenido ninguna falta menstrual y

sobre todo si no han acusado los trastornos reflejos antes dichos; pues, como dice Recasens, «al hacerse la mujer menopáusica, podrá tener verdaderas pérdidas sanguíneas abundantísimas, pero no las tiene nunca acertando los períodos, es decir, puede tener hemorragias considerables sin que se encuentre más justificación que haber estado el mes ó los dos meses anteriores sin menstruación; pero en la época de la menopausia nunca aparecen menstruaciones cada quince ó veinte días, no hay nunca adelantos, á menos que no haya un proceso patológico». Y Fargas dice: «Cuando la mujer ha llegado á la edad de la menopausia, la persistencia de las pérdidas, que pueden confundirse con la menstruación, debe siempre despertar la idea de una lesión más ó menos profunda del aparato genital».

Pero antes de pasar á enumerar estas lesiones, bueno será citar siquiera las causas extragenitales á que las hemorragias uterinas pueden ser debidas, ya que entonces el tratamiento ha de dirigirse contra la causa productora.

Las enfermedades en que con más frecuencia pueden presentarse son: en la anemia general crónica; clorosis menorragica de Virchow; diátesis úrica; en el curso de algunas enfermedades infecciosas (viruela, paludismo, gripe, sífilis, endocarditis ulcerosa y cólera); en las enfermedades hemorrágicas (hemofilia, escorbuto, púrpura, peliosis reumática); en la intoxicación saturnina; en la tuberculosis pulmonar; nefritis crónica; brightismo; esclerosis renal sin síntomas cardiacos ni albuminuria (pequeños síntomas del brightismo, de Dieulafoy); en algunas lesiones cardiacas; hepáticas (sobre todo la cirrosis); en todas las afecciones que producen obstáculos á la circulación pelviana, etc.

Como causa rara y curiosa citaré el *botricephalus latus*; Kahn reseña el caso de una virgen de 19 años que padecía hemorragias uterinas profusas que no desaparecieron hasta la expulsión del citado parásito. Yo he presenciado otro caso análogo y Don Gregorio Sanz de Aza me ha referido alguno por él observado.

Mas á pesar de lo dicho, lo más frecuente es que estas metrorragias y menorragias sean debidas á lesiones diversas del aparato genital, tales como la endometritis crónica; pólipos mucosos; lesiones inflamatorias de las trompas; tumores ováricos, pequeños y malignos; pólipos fibromiomasos, submucosos ó intersticiales que retardan la menopausia; y tumores del útero, sobre todo el carcinoma.

Suele ser la menopausia la época en que con más frecuencia se desarrollan los tumores malignos de la matriz y como el

primer síntoma de ellos es la metrorragia, de aquí su importancia para el diagnóstico precoz, base del tratamiento verdad.

No es raro se presente en los alrededores de la edad crítica lo que se conoce con el nombre de *endometritis hiperplásica de la menopausia*, primer paso en la evolución proliferativa del epiteloma, ya que según Gutiérrez la sucesión de lesiones histológicas es, en estos casos, clara; *endometritis glandular de la menopausia* primero, *adenoma benigno* después y *adenocarcinoma* ó *epitelioma*: y por tanto es indispensable diagnosticar á tiempo y tratar convenientemente estas endometritis si hemos de hacer algo práctico en favor de la profilaxis del cáncer uterino.

Las hemorragias sintomáticas de éste se presentan generalmente después de algún pequeño traumatismo ó esfuerzo (coito, irrigación vaginal, paseo en coche, defecación forzada, etc), suelen ser de variable intensidad, pero la sangre perdida no se parece á la de las menstruaciones, sino que está á veces mezclada con un flujo más ó menos espeso y de color sùcio; puede esta sangre acompañarse de coágulos, y tiene un olor soso especial, que se hace fétido cuando las lesiones cancerosas están muy avanzadas. En el cáncer del cuerpo, estas hemorragias se acompañan de dolor, pero por regla general al principio del desarrollo de los tumores malignos son indoloras, y sus caracteres más precisos son: *no guardar ninguna relación con las épocas menstruales, ó presentarse después de haberse establecido la menopausia*. El estado general de las enfermas en esta primera etapa del cáncer uterino es excelente.

Puede darse también el caso, de que estas metrorragias se presenten durante el embarazo, sobre todo en los primeros meses, y por tratarse de mujer de cierta edad, en la que el período ha faltado algún mes, se interpreten dichas hemorragias como de la menopausia, ó que por los reflejos que la enferma acuse (náuseas, vómitos) y faltas de menstruación se piense en un aborto, cuando muy bien pudiera tratarse de un carcinoma de útero grávido, cuyo diagnóstico, aunque sencillo, no puede hacerse sin exploración ginecológica.

Con lo dicho, creo haber demostrado la mucha importancia que las metrorragias de la menopausia pueden tener para [el diagnóstico de enfermedades muy graves, y, por tanto, la necesidad de que todos prestemos cada día más atención á dicho síntoma.

• Toda mujer que presente metrorragias, sobre todo en la menopausia ó en época próxima á ella, debe ser objeto de un detenido

examen ginecológico, llegando, si es preciso, hasta el examen microscópico de la mucosa uterina. Sólo así conseguiremos luchar con ventaja contra el cáncer de la matriz.

El Conde de San Diego decía el año pasado en el Congreso de la Asociación Española para el progreso de las Ciencias, celebrado en Granada:

«Si los médicos se fijaran en pequeñas lesiones del aparato genital, fácilmente reparables, y que pueden favorecer el desarrollo del cáncer, procurasen diagnosticar éste muy pronto y, en los casos dudosos, inclinasen el ánimo de las enfermas á buscar mejor consejo, ya que no á todos es posible disponer de medios de comprobación, á veces necesario, no ocurriría lo que la práctica diaria pone de manifiesto, á saber: que después de mucho tiempo perdido en tanteos y curas inútiles, cuando no perjudiciales, se acaba por aconsejar á la infeliz cancerosa un viaje en busca de un cirujano que la extirpe la matriz, precisamente cuando toda intervención está contraindicada».

* * *

Con lo que dicho queda, creo podrá V. averiguar á qué son debidas las metrorragias de su cliente. V., médico competente, investigue si existe en ella alguna causa extragenital y aunque exista, no deje de hacer un detenido examen ginecológico, por si acaso.

Aprendamos y enseñemos todos, que el primer síntoma del cáncer uterino es esa pequeña hemorragia, que todas las mujeres y, por desgracia muchos médicos, achacan á la menopausia y no conceden importancia, haciéndose responsables de la poca operabilidad del cáncer en España. No olvidemos que, aun en los casos operables, ofrecen más seguridades de curación absoluta ó de recidiva más tardía aquellos que más precozmente se operan, aquellos cuyas lesiones son más primitivas y están más localizadas.

¿No es una pena que tan terrible enfermedad arrebate tantas mujeres, jóvenes todavía?

Emprendamos pues la lucha contra el cáncer de la matriz. Por deber, por caridad, por humanidad, por galantería.

Siempre suyo incondicional.

PEDRO ZULOAGA.

LOS ANTICUERPOS EN LA TUBERCULOSIS

POR EL

Dr. Isaias Bobo Díez

Es el problema de actualidad y será, seguramente, en muchas generaciones el acicate que haga fomentar los trabajos clínicos y bacteriológicos para lograr la consecución de esta gran obra humana cuya incógnita no se resuelve, á pesar de los incesantes trabajos que el mundo médico da á la luz, en su afán de encontrar el estandarte inmaculado de la ciencia médica que arranque á la parca fiera tantísimos miles de víctimas, como desgraciadamente hoy perdemos en todos los extremos del globo terráqueo. Es la enfermedad más generalizada, más cruel y terrible y más resistente á dejarse dominar por los medios hoy conocidos.

Se han hecho incesantes trabajos encaminados á este fin: unos en busca de medios que destruyan el bacilo de Koch, causante de tan devastadora infección y otros acumulando elementos y energías orgánicas con que hacer frente á la invasión. Se han agotado los recursos y se cuentan por miles los trabajos, atinados y concienzudos que van publicados, habiéndose desencadenado una verdadera tuberculofobia en los últimos veinte años. Se ha puesto en práctica, el aislamiento de los enfermos, la acción de todos los medicamentos

á los que se les atribuyera algún poder germicida; se han destruído los esputos, deyecciones, y demás productos de desasimilación orgánica; la desinfección de ropas y habitaciones y cuantos medios profilácticos ha creído el hombre á propósito para servir de ayuda á la acción destructora del maligno bacilo de Koch.

Se ha buscado en el organismo el medio de colocarle en condiciones de defensa y resistencia y no se ha escatimado la sobre-alimentación, aireación pura y bien oxigenada, la cura de climas y alturas, la presión atmosférica y hasta se llegó á los ilusorios sueros anti-tuberculosos, y llamo ilusorios, por que si hemos de ser francos, siquiera sea en aras de la humanidad doliente, hasta la fecha no hay ni uno solo capaz de curar el terrible mal, como hay un medio anti-varioloso que nos da la seguridad de su prevención y evitación á tan asquerosa enfermedad.

Esto no quiere decir que pueda llegar un día en que este sueño dorado sea una realidad, pero por hoy hemos de conformarnos con el buen deseo de los científicos investigadores, á los que soy el primero en rendirles un tributo de admiración por su persistencia en tan escabroso asunto.

Los derroteros de la ciencia van hoy en busca del medio de fomentar las defensas naturales, que hay en el organismo y que modernamente se las conoce con los nombres de *antitoxinas*, *psininas*, *bacteriolisinas*, *aglutininas*, *precipitinas*, etc., etc., antituberculosas.

Es de admirar como, organismos expuestos á la constante acción del bacilo tuberculoso (enfermeras, médicos, etcétera), no se dejan infectar; como familias enteras y numerosas, no tienen que lamentar un solo caso de tuberculosis. Y es que en aquellos organismos tales *anticuerpos*

están desarrollados y participan del vigor y de las energías que necesitan poner á contribución, para desempeñar las naturales reacciones entre el bacilo de Koch y sus toxinas. Es que ellos reúnen las propiedades inmunizantes, que otros no tienen y de ahí el que unos se dejen invadir y los otros nó, aunque al parecer las condiciones que rodean á unos y á otros sean análogas, si bien en esto hay un punto por descubrir; un algo que nos aclare el por qué de estas variantes, al parecer inexplicables.

Otras veces las resistencias del bacilo tuberculoso son grandes, sobreponiéndose al poder destructor de los *anticuerpos*, triunfando en la lucha y haciéndose dueños absolutos del organismo, prueba confirmada sobre el cadaver, donde se aprecian los efectos de la devastadora influencia del bacilo de Koch, por los infinitos restos cadavéricos de leucocitos que en la lucha fagocítica quedaron en el campo de batalla.

Pero en esta lucha no hay que apreciar sólo el grado de energías de los anticuerpos, que como sabemos no siempre son iguales, sino también la indestructibilidad del agente patógeno, que á veces es grande y no se deja atacar con facilidad, dada la gran resistencia de la cubierta exterior del bacilo de Koch, de naturaleza grasosa y consistencia cérea y de la no menos resistente de su protoplasma, cuya coraza impide la acción fagocítica destructora del leucocito y la de los anticuerpos, cuyas energías tienden al mismo fin.

A fomentar la creación de estos anticuerpos ó *aglutininas* tuberculosas en los tuberculosos, es á donde debe dirigir la puntería el clínico y el bacteriólogo, pues es, realmente, la fuente de donde ha de surgir la nueva orientación de la cura antituberculosa.

Las *aglutininas* se las ha querido utilizar en la técnica suero-diagnóstica de la tuberculosis. Pero desde los trabajos primitivos de Arrhenius y Madsen, pretendiendo demostrar la neutralización de las toxinas por las antitoxinas «como un fenómeno dependiente de la ley físico-química de acción de las masas que rigen los equilibrios moleculares», hasta los modernísimos de Field y Teague demostrando que las aglutininas se conducen como electro-positivas y las bacterias como electro-negativas, no hemos podido llegar á la conclusión práctica de que el poder suero-diagnóstico de dichas aglutininas sea real y positivo, pues que desgraciadamente los fracasos se han sucedido comprobándose su valor limitadísimo y sin garantía de ningún género, á pesar de los innumerables métodos de preparación de dichos productos cuya exposición haría una labor larga y pesada.

Fracasado el trabajo de las aglutininas tuberculosas, abren la escena las *precipitinas*, de la misma índole, cuyos descubrimientos son debidos á los incesantes trabajos de Bonome, demostrando, no sólo, el poder precipitante que posee el suero sanguíneo de los tuberculosos sobre los productos derivados de sustancias tuberculosas y de sus cultivos, sino que detalla, aclara y diferencia la clase de tuberculosis de que se trata. Es decir, que no sólo delata la enfermedad, sino que pone de relieve el gérmen fímico causante de dicho proceso, pudiendo ya afirmar si la tuberculosis es de origen humano ó bovino ó mixto y hasta el grado de virulencia del agente patógeno.

Aun queda por descubrir el grado pronóstico en relación con la intensidad del mal, pero es de presumir que aquél esté en razón directa de ésta, sin que, hasta la fecha, haya pruebas concluyentes en tal sentido.

Opsoninas.—Su propiedad más característica es la de unirse con los bacilos tuberculosos á los que prepara y merma energías defensoras para que el éxito destructivo de los leucocitos sea más positivo y el triunfo fagocítico lo más real y completo posible.

Clínicamente considerado, el poder opsónico es de gran significación de valioso recurso bajo el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Para obtener el mayor fruto posible de estos conocimientos en la práctica médica, conviene tener presente el grado opsónico de la sangre y la proporción de fagocitos y bacilos que contiene. Este poder opsónico está supeditado á otro sin número de circunstancias entrando por mucho las condiciones climatológicas en que tales procesos se desarrollan.

Otras causas de error, no menos dignas de tenerse en cuenta, son el número y variedad de grupos bacilares, el tiempo de duración de la lucha fagocítica, la temperatura en que se desarrolla el proceso y las dificultades operatorias, que siempre hacen variar el índice opsónico. Estas razones son las que han inducido á considerar, por ahora, imposible esta labor, siendo grande la discrepancia de los observadores, aun dentro de los estudios hechos sobre una misma sangre, si bien en estos últimos años se han perfeccionado tanto los procedimientos, que se consideran las cifras de error relativamente pequeñas, hasta el extremo de quedar reducidas á menos de un 10 por 100. Es pues de esperar que pronto podamos precisar, de una manera exacta, el índice opsónico de la sangre de los tuberculosos, con lo cual la clínica habrá dado un paso avanzado en el estudio de tal enfermedad, hoy la más estudiada, por ser la más funesta de cuantas azotan la humanidad.

Pero, si bien es cierto que no se puede precisar el número exacto de opsoninas que haya en cada unidad de medida superficial, esto no será obstáculo por que nos sirva de guía en el tratamiento adecuado, estudiando tuberculinas que destruyan los bacilos causantes del mal. El más ó el menos de aquel índice, no varía la esencia de la indicación, pudiendo, si acaso, modificar el grado de concentración del suero que á tal fin se utilice.

Para obviar estos inconvenientes en la precisión opsónica, y mientras tal estudio se perfeccione, hemos de estudiar otro anticuerpo, que además de proporcionarnos las ventajas del que acabamos de analizar, tiene la de ser fácil la técnica y sencillísimos los procedimientos, obteniéndose de ellos precisos y matemáticos resultados. Me refiero á las *precipitinas*. En efecto; este anticuerpo, que en el individuo sano presenta un índice negativo, en el tuberculoso dá una cifra que varía según la intensidad del mal, y en cualquiera grado que se encuentre siempre es fácil pesarlo y medirlo, pudiendo así dosificar el remedio apropiado, el día que se descubra, puesto que hoy permanecemos en la obscuridad, á pesar de cuantos medios se han puesto en práctica.

Pero no se crea que sólo los elementos conocidos en el suero sanguíneo (y los que poco á poco se van descubriendo) tienen la propiedad defensora del organismo contra los gérmenes patógenos ó de sus toxinas, ya sea formando nuevos anticuerpos que preparen á los agentes causales para el fácil englobamiento y asimilación sucesiva (opsoninas), ó precipitándolos para poder estudiar mejor sus propiedades físico-químicas á fin de recabar los medios de destruirlos (precipitinas), sino que también á su vez los agentes patógenos, en su lucha con los leucocitos, crean nuevos cuerpos, que á

semejanza de los creados por el organismo para su defensa, los sostienen en la integridad de sus funciones, sin dejarse destruir por sus antagonicos, explicándose así el por qué individuos tuberculosos siguen siéndolo, triunfando el mal en aquella batalla, que cada vez es más titánica, sumergiéndose, al fin, al individuo en la lucha. Esto que pudiéramos llamar defensas patógenas, no son otra cosa que la *Antifaginas*.

Dichas antifaginas no han sido bien estudiadas aun en el tuberculoso. No obstante, para destruir el bacilo de Koch han sido puestas á contribución todas las energías intelectuales, analizando y redoblando todos los medios de defensa orgánica, sin olvidar los sueros y demás medios terapicos é higiénicos, pero no han parado mientes en que por las mismas razones pueden los elementos morbosos vivos crear lo que pudiéramos llamar sus leucocitos; es decir, sus medios de defensa que se opongán á la destrucción del microbio ó por lo menos atenúen la acción destructora de aquellos anticuerpos.

Estas antifaginas han sido estudiadas por Preisz en el bacillus anthracis y por Ichistorvitch en el pneumococo, llegando á la conclusión de que además de la cubierta grasosa que rodea al microbio, la cual le sirve de defensa, por que le preserva del contacto con los anticuerpos, con los sueros y demás agentes destructores, crea una sustancia especial, sólo favorable para la variedad microbiana que pertenece y que se comporta como dicha cubierta, protegiendo al microbio y no permitiéndole ser atacado, ni alterado por ningún medio.

Se prueba doblemente que esto es así, porque en los casos en que la fagocitosis no tiene lugar, no es cuando las ousoninas faltan, sino que con su presencia en el suero, no

dejan desenvolverse su acción á los leucocitos, siempre que el germen conserve toda su integridad anatómica. Pero si el suero ha sido lavado y centrifugado, la acción de los leucocitos es, entonces, efectiva, esté ó nó en presencia de las opsoninas, sin perjuicio de que aquella fagocitosis se haga mejor cuando éstas no faltan.

La contra-prueba es aún, más elocuente, cuando el microbio vuelve á poner en actividad su defensa, al ser mezclado con suero no centrifugado, ni lavado, ó con el que ha sufrido ya estas manipulaciones, porque en ellos van los residuos de las cápsulas que antes le servía de coraza protectora y ahora vuelven á ejercer su acción defensora.

Estas antifaginas parecen ser encontradas en las superficies capsulares y segregadas por ellas mismas, cuando conservan íntegras todas sus facultades.

En su consecuencia, los estudios bacterio-químicos, que en tal sentido se hagan, han de ir encaminados no á matar el bacilo ó bacilos existentes en el suero de la sangre del tuberculoso, sino á destruir la cápsula grasosa que los envuelve y á crear sustancias que pudieran llamarse *anti-antifaginas*; es decir, medios que destruyeran, ó por lo menos concentraran la acción defensora del microbio, que es lo que hace impotentes cuantos sueros y demás medios se han inventado hasta ahora.

Mientras esto no se estudie con detenimiento y se vea el medio de descartar al bacilo de su coraza protectora, todos cuantos medios se idealicen se estrellarán sin conseguir el fin que nos proponemos. Claro está que cuanto mayor sea la resistencia orgánica, más poder tendrán las opsoninas y más fácilmente se sobrepondrán los agentes invasores.

He aquí porqué en el tratamiento de la tuberculosis se considera como indispensable la Higiene, aunque siendo, como es, un medio poderoso para coadyuvar al fin deseado, nunca será suficiente, por sí sólo, para conseguir la destrucción completa.

En esto se fundan los casos de curación, que en muchos cadáveres se descubren al hacer la autopsia, donde se ven claramente vestigios de tuberculosis curadas, cicatrices bien consolidadas de procesos que después de recorrer su ciclo evolutivo, desaparecen sin dejar vestigios, ni hacer sospechar que allí se había fraguado tal curación. Todo el secreto está en que aquellas cápsulas bacilares, se habían debilitado hasta el extremo de no desempeñar su papel protector, ni segregar las antifaginas, que también contribuyen á aquella defensa.

Destruir la cápsula protectora é invalidar las antifaginas por ellas segregadas, inmunizando el suero sanguíneo en que pululan, éste es en resumen el papel llamado á desempeñar los diferentes sueros y demás medios inmunizados, que constantemente se están dando á la publicidad y que, desgraciadamente, hasta el día ninguno ha satisfecho las aspiraciones que con tanta impaciencia esperamos.

De todos los medios y métodos de inmunización estudiados hasta aquí contra la tuberculosis, el más racional es el de las *Tuberculinas*, con gérmenes vivos y virulentos, pero además de los escasos resultados obtenidos, se impone la prudencia en su manejo, porque siempre no suelen ser tan inocentes como se les suele pintar.

Si empleando la tuberculina como medio profiláctico, preparando el terreno para la no germinación del bacilo, no se consigue el fin perseguido, ¿cómo se ha de lograr después

de confirmado el mal, cuando el número y desarrollo de los bacilos ha llegado á su período álgido de virulencia y toxicidad? ¿Y si esto no se consigue con gérmenes vivos, cómo se ha de conseguir con los muertos, cuando el poder bactericida de éstos no es, ni con mucho, como el de aquéllos?

Por otra parte, con las tuberculinas, que actualmente conocemos, no podemos aspirar más que á contrarrestar, ó á lo sumo, destruir la acción de las toxinas producidas, pero de ninguna manera á los bacilos causantes de aquéllas, por lo que nunca lograremos la curación, conformándonos con ir conteniendo la acción tóxica de dichos productos.

No hay que olvidar el cuidado que exige le intempestiva intervención con las tuberculinas, por que no conociendo el grado de poder bactericida que aquellas poseen, ni el de resistencia de los micro-organismos á quienes se intenta destruir, una aplicación intempestiva sería de resultados, quizás funestos, sobre todo en aquellos individuos cuyas reacciones orgánicas fueran insuficientes para contrarrestar el efecto que tales venenos causara, y aunque, por ahora no encontramos otra orientación racional, en lo que al tratamiento por la tuberculina se refiere, hemos de ser excesivamente prudentes para no caer en el optimismo, dejándonos llevar de falsos éxitos, causando en tales casos más daño que provecho.

Amantes del progreso, aunque se nos tache de reaccionarios, lo que no es más que una prudencia necesaria y útil, insistimos, en recomendar un examen concienzudo y muchos y repetidos ensayos en los animales más similares al hombre, que tal enfermedad padezcan, antes de decidirnos á darlo al mundo médico y á aplicarla á la

especie humana como cosa corriente y beneficiosa para el enfermo (1).

No siempre se han utilizado las tuberculinas para el tratamiento de la tuberculosis; también han pretendido hacerlas servir de medio diagnóstico, sin que, por ahora, podamos apuntar nada en su haber, por que cuantos medios se han puesto en juego han fracasado.

Como recurso terapéutico, se utilizó primeramente la tuberculina de Koch, que tanta polvareda levantó y tanto hizo concebir á los pobres enfermos y á muchos ilusos, que se dejan arrastrar de las novedades, sin bajar mientes al terreno experimental y práctico, cuyo recurso terapéutico, además de inseguro, fué muchas veces de resultados desastrosos, produciendo focos locales ó reacciones generales, sin conseguir con ello nada práctico, ni de positiva finalidad, siendo por lo contrario, unas veces el motivo de la dispersión á territorios no invadidos hasta entonces, constituyéndose así nuevos focos que antes no existían y que complican y agravan el estado del paciente, y otros el chispazo que despierta á los bacilos del letargo en que permanecieran hasta entonces.

Modernamente y olvidando ó relegando á segundo término los procedimientos de acción general, se han ponderado los de reacción local, tales como la oftalmo-reacción de Calmette, la dermo-reacción de Pirquet, y la cuti-reacción de Signieres. Todos ellos se han ensayado mucho y en realidad va decayendo paulatinamente su empleo, hasta el extremo

(1) El Dr. Cándido Gorostidi en su «Tesis del Doctorado» (25 junio de 1912) dice en su conclusión 4.^a «por ahora el empleo de la tuberculina no puede entrar en la práctica corriente».

que hoy son escasos los no convencidos de su inutilidad por lo inseguro y expuesto á complicaciones. La cuti-reacción está completamente desechada y poco menos ocurre con la oftalmo-reacción, en que ya hasta los mismos oculistas la tienen postergada.

La dermo-reacción pasó por un período de verdadero entusiasmo y su aureola diagnóstica perduró algún tiempo, pero ya son más los convencidos de su inutilidad y de los peligros que suele acarrear, produciendo afecciones cutáneas que unas veces localizadas y otras propagadas á los centros, traen graves consecuencias, que contrapesan las ventajas que como medio diagnóstico pudiera proporcionar.

En una palabra: la sueroterapia antituberculosa está completamente desacreditada y se hacen necesarios nuevos estudios que nos descubran el suero que ha de curar tan rebelde y devastadora enfermedad.

EL VOMITO Y SU TRATAMIENTO

POR

ANTONIO MIGUEL Y ROMÓN

Una de las indicaciones sintomáticas más frecuentes, difíciles y necesarias de llenar en la práctica profesional, es el tratamiento del vómito; y si bien es cierto que en terapéutica racional, la indicación debe ser patogénica, no lo es menos, que la investigación de la génesis de los grandes síntomas, reclama á veces un tiempo, una pericia y una exploración, absolutamente necesarios, aunque menos urgentes, con serlo mucho, que el remediar un síntoma cuyos efectos es de toda urgencia combatir.

Muchas veces pelagra la vida de un enfermo por la amenazadora persistencia de algún episodio clínico que restando energías de un modo continuado, llega á ocasionar la bancarrota en el balance de la nutrición; tal acontece con el vómito. Sus causas son diversas; desde la gravísima del tumor cerebral ó la oclusión intestinal, hasta ser epifenómeno de los variados trastornos del urémico, del gastrectásico ó del litíásico biliar; en estos casos y sin perder el punto de vista fundamental de la causa originaria, emplearemos contra el vómito un tratamiento especial que tienda á evitar la rápida y progresiva desnutrición.

Todas estas heterogéneas causas del vómito tienen, sin embargo, un factor común en su mecanismo; éste se refiere

á los cambios moleculares operados en las células nerviosas del centro del vómito situado profundamente en la médula en las inmediaciones del *calamus scriptorius*; este centro se afecta por impulsos nerviosos llegados por las fibras en todas direcciones; puede el impulso partir de los centros de la corteza cerebral, como lo prueba el hecho de producirse el vómito por una impresión repugnante, visual ú olfatoria. Del propio modo, este impulso llamado reflejo puede tener su origen en el útero, el hígado, riñón, etc., ó producirse por intenso y repentino dolor. Es indudable que existen peculiares zonas ó territorios orgánicos, especialmente aptos para provocar el vómito, singularmente la mucosa gástrica y la zona de distribución del nervio glosa faríngeo; pero aunque sean tan extensos los estímulos periféricos capaces de producirle, es indudable que el estómago es el agente principalísimo en la producción del síntoma objeto de nuestro estudio, hasta en los casos en que el estímulo de éste no reconozca origen gástrico; el centro excitado por irritación periférica, permanece en un estado de hipersusceptibilidad y nada sostiene ésta como los ligeros trastornos gástricos que en condiciones normales nada producirían; por eso el práctico nunca descuidará el estómago en el esquema terapéutico que conciba para combatir cualquier caso particular en que el vómito sea hecho predominante.

Desde el punto de vista terapéutico, el estómago ejerce importante papel porque muchas veces los trastornos se reparan merced al vómito originado en él; no olvidaremos la intervención del estómago en el tratamiento de los vómitos reflejos del embarazo ó del tumor cerebral del propio modo que en los producidos por la úlcera gástrica ó el carcinoma.

Debemos ser en cierto modo perspicaces para interpretar algunos vómitos reflejos en que el estómago es del todo responsable; un hombre activo, por ejemplo, absorto en la realización de un negocio, come de prisa y rápidamente, continúa su trabajo en la oficina donde después de comer le aguardan desagradables noticias; siéntese disgustado y al poco tiempo vomita la comida; este trastorno explicase ordinariamente como resultado de la emoción que impresionando el sistema nervioso, llega á estimular el centro del vómito; una interpretación tal vez más clínicamente exacta, sería la de suponer, que el disgusto sufrido ha inhibido la energía nerviosa reclamada para llevar á buen término la digestión y en tal situación, el alimento contenido en el estómago, actuando como cuerpo extraño, estimula la mucosa de donde parte el reflejo que conduce al vómito; así, en este caso y permaneciendo en su esencia el vómito como un acto reflejo, el impulso periférico procede no del cerebro sino de la mucosa del estómago.

La consideración de no perder de vista al estómago en la terapéutica del vómito debe guiar nuestra conducta aún en los casos en que éste no reconozca origen gástrico. Cuando llegamos al momento práctico de instituir un tratamiento muchas, muchísimas veces, vemos con toda claridad que las causas del mal no tienen tratamiento pero si que le tienen, aunque exiguo, los efectos, y á ellos en último término tenemos que acudir, aunque contrariados por lo insuficiente de nuestras armas. En casos en que la causa del vómito es claramente de origen cerebral, se recomienda el empleo de medicamentos que emboten en lo posible la sensibilidad de la mucosa gástrica; por ejemplo, en el vómito asociado al tumor cerebral, al vértigo de Menière ó al mareo, se

administran medicamentos como la cocaína, el mentol ó el cloral; en ello seguimos un criterio empírico, rechazable en rigor científico pero que en la práctica, la clínica ha demostrado va muchas veces coronado de éxito.

Para proceder con orden y dirigir con claridad nuestras ideas, hemos ante todo de procurar inquirir la causa del vómito y aunque como hemos dicho, éstas son variadísimas, podemos todas reducirlas á tres grandes grupos. Así tendremos: 1.º vómitos de causa local; 2.º tóxicos; 3.º reflejos.

En el *primer grupo* se incluyen todas aquellas causas que actúan directamente en el mismo estómago. Así pueden producir el vómito la deficiente actividad gástrica como en las infecciones agudas, ó estados catarrales pueden anticipar por expulsión, la vacuidad del estómago. El catarro gástrico puede ser aislado ó asociarse á la úlcera ó al cáncer, puede ser un síntoma del alcoholismo ó ser un incidente de la tuberculosis ó de alguna lesión hepática ó cardiaca.

El *segundo grupo* comprende, todos aquellos estados tóxicos ó que producen una toxemia. Las sustancias tóxicas que la sangre acarrea, llegan á estimular el centro del vómito; así ocurre en la invasión aguda de las enfermedades infecciosas; los vómitos post-anestésicos y los cíclicos ó perniciosos de los niños reconocen el mismo origen, del propio modo, que en la enfermedad de Addison ó en la insuficiente depuración renal por alguna de sus lesiones.

El *tercer grupo ó reflejo* comprende el vómito de origen cerebral, el de las lesiones del laberinto y el producido por el dolor visceral, incluyendo en este grupo la oclusión intestinal. Los vómitos del embarazo, también probablemente, corresponden á este grupo é íntimamente relacionado con él es el vómito de la tos ferina y otras enfermedades en que se

presenta tos de carácter paroxístico, como en la bronquiectasia especialmente. El centro del vómito está muy próximo al respiratorio y la irritación de éste puede extender su influencia á aquél con gran facilidad.

En el tratamiento del vómito precisa ante todo distinguir si es síntoma incidental de una enfermedad aguda ó si es hecho predominante de una enfermedad crónica. En el primer caso, como en la fiebre tifoidea y en la pneumonía por ejemplo, puede llegar á ser molestísimo síntoma aun con todo el rigor de la dieta láctea; pero como este trastorno no es esencial á la enfermedad, tan pronto como mejore ésta cesará aquél, siendo medida prudencial suprimir la alimentación para dar tiempo al estómago de adquirir la necesaria tolerancia procurando evitar los progresos de la desnutrición, sosteniendo las fuerzas del enfermo por vía rectal ó hipodérmica, hasta que el alcohol, la leche y el caldo muy fríos puedan retenerse. En las enfermedades crónicas, claro está que el método de la supresión transitoria de alimentos, no tiene aplicación.

El problema de la alimentación en el enfermo afecto de proceso agudo que vomita continuamente, reclama tan pronto como la intolerancia absoluta se mitiga, una serie de precauciones en la cantidad y calidad de los ingesta. La leche diluída en dos partes de agua agregándola un poco de sanatógeno ó de caseína pulverizada y seca, conservan su poder nutritivo, el sanatógeno evita por innecesario el trabajo de la peptonización y la caseína se absorbe fácilmente porque pulverizada y seca se divide extraordinariamente y no se precipita como la de la leche tan pronto como llega al estómago.

Cuando fracasa este tratamiento se impone la alimentación rectal á pesar de sus inconvenientes, También la

caseína se asimila por esta vía en un 40 por 100 como Nope en Alemania y Shorkey en Inglaterra han demostrado para la casína sódica y en un 75 á 80 por 100 lo que existe en el sanatógeno.

Cuando en un proceso febril se obtiene por medios de sencilla higiene la tolerancia gástrica, ésta persiste y la nutrición se asegura. No ocurre lo propio en los rebeldes casos de vómitos reflejos de los que el tipo más completo son los vómitos de la gestación; en este caso han fracasado los más variados y selectos productos farmacéuticos y la experiencia ha demostrado que el plan, hasta ahora más oportuno, es asegurar la nutrición de la paciente por aquellas preparaciones que, á la mejor y más pequeña absorción, sumen la ventaja de gran poder nutritivo.

Otra de las situaciones en que la nutrición puede comprometerse seriamente por la continuidad del vómito, es la tos ferina. El crecido número de medicamentos preconizados contra esta enfermedad se recomiendan asimismo para el tratamiento del vómito que produce ante la idea, de que disminuyendo la excitabilidad refleja del centro respiratorio, también mermará la del centro del vómito por su gran proximidad. El Dr. Noelchez que observó 550 casos de tos ferina, recomienda, calurosamente, 2 centigramos de glicerina fenolada en unión de 30 centigramos de carbonato de bismuto, cuando el vómito es grave. Más alivio sin embargo, espera del apropiado régimen con leche helada, leche con malta, leche peptonizada, leche y agua de Seltz y agua albuminosa; en caso que no se retenga, es de recomendar el jugo de carne diluído en agua, el sanatógeno y el plasmón, pueden también usarse con gran ventaja en este caso por su riqueza albuminosa, y el prolongado uso que de estas preparaciones

puede hacerse con la doble ventaja de su fácil absorción y la pronta reparación que procuran á las pérdidas nutritivas que el vómito produce.

Por lo demás la terapéutica del vómito en sí es variadísima y las medidas para conseguirla son en ocasiones hasta contradictorias. La náusea puede aliviarse ocasionalmente por pequeños sorbos de agua muy caliente ó disolviendo en la boca trocitos de hielo; este contraste es aun más ostensible en el caso que á veces una faja ó banda apretada al vientre detiene el vómito y otras por el contrario se consigue el resultado aflojando los vestidos. La posición horizontal y las aplicaciones al epigastrio, de frío, de calor, sinapismos, cataplasmas, sanguijuelas, etc., son muchas veces de gran utilidad. El lavado del estómago con una debil solución boricada ó soluciones alcalinas, constituye un excelente medio contra los vómitos persistentes de la dilatación gástrica y del catarro del estómago aun en los niños.

Como medios farmacológicos, el bismuto en alguna de sus formas es excelente recurso especialmente en casos de irritabilidad de la mucosa gástrica, aunque en ocasiones no se obtiene todo lo que se espera, el carbonato es preferible al subnitrate por la facilidad que este tiene de convertirse en nitrato y producir síntomas tóxicos. El oxalato de cerio tan prescrito en los Estados Unidos obra probablemente como el bismuto aunque no se conoce bien su farmacología; ha adquirido reputación especial en los vómitos del embarazo si bien la experiencia clínica no suele confirmar esta idea.

La creosota, el iodo y el ácido fénico pueden agruparse como agentes estables en la terapéutica del vómito cuando se aconsejan convenientemente.

En casos de fermentaciones gástricas el alivio es positivo, porque estos agentes con la antiseptia que procuran, alivian la causa del síntoma; la creosota y el ácido fénico tienen además acción anestésica sobre la mucosa gástrica, lo cual contribuye á su acción antiemética. El empleo de unas gotas de tintura de iodo diluídas en agua, tan frecuentemente usado, es de acción muy inconstante, del propio modo que el vino de ipecacuana; también éste goza de reputación contra los vómitos del embarazo y asimismo la tintura de *hydrastis*. Un medicamento menos empleado es el tanato de orexina que se recomienda contra el vómito después del ópio, clorofórmico y otros narcóticos; la dosis es de treinta á ochenta centigramos, dos horas después de las comidas.

El acónito tiene también valor en este aspecto aunque es preciso usarlo en grandes dosis para que evite el reflejo del vómito y ejerza una acción sedante sobre los nervios periféricos de la membrana mucosa; la cloretona es un buen medio en casos de dolor asociado al vómito, como en la úlcera ó en el cáncer del estómago; una dosis de 30 á 50 centigramos alivia mucho el dolor y permite cierta tolerancia á la alimentación; dos centigramos de cocaína pueden rápidamente detener los vómitos en un momento dado y es excelente medio contra los que produce el mareo de mar.

Las preparaciones de ácido cianhídrico son inseguras y las que tienen por base los bromuros son buenas en casos de vómito reflejo, pudiendo administrarlos por vía rectal cuando el estómago no las tolere; otro medicamento que puede emplearse por la misma vía y con el mismo fin, es el opio, que á la par que alivia un paroxismo doloroso, actúa por sedación del centro del vómito; en enema, en supositorio y en último término, una inyección hipodérmica

de morfina es el mejor y más rápido medio de lograr la sedación en los vómitos que por su persistencia fatigaran al enfermo, contribuyendo á su extenuación.

En síntesis, la terapéutica del vómito se funda en dos ideas patogénicas; modificar tópicamente ó antisépticamente la inervación periférica en la mucosa gástrica; embotar su hiperestesia por los anestésicos y actuar por este mismo medio sobre el centro nervioso del vómito en toda la larga lista de los vómitos de orden reflejo. Desde la clásica poción de Riverio á los numerosos agentes citados y otros muchos que prolongarían innecesariamente este escrito, el médico dispone de numerosos recursos, aunque inseguros con harta frecuencia; su personal pericia conseguirá muchas veces más, no haciendo nada ó casi nada que haciendo mucho. En este caso como en tantos otros desplegar mucha actividad farmacológica resulta improcedente.

En los vómitos del catarro agudo del estómago por ejemplo en que la náusea es incesante y provocada por una gota de agua, es lo mejor como tantas veces, saber esperar de 24 ó 48 horas de total abstención. Después de este tiempo, la tempestad se ha pasado y la calma y la tolerancia del estómago se han conseguido.

CURIOSIDADES ODONTOLÓGICAS

POR

ALEJANDRO PITA SEOANE

CIRUJANO DENTISTA

En la práctica Odontológica se ven á veces anomalías que si bien pueden no tener importancia, requieren ser reconocidas, con el fin de repararlas, y sobre todo para no caer en prácticas inoportunas que pudieran reportar algún perjuicio á quien las presenta.

Muchas son las que en tal concepto se podrían citar, pero nos concretaremos á las más notables, algunas observadas en mi práctica profesional y otras leídas en diferentes revistas nacionales y extranjeras.

Empezaré describiendo el caso de un individuo, que después de llevar varios años sin inconveniente alguno un aparato protésico parcial superior, nota casi de improviso y sin advertir modificación aparente de su boca ni del aparato, que éste no se adapta como antes al paladar, ni puede verificar la succión para mantenerle en su lugar como anteriormente sucedía y sin darse cuenta de lo que ocurrir pudiera, viene á nuestra consulta demandando una explicación satisfactoria.

Reconocida la boca detenidamente, se pudo observar que la erupción tardía de un diente supernumerario á los 45 años

era la causa que impedía la perfecta adaptación del aparato: hay que advertir que en principio no podía determinarse con una sola inspección si se trataba de un diente ó de una raíz, pero el hecho de presentar en pocos días una superficie de forma irregular, pero lisa y recubierta de esmalte, nos hizo desde luego afirmar que indudablemente se trataba de un diente, como en efecto se confirmó.

Otro caso de la misma índole he visto y atendido en una mujer también de unos cincuenta años por la erupción tardía de la muela cordal inferior del lado derecho, que le impedía el uso de una dentadura que también llevaba hacía ya bastante tiempo.

Uno y otro caso se solucionaron dejando en los aparatos espacio suficiente para que la erupción se verificase sin dificultades y una vez desarrollados ambos osteiodes fueron de muy escasa duración.

En el interesante libro del Dr. Ambler, *Factr, Fadr and Fancies about Teeth*, pág. 225, leemos el siguiente caso:

James Leonard, agricultor, de cincuenta y dos años, de Nobleville (Indiana), está completamente desprovisto de dientes y no los ha tenido nunca. Hace veinte años contrajo matrimonio con una joven fornida, de sana y hermosa dentadura. De este matrimonio nacieron cuatro hijos, todos los cuales heredaron el extraño defecto del padre.

Las encías de estos cinco individuos han sufrido un endurecimiento considerable, una especie de osificación que las hace tan sólidas como los dientes mismos. Es también de notar en ellas que tienen mayor altura que las de los sujetos normales.

James Leonard y sus hijos pueden romper con las encías y sin dolor ninguno, nueces y avellanas, y la falta de dientes

no parece perjudicarles, puesto que pueden comer tan bien como si tuviesen una dentadura normal. Tanto en el padre como en los hijos, los músculos de la mandíbula presentan un desarrollo notable. Estos cinco individuos no han sufrido nunca dolor alguno en la región gingival ni maxilar, se mantienen en buena salud y parecen perfectamente satisfechos. El aspecto de su boca, no es, sin embargo, de los mejores.

Esta familia de desdentados tiene, como es natural, cierta notoriedad. Algunos dentistas han estudiado el caso, pero no han logrado ponerse de acuerdo en sus opiniones, aunque todos afirman que se trata de un caso sin ejemplo y notablemente interesante por la transmisión de la extraña anomalía de los padres á los hijos.

Hace un año que Leonard dió una prueba de la fortaleza de sus mandíbulas para satisfacer la curiosidad de algunos estudiantes de odontología y de Medicina, los que quedaron tan sorprendidos, que declararon que Leonard era un caso verdaderamente extraordinario.

Un americano, Mr. David Mitechell (1), tenía desde hace catorce años un diente incrustado en la base de la lengua sin que le produjera la menor molestia. Este individuo, próximamente de 40 años, había recibido hace tiempo un tiro en el maxilar izquierdo, y la bala le hizo saltar una bicúspide que penetró con la bala en la lengua.

Tres meses después, sintiendo algún cuerpo extraño en este órgano se hizo examinar por un médico, el cual le extrajo la bala creyendo que esto sería todo y no pensando que allí existiese otra cosa.

(1) Un diente extraído de la lengua de un hombre. (*La Odontología*).

La herida curó perfectamente, y 13 años después el individuo en cuestión sintió de nuevo una sustancia dura en su lengua; nueva consulta y esta vez descubrimiento de que la causa del mal no era otra que el diente perdido hacía tanto tiempo. Fué extraído con facilidad y sin sufrimientos y el paciente lo conserva como un verdadero recuerdo.

Según referencias de San Colombo (1), cerca de Florencia, Domenico Creppi, de edad de 84 años, ha sido sorprendido en sus últimos días, con la erupción de dos nuevos incisivos.

Toda la población ha podido observar con sorpresa este caso curioso y numerosos dentistas han acudido á la pequeña villa para estudiar al anciano que echa nuevos dientes, aun poseyendo todavía algunos otros en sus maxilares.

Dedúcese de todo lo expuesto que aún careciendo estas anomalías de verdadera importancia, en la mayoría de los casos, merecen tenerse en cuenta, para evitar errores de diagnóstico y ya que no puedan prevenirse, corregir á tiempo sus consecuencias, recurriendo al especialista siempre que la menor sospecha nos haga tener, por accidente ó cualquier otra causa inesperada, el menor peligro presente ó remoto en una cavidad tan importante como la boca.

(1) Un hombre de 84 años con nuevos dientes. *Le Laboratoire et le Progrés Dentaire reunir.*

Medios profilácticos para evitar el contagio de la tuberculosis

del perro, el gato y los pájaros á la especie humana

POR

FELICIANO ESTEVEZ

Académico de la Real de Medicina é Inspector de Sanidad Veterinaria.

El perro y el gato son los animales de recreo, digámoslo así, que á millares se encuentran en nuestras ciudades y pueblos rurales, y su importancia, bajo distintos conceptos, es indiscutible.

El hombre ha procurado por medio de los conocimientos que le ha proporcionado la Zootécnia, establecer razas que por su tamaño, sagacidad, fuerza, inteligencia, hermosura, etcétera, etc., pudieran utilizarse para diferentes servicios.

La selección, la mezcla, la combinación y el cruzamiento, son procedimientos zootécnicos, que se han puesto en práctica, para lograr la variedad de clases tan importantes, como numerosas.

El perro es el mejor amigo y muy digno del cariño del hombre; desde el encopetado hacendista, hasta el más pobre y humilde pastor, todos le aprecian, quieren y respetan, pues son importantes y valiosos los servicios que presta el inseparable compañero del hombre, considerado como animal doméstico.

El de caza, el guardián y el faldero abundan, y de ahí la necesidad de prescribir medidas encaminadas á evitar el contagio de las enfermedades, y especialmente la tuberculosis.

A tal efecto, en primer lugar, debemos recomendar que el perro vagabundo, sin domicilio fijo, holgazán, ocioso, debe desaparecer; es precisamente el parásito entre los de su clase, y precisa perseguirle y matarle.

El perro no es utilizable para la alimentación del hombre en nuestro país, así es que las medidas preventivas de contagio, deben de ser muy diferentes y estar al alcance de todas las inteligencias y clases sociales.

En primer lugar debemos de aconsejar, el aislamiento de todos los enfermos. Y luego hemos de recomendar, con gran insistencia, que quede desterrado el vicio y la mala costumbre de dejarse lamer por los animales domésticos.

Reprobamos en absoluto el beso á los perros, gatos y demás animales, acto reñido con la moral y la higiene.

Pueden apreciarse, quererse, y aun mimarse á ciertos animales domésticos, pero entendemos que no es ésta la manera de demostrar el cariño que nos inspiran, y más recordando que la tuberculosis, es una enfermedad infecto-contagiosa, inoculable, endémica, generalmente de curso lento y formas varias, común al hombre, á todos los animales domésticos y algunos salvajes, y debida á la presencia de un microorganismo especial.

También los pájaros son tuberculizables, y he de citar los más conocidos y que más abundan, como son el tordo, mirlo, ruiseñor, jilguero, canario, gorrión, etc.

Varias son las formas de infección tuberculosa que pueden presentar estos animales, por lo que me he de permitir decir algo de ellas, como también de las del perro y gato.

Los síntomas en las tuberculosis viscerales de las aves, no son apenas significativos: somnolencia, disminución del apetito, enflaquecimiento rápido, debilidad, diarrea y muerte por estenuación; las formas externas son primitivas ó coexistentes con la tuberculosis visceral de marcha lenta.

Las localizaciones en la piel y en las mucosas visibles son frecuentes, sobre todo en la cabeza. Las mucosas presentan ulceraciones de costras espesas, que tienen el aspecto de tumores verrugosos; estas lesiones se sitúan en la boca, en la pituitaria, en la conjuntiva y en la piel de los puntos próximos, y por tanto dificultan ó impiden la prehensión, la deglución y la respiración, y determinan la pérdida del ojo.

En el perro y en el gato las formas más frecuentes suelen ser las torácicas y abdominales; en la forma torácica, el perro enflaquece, se debilita progresivamente, su cabeza tiene una expresión particular, á causa de la demacración muscular. El apetito es débil é irregular, á veces conservado y aun aumentado. Se observa tos seca, convulsiva, seguida de vómitos. La respiración es corta, precipitada, entrecortada, y llega á ser disnéica después del ejercicio.

Se observan de vez en cuando accesos febriles. A la larga estos signos se acentúan; la tos es más frecuente, convulsiva, y se acompaña de expulsión de mucosidades: una destilación muco-purulenta, sale por las narices; á la auscultación se perciben estertores húmedos y mucosos, gorgoteo, á veces soplo tubar; se pueden encontrar los signos de un derrame pleurítico con discordancia de la respiración.

Al principio, existen alternativas de estreñimiento y diarrea, pero ésta llega á hacerse luego ordinariamente serosa, sanguinolenta, hacia el fin de la enfermedad, y por

último, conduce á la muerte en el marasmo y último grado de caquexia.

En la forma abdominal, se observa siempre caquexia progresiva, enflaquecimiento, atrofia muscular, debilidad, y los desórdenes digestivos son variables. Casi siempre existe ascitis.

No hay que olvidar que la lengua del perro y el gato, (especialmente por lo que al primero se refiere, y por la mala costumbre de dejarse lamer) puede por sí sola presentar nódulos intersticiales tuberculosos (*Glositis tuberculosa*) y no hay para qué decir lo fácil que es el contagio, una vez introducido el bacilo de Koch, á través de un tegumento.

En la tuberculosis, las medidas sanitarias deben de ser radicales. El sacrificio de los enfermos, desinfección rigurosa de las perreras ó casas que hayan habitado, y lavado de todos los objetos que pudieran haber estado en contacto con los animales atacados, por medio de fuertes soluciones antisépticas, y por último, deben girarse visitas domicilia-rias, y la instalación de lazaretos *ad hoc*, etc.

REVISTA DE REVISTAS

BACTERIOLOGIA

Acción de las sales de vanadio y de las tierras raras sobre el desarrollo del bacilo tuberculoso, por Frouin, (*Soc. biol.*, 1912, página 1034).

Según el autor las sales de vanadio favorecen considerablemente la reproducción del bacilo de Koch é igual acción ejercen las sales de cerio, lantano, neodimio, praseodimo y samario, empleadas en débil proporción; pero los sulfatos de neodimio y praseodimo á la dosis de 0,5^r 1 por 100 ejercen una enérgica acción antiséptica, que se opone completamente al desenvolvimiento del bacilo tuberculoso.

DOMENECH

FARMACODINAMIA

Un caso de intoxicación por los calomelanos, por Claret, (*Soc. Therapeutique*, 1912).

A un dispéptico crónico sufriendo una gripe intestinal se le purga con medio gramo de calomelanos y medio gramo de escamonea á las seis de la mañana; al medio día el enfermo se desayuna y toma, según costumbre, 15 gotas de ácido clorhídrico puro: tres horas más tarde sufre cólicos con tenesmo horroroso, diarrea sanguinolenta y vómitos. En los días siguientes sufre un poco de salivación y una gengivitis ligera. Claret, atribuye los accidentes tóxicos á la formación en el estómago de cloruro mercúrico por la acción del ácido clorhídrico, pero Pastein afirma que el ácido clorhídrico es incapaz de transformar los calomelanos en sublimado corrosivo, no así los alcalis y carbonatos y por esto hay que

suponer que es en el intestino, donde, por la alcalinidad del medio y la presencia de combinaciones sulfuradas se efectúa la transformación.

Desesquelle indica que los calomelanos pueden ocasionar accidentes tóxicos cuando permanecen largo tiempo en el intestino, particularmente en los constipados, pues es lógico pensar que en contacto con los detritus alimenticios ó del contenido intestinal, los calomelanos se descompongan y transformen en sal mercúrica ó en compuestos órgano-metálicos solubles y tóxicos.

Por esta razón se debe tomar la precaución de administrar el mismo día que los calomelanos un lavado evacuador ó una purga de aceite de ricino.

Schmitt dice que él solamente emplea los calomelanos á débil dosis y que los resultados son satisfactorios y más rápidos: en los niños un sello de un centígramo por la tarde, dos horas después de la comida y otro por la mañana al despertar. Las mismas dosis prescribe á los adultos en la enteritis muco-membranosa; á los hepáticos durante 20 días por lo menos. Ninguno de sus enfermos ha experimentado accidente desagradable.

DOMENECH

MEDICINA Y CIRUGIA

So Kodu ó enfermedad provocada por una mordedura de rata. Perdrizet. (*Paris Medical*, núm. 44, 1912).

Los términos So Kodu ó So Kotio son los nombres japoneses de una enfermedad infecciosa especial, provocada, á lo que parece, por *protozoarios*.

Esta afección es frecuente en el Japón y China, y trasmisible al hombre á consecuencia de la mordedura de rata infectada. Los ingleses la llaman *Rat bite fever* y los alemanes *Rattenbisskrankheit*.

Frugoni (de Florencia) ha tenido ocasión de comprobar el primer caso de esta enfermedad en Europa, en un aldeano toscano que nunca había salido de su país. No es, por lo tanto inútil describir los síntomas y caracteres del So Kodu.

La enfermedad es generalmente muy larga (meses y aun años). La mortalidad de ella sería, según Myake, del 10 por 100 de los casos. El cuadro clínico es el siguiente:

La pequeña mordedura de la rata se cura en poco tiempo, pero después de un período de inoculación que varía de una á tres semanas, á veces hasta algunos meses; sobrevienen síntomas generales y locales. Son primeramente *escalofríos, cefalea, fiebre* de 39° á 40° grados, *malestar, náuseas*, etc. Después se observan fenómenos *inflamatorios* en la cicatriz de la mordedura, seguidos de *vejículas, ulceraciones y tumefacción de los ganglios regionales*, sin supuración. El bazo no aumenta de volumen.

Entonces aparecen, según Ogata (de Tokio) *eritemas* exudativos de tamaño variable, desde el de un guisante hasta el de la palma de la mano.

Si el enfermo no muere podemos encontrarnos ante un caso de curación aparente. Pero no dejan de presentarse nuevos brotes febriles, tumefacciones ganglionares y eritemas seguidos de períodos de remisión ó calma (*freies Intervall*) que se suceden hasta la completa desaparición de la enfermedad.

Se han descrito como agentes etiológicos de esta afección, diferentes *protozoarios* de caracteres más ó menos particulares. Horder (de Londres), aun confirmando parcialmente esta suposición, no podría, sin embargo, dar de ella una prueba exacta.

En lo que al enfermo de Frugoni respecta, su historia es sumamente interesante.

El aldeano en cuestión había sido mordido por una rata en el pulgar, el mes de mayo de 1908. La herida curó á los tres ó cuatro días, pero á los quince apareció en el sitio de la cicatriz una tumefacción, que fué seguida de ulceración; presentándose inmediatamente síntomas generales de infección. La fiebre duró dos semanas; se apreciaron infartos ganglionares de la axila y de la ingle, y aparecieron erupciones múltiples.

Varios períodos de calma, seguidos de otros de erupciones cutáneas y fenómenos de intoxicación, se han sucedido durante los años 1908, 1909 y 1910, hasta que en octubre de 1910 sobrevino una *exoftalmía* derecha con inyección vascular y edema de la conjuntiva. Posteriormente, y después de haberse comprobado algunos accesos ligeros, el enfermo parece que tiende á la curación.

Frugoni ha intentado, aunque sin resultado, obtener cultivos. En el caso citado había una *eosinofilia intensa* de 8 á 11 por 100. Se puede pensar que la exoftalmía del enfermo era efecto de una inflamación retrobulbar.

Lo que debe hacerse en los envenenamientos por las setas, por Desfosses, (*La Prens. Méd.* núm. 76 de 1912).

Creo de gran oportunidad en la época del año que atravesamos, durante la cual se hace un gran consumo de hongos ó setas, resumir, para los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA, los consejos más importantes que da el autor, inspirándose en las ideas contenidas en el excelente libro de Laval («Les champignons d'après nature, Paris—1912—Delagrave éd.).

Después de señalar las principales diferencias botánicas que caracterizan á los hongos venenosos y de recomendar que se eviten en la alimentación las especies sospechosas, (lo que no traduzco, por lo confuso, impreciso y técnico de los datos) insiste en la poca confianza que deben inspirarnos las prácticas vulgares preconizadas en estos casos para averiguar la existencia de ejemplares venenosos, tales como el ennegrecimiento de la cuchara de plata, el empleo del vinagre, etc.

Los fenómenos tóxicos pueden ser originados por dos sustancias, principalmente; la *falina* ó la *muscarina*; y según se trate de una ó de otra, los síntomas y el curso serán diferentes.

La falina disuelve los hematíes, bastando de siete á ocho miligramos de este cuerpo, por litro de sangre, para disolver todos los glóbulos. Si se tiene en cuenta que un solo ejemplar de *Amanita phalloide* contiene varios centígramos de falina, se comprenderá la gravedad de estos envenenamientos y la frecuencia de su término mortal.

La muscarina obra sobre el corazón y el tubo digestivo, pero no tiene acción sobre los hematíes. Se elimina pronto por las orinas y el intestino, y no determina nunca lesiones irremediables.

Los primeros síntomas de envenenamiento por los hongos mortales ó de falina, no se presentan hasta después de diez ó doce horas de haberlos comido. Se inician por deslumbramientos, malestar general, náuseas, peso epigástrico, calambres, sensaciones de quemadura y de estrangulación y sed ardiente. Poco después aparecen sudores fríos, vómitos, diarrea fétida sanguinolenta con dolores intensos en la región anal. El epigastrio está sensible al tacto y el enfermo para evitar contactos y peso sobre el vientre se repliega doblando los muslos. La orina nula ó muy escasa, de color oscuro; la piel se pone amarillenta, como en la ictericia; el hígado aumenta de volumen. Las crisis dolorosas alternan con periodos

de calma, el estado general va empeorando; se presentan parálisis, síncope, el pulso se debilita y la muerte sobreviene.

En el envenenamiento por la muscarina los primeros síntomas aparecen de una á cuatro horas después de su ingestión, y se manifiestan por delirio alegre ó violento, alucinaciones, calambres de estómago, vómitos y diarrea. Desde que el veneno se expulsa el enfermo se duerme con sueño pesado, recordando muy vagamente lo sucedido, al despertarse.

He aquí un cuadro (Guégen) que permite hacer resaltar la diferencia entre los síntomas de los dos envenenamientos.

ENVENENAMIENTO FALOIDE (hongos mortales)	ENVENENAMIENTO MUSCARÍNICO (hongos peligrosos)
Síntomas especiales.	Síntomas que recuerdan la embriaguez alcohólica.
Principio silencioso después de diez ó doce horas.	Principio ruidoso, después de una á cuatro horas.
Deslumbramientos, vértigos, <i>inteligencia conservada</i> .	Delirio alegre ó furioso.
Vómitos y diarrea <i>tardíos</i> .	Vómitos precoces y repetidos; diarrea.
Hígado grande y doloroso al tacto.	Hígado normal, no doloroso.
Orina escasa y fuertemente coloreada.	Orina suprimida.
Alternativas de mejoría y agravación durante varios días.	Mejoría rápida progresiva, sin alternativas.
Debilitamiento gradual: muerte.	Curación en dos ó tres días.

El tratamiento tiene que ser diferente según el veneno de las setas ingeridas.

Cuando se trate de hongos conteniendo falina, de síntomas tardíos en aparecer, es perfectamente inútil administrar vomitivos, pues la digestión gástrica estará ya terminada y el vomitivo no hará más que agotar las fuerzas del enfermo, ya muy deprimido. Se luchará contra el abatimiento por medio del café tuerte, del éter en sustancia ó en poción; calentando el cuerpo con caloríferos, servilletas, botellas, etc. Se administrará un purgante oleoso ó salino para desembarazar el tramo intestinal. Se hará tomar una tisana diurética (de grama ó borraja) adicionada de dos gramos de nitrato potásico, por litro; en los casos muy graves se recurrirá á las inyecciones subcutáneas ó intravenosas de suero artificial. Por último,

se combatirán los diversos accidentes que se presenten: hielo, posición de Riverio, agua de Seltz, agua clorofórmica, contra los vómitos; inyecciones de cafeína, de sulfato de esparteina, de aceite alcanforado, contra la debilidad cardíaca; lavativas emolientes laudanizadas contra las inflamaciones intestinales; calmante contra el delirio, etc. Todo esto con perseverancia y teniendo presente que hay enfermos que mueren aún después de algunas semanas.

En los envenenamientos originados por la muscarina, conviene, ante todo excitar el vómito por titilación de la úvula, ingestión de agua jabonosa, y si esto no bastara, lavado del estómago, que será lo mejor que se pueda hacer, siempre que se tenga sonda á mano. Al mismo tiempo se calentarán las zonas del cuerpo que se enfrien, añadiendo á los medios usuales y ya citados, cataplasmas calientes en el abdomen y fricciones alcoholizadas. Será útil hacer respirar un poco de éter ó de vinagre.

Dos casos de complicación de Bezold, consecutivos á otitis aguda, curados con una amplia abertura del flemon cervical,
por J. Santiuste. (*Boletín de Cirugía del Sanatorio Madrazo,*
octubre de 1912).

Interesante es la historia que de estos dos enfermos hace el ilustre otólogo santanderino, pues en ellos ha bastado la simple incisión y limpieza del absceso cervical, para curar una mastoiditis, que según los autores clásicos no cede más que haciendo el vaciamiento de la mastoides.

La primera observación se refiere á una mujer vista hace dos años, la que presentaba una enorme hinchazón en el lado derecho del cuello, que partiendo de la región mastoídea llegaba por su parte inferior hasta la mitad del mismo, y que se extendía por detrás del borde posterior del externo cleido-mastoideo hacia la nuca, llegando por delante al ángulo de la mandíbula. La tumefacción, que aumentaba hacia abajo, tenía su punto culminante un poco por debajo de la punta de la apófisis. Acusaba intensísimos dolores desde hacía tres ó cuatro semanas, que en los últimos días se habían hecho insoportables; fiebre elevada y estado general malo. Fluía por el conducto auditivo algo de pus. El tímpano, poco infiltrado, tenía una pequeña perforación en su parte postero-inferior. El principio de estos trastornos era debido á que una vez que, como otras muchas, había hecho el movimiento de sorber por

la nariz para expulsarlas por la boca, costras de ozena, que padecía, notó como si algo hubiera entrado en el oído derecho. En pocos días se presentaron dolores y supuración, es decir, otitis aguda supurada, que al cabo de algún tiempo dió lugar á la mastoiditis, que en vez de seguir su marcha por la pared externa, hizo irrupción en el cuello por la pared infero-interna, constituyéndose así la mastoiditis llamada de Bezold. Como el estado de la enferma exigía una pronta intervención quirúrgica, y como su decaimiento orgánico unido á otras razones de orden social, no permitían al autor trepanar la mastoides, según había pensado, se decidió, en concepto de operación preliminar, á abrir y limpiar el flemon cervical dejando un buen desagüe. Para ello, y sin anestesia general, hizo dos profundas y extensas incisiones, por delante y detrás del externo-cleido-mastoideo, por las que salió abundante cantidad de pus sanioso y restos de tejidos esfacelados. Después de limpiar la cavidad se rellenó de gasa haciendo una cura ordinaria. La fiebre y los dolores desaparecieron rápidamente, mejoró el estado general y cesó la supuración del oído. Esta mejoría se fué acentuando y á los dos meses las heridas estaban cicatrizadas, y la enferma, que se había negado á una nueva intervención, estaba curada, sin que después se haya perturbado su salud.

El segundo caso es el de un hombre de más de sesenta años, arterio-escleroso, que había tenido una hemiplegia de origen, probablemente embólico. El enfermo empezó á tener dolores de oído seguidos de supuración, que después de algún tiempo dieron lugar á una tumefacción detrás de la oreja que se extendió á toda la región mastoidea, acentuándose hacia la punta. La infiltración ganó el cuello y hubo que intervenir con urgencia pues no había duda de que se trataba de mastoiditis de Bezold. El estado del paciente hacía sumamente peligrosa la anestesia general, lo que unido al recuerdo del buen éxito del caso anterior indujo al autor á seguir la misma conducta, obteniendo, después de algunos incidentes, el mismo benéfico resultado, ó sea la curación completa al cabo de mes y medio.

La enseñanza de estos dos casos hace pensar al Dr. Santiuste que al encontrarse con complicaciones de esta naturaleza, en que la supuración de la caja haya desaparecido ó sea muy poca, y los fenómenos de flogosis del tímpano, como infiltración, etc., sean muy poco acentuados; cuando al mismo tiempo la marcha del padecimiento sea relativamente aguda; cuando las lesiones óseas no hayan tenido tiempo de hacerse profundas, contrastando con

la gran intensidad que han adquirido los fenómenos del cuello, se debe limitar la intervención á la abertura y limpieza del flemon cervical y sólo cuando con esto no basta, pasar á hacer el vaciamiento de la mastoides.

G. CAMALEÑO

Accidentes de anafilaxia sérica de forma anormal. Manifestaciones neuríticas, por P. Thaon (*Revue de Medecine*, 10 septiembre 1912).

La observación se hizo en un hombre de 30 años, robusto, que no tuvo anteriormente enfermedades graves, ni aun en la infancia. Habiéndose herido en la mano izquierda en condiciones que hicieron temer la infección tetánica, recibió en el Instituto Pasteur, bajo la piel del abdomen, 10 cm.³ de suero. Esta inyección fué perfectamente tolerada y no provocó ninguna reacción local ni general. Cuatro años más tarde, á consecuencia de una caída de bicicleta se hirió en la mano derecha y recibió una nueva inyección de 10 cm.³ de suero antitetánico bajo la piel del abdomen. La herida de la mano curó rápidamente, pero al contrario de lo que había pasado en ocasión de la primera picadura, se desarrolló alrededor del punto de inyección de la segunda y casi inmediatamente de producirla una voluminosa placa de edema rojo, caliente, poco dolorosa, pero muy pruriginosa, que tenía el doble aspecto de manifestación urticaria y de flemón, con ligero infarto de los ganglios correspondientes. Estas manifestaciones locales desaparecieron en cuatro ó cinco días sin supuración y sin fenómenos generales importantes.

Nueve días después de esta segunda inyección, estando el enfermo trabajando, fué bruscamente atacado, hacia las dos y media de la tarde de picores intolerables, al mismo tiempo que aparecían placas de urticaria, diseminadas por toda la superficie del cuerpo, en la cara y en el cuero cabelludo. El malestar se agravaba rápidamente; el enfermo perdía fuerzas, tenía náuseas y experimentaba grande angustia. Al cabo de algunos minutos caía en síncope. El pulso era entonces imperceptible, los tegumentos de palidez extremada y cubiertos de sudores fríos; la urticaria había desaparecido.

Algunos instantes después volvió en sí el enfermo y recobró las fuerzas, pero próximamente una hora más tarde se producía

bruscamente nuevo brote de urticaria que desapareció de nuevo al cabo de algunos instantes, mientras que se reproducían el malestar general, las náuseas y el colapso, aunque con menor intensidad que la primera vez.

Durante 48 horas los brotes de urticaria y los desfallecimientos cardíacos se reprodujeron alternativamente muchas veces; al segundo día sobrevinieron vómitos frecuentes, abundantes y rápidos flujos diarréicos incoercibles. La secreción urinaria era casi nula y cuando se restableció, hacia el tercer día, se comprobó una albuminuria bastante abundante. El pronóstico era en suma muy grave, por declinar las fuerzas del enfermo. A pesar de esto, al fin del tercer día, rápidamente se produjo una detención y á partir de este momento la situación se mejoró y al cabo de una semana el enfermo pudo volver á su vida normal.

Mas, aproximadamente quince días más tarde, el enfermo notaba gran debilidad en ciertos movimientos del brazo derecho. Thacon comprobó entonces que el omóplato derecho se separaba de la pared costal. El examen clínico de la motricidad del brazo y de la espalda, así como el examen eléctrico de los nervios y músculos demostró la existencia de una parálisis del gran serrato con reacción de degeneración, y que rápidamente se acompañaba de atrofia muscular. Los diferentes músculos del grupo escapular superior parecían igualmente atacados, aunque en grado menos marcado. Se trataba, pues, de una parálisis consecutiva á neuritis de ciertas ramas del plexo braquial, que manifestamente parecía estar bajo la dependencia de los accidentes séricos que el enfermo acababa de experimentar.

En efecto, los fenómenos locales inmediatos y benignos, los accidentes tardíos muy graves, las complicaciones neuríticas más tardías todavía, observadas en este caso, corresponden á los trastornos de la intoxicación sérica (Serumkrankheit de Pirquet y Schick) y si, no obstante, se diferencian de los accidentes séricos habituales por algunos rasgos, son incontestablemente por sus caracteres principales idénticos al «choc anafiláctico» tal como se produce en el hombre y tal como se provoca en el animal en experiencia; colapso cardíaco, vómitos, urticaria, astenia progresiva, contracciones intestinales violentas, estado general grave.

Es evidente que este enfermo había sido preparado para los accidentes anafilácticos por su primera inyección de suero antitóxico. La larga duración de este estado de anafilaxia persistente,

después de cuatro años, no tiene nada de inverosímil. Basándose Richet sobre hechos numerosos considera que la duración de la anafilaxia puede ser casi ilimitada.

Pero ¿qué debe pensarse de esta manifestación en dos tiempos, de los accidentes anafilácticos?

1.º Accidentes inmediatos locales, análogos al fenómeno bien estudiado por Arthus;

2.º Accidentes tardíos, produciéndose algunos días después y realizando exactamente el cuadro del choc anafiláctico.

¿Trátase, se interroga Thacon, de un modo de disociación cronológica de las reacciones anafilácticas, ó bien el sujeto ha absorbido fraccionadamente la segunda dosis de suero antitóxico recibido?

No puede formarse opinión definitiva. Limitase á la exposición del hecho, que le parece de interés particular, tanto por la evolución clínica, como por las ulteriores complicaciones sin que por ello sea sorprendido, dada la importancia capital que al papel del sistema nervioso se atribuye en la patogenia de los accidentes del choc anafiláctico.

Richet, Achard y otros han demostrado la acumulación de la sustancia anafiláctica en los centros nerviosos; en este enfermo la intoxicación ha debido producir algunas lesiones, sea en los nervios del plexo braquial, sea en las células motoras radiculares correspondientes, y las manifestaciones clínicas expuestas apoyan estos hechos experimentales.

Pronóstico de las hemiplejias, por H. Claude (*Paris medical* 5 octubre 1912).

En cada caso de hemiplejia el pronóstico varía según las condiciones particulares inherentes al enfermo, según el sitio, la extensión y la causa de las lesiones, que son el origen del síndrome. No pudiéndose *a priori* dar caracteres pronósticos aplicables á los varios casos de hemiplejia, es ordinario propósito del clínico determinar en el cuadro sintomático las manifestaciones que permiten, en presencia de cada enfermo, prever la evolución de la enfermedad. Existe, no obstante, cierto número de signos á los que se puede dar valor en la apreciación de la gravedad de la parálisis y sobre los cuales puede establecerse el pronóstico de restablecimiento de la función motora. Como el pronóstico inmediato en el momento del ictus, el pronóstico *quad vitam* depende de gran

número de elementos, por lo que no es posible establecer indicaciones generales; Claude se limita en este trabajo á exponer los caracteres que permiten apreciar la curabilidad de los síntomas paralíticos y del grado de *restitutio ad integrum* que puede esperarse.

Dejando á un lado las parálisis transitorias y fugaces que sobrevienen en el curso de varias enfermedades cardiacas, infecciosas, tóxicas, etc., el autor limita su estudio á las hemiplegias que son la consecuencia de focos de hemorragia ó de reblandecimiento, ó de aquellas lesiones complejas, en cierta manera mixta, que se observan tan frecuentemente en los arterio-esclerósicos y brighticos, en los que la congestión edematosa se agrega á lesiones más ó menos pronunciadas de hemorragia ó de reblandecimiento.

La hemiplegia se realiza en la mayoría de casos por focos de hemorragias ó de reblandecimientos, ó por estados lagunarios que asientan sobre el trayecto de las fibras motoras, particularmente al nivel de la cápsula interna ó en las zonas motoras de la corteza. En estos focos, en el momento de constituirse, juega el edema un papel importante por mayor ó menor difusión alrededor de la lesión, cuyas consecuencias exagera, de modo que cuando desaparece, es posible observar el retroceso de ciertos síntomas que fueron provocados por la infiltración edematosa á distancia, y principalmente la hemiplegia.

Asimismo, en el período de estado, las hemorragias cerebrales se acompañan con frecuencia de brotes de edema, de congestión, ó de reblandecimiento parciales, desarrollados en la periferia; y es igualmente común ver sufusiones edematosas ó hemorragias y apoplejias capilares en las partes periféricas ó vecinas de los focos de reblandecimiento, de manera que á cada una de estas lesiones pueden acompañar modificaciones orgánicas de carácter mal definido, variables según los casos, las cuales pueden atenuarse ó resolverse, sin haber producido destrucciones de los conductores nerviosos y degeneraciones descendentes de éstos.

Conviene igualmente llamar la atención sobre el hecho que con frecuencia la hemiplegia no es consecuencia de una destrucción del tractus motor ó de las células de origen de éstos, sino de un simple reblandecimiento de estas partes por una lesión de vecindad como ocurre en las hemorragias y reblandecimientos localizados al tálamo, al núcleo ventricular, á las circunvoluciones de la ínsula, etc., y se concibe que en tales condiciones la restauración de las funciones motoras debe seguir á la desaparición ó

atenuación de las lesiones que de modo indirecto habían provocado la parálisis.

Es sabido que afortunadamente gran número de hemipléjicos no conservan una parálisis absoluta de los miembros, con contractura. En general, aun después de un período más ó menos largo de incapacidad, se ve sobrevenir la atenuación de los trastornos motores, y es porque en tales casos no está destruída la totalidad de las fibras piramidales, y porque merced á la liberación de los conductores nerviosos que no estaban más que comprimidos ó á la reparación incompleta de los centros cuya actividad no estaba más que estrechada, las funciones motoras se restablecen parcialmente.

Para llegar á resolver la cuestión planteada conviene investigar si las manifestaciones clínicas observadas en los hemipléjicos tienen la significación, como lo ha indicado Oppenheim, de *síntomas de foco, directos ó indirectos*, es decir, si traducen la destrucción del tractus motor ó simplemente ya una compresión de éstos por lesiones sobrepuestas, ya un trastorno pasajero de la actividad dinámica, engendrada por la congestión y la infiltración edematosa.

En los casos de hemorragia cerebral la falta de pérdida de conocimiento, la poca duración é intensidad del ictus, son ya por sí caracteres que traducen una lesión poco extensa. La reaparición rápida y progresiva de los primeros movimientos en el miembro inferior, pocos días después de presentarse la hemiplegia, es signo de favorable augurio. La tendencia á la contractura precoz es, al contrario, fenómeno desfavorable.

Las hemiplegias por reblandecimiento son, en general, de pronóstico más grave y si no retroceden desde los primeros días, no hay que esperar mejoría de los síntomas, pues aquí las parálisis son, más raramente que en la hemorragia, expresión de alteración indirecta de las vías piramidales, y como son consecuencia de tromboarteritis, al dejarse atravesar los vasos por los hematíes y leucocitos, y al romperse fácilmente provocan hemorragias secundarias que agravan y extienden la lesión primitiva.

Necesario es reconocer con Oppenheim, que las comprobaciones clínicas no aportan elementos de diagnóstico precisos entre las alteraciones no destructoras de las vías motoras y las lesiones enfocos circunscritos del tractus motor. Parece, sin embargo, que se pueden encontrar indicaciones pronósticas de los hechos que Claude describió en 1910, con el nombre de *fenómenos de hiperkinesia refleja*.

Es sabido que se puede provocar en sujetos atacados de hemiplegias espasmódicas antiguas, particularmente en la hemiplegia espasmódica infantil, movimientos sinquinéticos en los miembros paralizados. Asimismo, ciertos hemiplégicos pueden presentar movimientos involuntarios del lado paralizado en ocasión de un estornudo, de accesos de risa ó de tos ó de hipo. Oppenheim señala que llegó á provocar por pellizcamiento del miembro paralizado, un movimiento de pronación del antebrazo (*Pronator-phaenomen*) y añade que á veces, este movimiento se acompaña de flexión de la mano y de los dedos.

Dufour ha indicado asimismo, que la excitación de los tegumentos de los miembros hemiplégicos provoca, á veces movimientos de defensa involuntarios.

Claude ha observado muchos enfermos que habían sido atacados de hemiplegia completa y que caídos en estado comatoso, ó en plena posesión de conciencia, eran incapaces de ejecutar el menor movimiento.

En estos sujetos si se pellizcaba ó pinchaba enérgicamente la piel, ó se llegaba á provocar una excitación cualquiera de los tegumentos ó de los músculos del antebrazo ó del brazo, veíase producir un vivo movimiento de flexión del antebrazo sobre el brazo, acompañado de pronación, ó bien sólo un movimiento de flexión de la mano y de los dedos. Igualmente, extendido el brazo á lo largo de la cama, si se provoca un movimiento de supinación forzada, se comprueba que esta maniobra se sigue de un movimiento de flexión del antebrazo sobre el brazo con pronación, la cual se ejecuta con una brusquedad y una fuerza tan acusadas que cuesta á veces trabajo oponerse á la contracción enérgica de los músculos biceps, braquial anterior y supinador largo.

En el miembro inferior las mismas excitaciones fuertes de la piel ó de los músculos determinan movimientos de flexión del muslo sobre la pelvis y de flexión de la pierna. Este movimiento se ejecuta brusca y brutalmente á consecuencia de contracción rápida de los músculos cuya relajación conduce en seguida á la caída del miembro, que toma su actitud de resolución completa. En la pierna el pellizcamiento de la pantorrilla provoca á veces solamente un movimiento de flexión ó de extensión del pie. El contraste entre la ausencia completa de todo movimiento voluntario en los miembros paralizados y la brusquedad y fuerza del movimiento desarrollado por la excitación es verdaderamente chocante. Tales contracciones musculares parecen presentar ciertas analogías, en

su forma y producción, con las contracciones que se observan en los miembros inferiores de los individuos atacados de paraplegia espasmódica, y sobre todo, compresiones medulares. Se trata en estos últimos casos de un fenómeno de automatismo medular reflejo, que se obtiene también si el sujeto ha perdido toda sensibilidad, como se observa en el animal al que se ha seccionado la médula. No sucede lo mismo en nuestros hemipléjicos, cuyas contracciones musculares son consecuencia de un reflejo al dolor.

Tales son los hechos; pero lo que al autor le parece particularmente interesante es que el fenómeno descrito, de comprobación en verdad bastante rara, no aparece más que en los hemipléjicos cuya parálisis curó, ó estaba en camino de mejoría cuando la muerte sobrevino por una causa independiente de la importancia de las modificaciones del sistema piramidal.

Después de relatar Claude la observación de enfermos por él asistidos en los que comprobó el fenómeno aludido, refiere los siguientes hechos clínicos:

Si las hemiplegias curables son frecuentemente la expresión de lesiones situadas á alguna distancia de la zona motora y de las vías piramidales, se deben comprobar en estos enfermos, otros síntomas á más de los motores. En efecto, los hemipléjicos que curan están frecuentemente atacados de afasia sensorial, de sordera verbal, de ceguera verbal pura sin agrafia, de hemianopsia, trastornos que traducen una lesión retro-ventricular, ó del lóbulo tèmpero-occipital por fuera de las vías motoras.

Ha observado igualmente síntomas de apraxia más ó menos caracterizados en esta misma categoría de enfermos. La existencia de signos de insuficiencia renal, la comprobación de presión arterial alta y de una hipertensión del líquido céfalo-raquídeo permiten achacar á veces los trastornos motores al edema encéfalo-meníngeo.

Por último, es de gran consideración el estado de los reflejos. En las hemiplegias provocadas por hemorragias meníngeas curables, por focos de hemorragia ó de reblandecimientos situados por fuera de las vías motoras y sobre todo en las que resultan de la congestión edematosa, se puede comprobar que ciertos reflejos tendinosos, un día exagerados, se debilitan ó desaparecen otro, y recíprocamente.

El fenómeno de extensión del dedo gordo puede ser tardío ó pasajero, transitorio; á veces, por el contrario, es precoz; en ocasiones es el solo signo persistente de excitación de la vía piramidal,

después de la curación. La misma variabilidad en el estado de los diversos reflejos cutáneos.

Todos estos síntomas no tienen más que un valor relativo; pero de su agrupación y asociación á los otros síntomas suministrados por la observación clínica, se pueden deducir indicaciones preciosas en cuanto á la naturaleza, origen, asiento de las lesiones, etc., y, por consecuencia en cuanto al pronóstico de la hemiplegia.

Entre todos los signos expuestos de desigual valor Claude cree debe concederse importancia especialísima á los fenómenos por él descritos con el nombre de hiperkinesia refleja, por analogía con las manifestaciones de automatismo medular reflejo, que por contradecir la existencia de un estado dinámico del tractomotor, distinto en todo caso de lo que se observa cuando existe una lesión destructiva. Cualquiera que sea la explicación que se dé del fenómeno sobre el cual llama la atención, resulta de sus observaciones que se le encuentra en los casos en que la continuidad de los elementos de la vía motora no está interrumpida; y á este título constituye un elemento de pronóstico favorable en las hemiplegias.

Tratamiento de las neoformaciones malignas por las soluciones coloidales de metales pesados (el electro-selenio), por N. Trinker (de Kharkoff) (*Le Progrés medical*, 5 octubre 1912).

Aunque Wassermann previniera en su comunicación. (Los ensayos quimio-terápicos en animales cancerosos. *Berl. Klin. Woch.* 1912, pág. 4) que la administración del selenio-eosina y del teluro se refería por el momento exclusivamente á los tumores de los ratones, que estos tumores se distinguen considerablemente (Hansemann) de las neoformaciones malignas del hombre y que el éxito obtenido en la curación de los tumores de aquellos animales no da todavía el derecho de aplicar esos productos al hombre, no obstante, una vez abierto el camino no faltaba más que dar un paso para aplicar estos ensayos, un poco modificados, al hombre.

En efecto, los ensayos de Wassermann han dado nuevo pretexto á toda una categoría de investigaciones, no sólo de laboratorio, si que también clínicas en enfermos en estado desesperado.

Puesto que en la preparación de Wassermann la eosina es la parte más tóxica y al mismo tiempo la menos esencial, se han ensayado inyecciones subcutáneas é intravenosas con la solución

coloidal de selenio preparada por los laboratorios Clin. La inocuidad de las inyecciones de estas soluciones y su esterilización absoluta han sido comprobadas por el Dr. Duhamel en el laboratorio de fisiología de la Sorbona en animales (ratones y cobayos); la dosis máxima ha sido igualmente fijada. Los resultados de estas investigaciones minuciosas han demostrado que las soluciones coloidales de metales pesados (selenio y telurio, electro-selenio coloidal) á las dosis definidas de 1'20 á 0'50 centigramos no han provocado fenómenos amenazadores de orden *local ni general*, lo mismo en los animales que en el hombre.

Trinkler ha emprendido trabajos de este género en cuatro enfermos en estado desesperado, atacados de cánceres inoperables. Sin presentar en detalle sus observaciones expone en algunas palabras la acción general que observó en sus enfermos á seguidas de las inyecciones de electro-selenio y las modificaciones locales que provocaron. Todas las inyecciones fueron subcutáneas ó intramusculares, y hechas en cuanto fué posible en la vecindad del tumor y en algunos casos en el mismo tumor. Se inyectó cada vez el contenido de una ampolla (5 cm. c.) Las primeras inyecciones se acompañaron, en ocasiones, de ligero dolor, que duraba una ó dos horas; en otras los enfermos no se apercibían de nada. Las inyecciones hechas en el mismo tumor eran más dolorosas. A fin de conseguir un cuadro clínico muy exacto la temperatura se midió cada 3 horas, y el máximo de aumento térmico no pasó nunca de 37° 2-37° 4. Habitualmente las inyecciones no provocaban ningún aumento de la temperatura. Localmente no se observó jamás reacción inflamatoria, y las inyecciones se hicieron cada dos días.

Los enfermos sometidos á este tratamiento son los siguientes:

1.º Enfermo de 50 años, muy agotado, de tegumentos pálidos y blandos. Clara arterio-esclerosis; accesos de asma. En la región epigástrica gran rigidez de la pared abdominal; á la palpación se nota una induración de la pared anterior del estómago; un nódulo sospechoso en el hígado; falta de apetito, grandes dolores después de las comidas, algunas veces vómitos. El examen del jugo gástrico demuestra la falta completa de ácido clorhídrico y del ácido láctico, reacción de Wcher. Se diagnostica cáncer de la pared anterior del estómago, perigastritis y probable metástasis al hígado. Estado inoperable. Después de las cinco primeras inyecciones de electro-selenio en la región epigástrica hay ligera mejoría del estado general. Los dolores al epigastrio y después de las comidas han desaparecido; los vómitos han cesado; el apetito

mejoró. No hay modificación de la rigidez epigástrica. Después de la undécima inyección la mejoría persiste, la rigidez epigástrica al nivel de la corvadura menor es más blanda; sólo una vez vomitó el enfermo; no hay sensación de quemadura. El enfermo se encuentra en observación en familia.

2.º Ch., agricultor, 38 años. Un año antes fué operado en su país por un cáncer del labio inferior. Actualmente, metástasis enorme que ocupa toda la región submaxilar y submentoniana, adherente en toda su superficie á la laringe. A pesar del estado desesperado, se ensaya extirpar los ganglios, pero á la incisión el caso se muestra completamente inoperable. El tumor ha atravesado los tendones, músculos y vasos. Una parte de la infiltración ha sido levantada con la piel, la mayor parte del tumor quedó en su sitio. La herida fué ampliamente taponada. Durante semanas, fuertes hemorragias profusas de la herida que debilitaron al enfermo en grado extremo. Se comienzan las inyecciones de electro-selenio alrededor y en el tumor mismo. Se hicieron 8 inyecciones. En este enfermo se observó insignificante elevación térmica y las inyecciones se acompañaron de ligero dolor. Después de las tres inyecciones primeras mejoría notable del estado general; disminución del dolor y buen sueño. No se puede saber á causa de la poca inteligencia del enfermo en qué consiste exactamente esta mejoría, pero él se siente también que reclama las inyecciones con electro-selenio en vez de las de morfina. Toda la región infiltrada ha descendido sensiblemente y disminuído de volumen, y se ha hecho más blanda á la palpación. Las hemorragias cesaron por completo. Un ganglio de carácter metastásico apareció en el lado opuesto en la región submaxilar; la piel que le cubre no está modificada; es movable. Al cabo de 3 días, chocante disminución del volumen del ganglio, su consistencia es mucho más blanda. Después de 5 inyecciones pide el enfermo volver á su casa; se ha fortalecido no se queja de nada y, á pesar de nuestra insistencia se va después de tres nuevas inyecciones (8 en total); pero vuelve al cabo de diez días para que se le hagan nuevas inyecciones que, como dice, le levantaron mucho.

El tumor parecía disminuído de volumen, á pesar de la larga interrupción de las inyecciones. Es necesario considerar este caso como uno de los más favorables.

3.º S., eclesiástico, 59 años, muy agotado, de tegumentos pálidos y edematosos. Enorme tumor de consistencia dura, casi cartilaginosa, que ocupa la región inferior de la parótida, pasando por la

cara lateral izquierda del cuello, extendiéndose también hasta la región retromaxilar y por delante hasta el borde anterior del músculo externo-cleido-mastoideo. Gran vascularización de la piel que recubre el tumor. Ha sido tratado en el Instituto anticanceroso (fundación Murosoff) de Moscou, por los rayos de Roetgen, sin resultados. Es caso inoperable. La presión del tumor ocasiona cierta dificultad en la respiración. Grandes dolores lancinantes. Para definir la naturaleza del tumor se levanta un trozo después de anestesia local según Schlein. El examen microscópico descubre un cáncer acinoso-medular. Después de las dos primeras inyecciones hechas cada dos días, no hay otro cambio más que una gran disminución de los dolores; después de 4 inyecciones el tumor es más blando por corros, la presión sobre la laringe disminuye, lo que se comprueba por mayor facilidad de la respiración. He dejado al enfermo en estado relativamente satisfactorio, fuera de la clínica, bajo la vigilancia de su hijo, médico, que debe continuar las inyecciones. A causa del enorme volumen del tumor las 8 inyecciones hechas hasta el día son insuficientes. Acabamos de recibir noticias del enfermo por su hijo: la mejoría progresa, la respiración es cada vez más fácil, la deglución se hace sin dificultad, el tumor se reblandece progresivamente.

4.º Mujer de 36 años. Operada por el autor hace cuatro meses por una peritonitis tuberculosa; vientre enorme, grande ascitis. A la laparotomía se encuentra un cáncer diseminado por el peritoneo y por parte del peritoneo visceral. En la pelvis menor, en la región de los órganos genitales, ovarios y útero, hay nudosidades como lentejas, diseminadas y duras. Se podía admitir que la primitiva fuente del mal se encuentra en los ovarios. La operación no ha sido más que una laparotomía exploradora. Se la prescribe adrenalina por vía bucal; cuatro meses después la enferma vuelve á vernos con un vientre bastante más grueso que antes. Segunda vez laparotomía contra la ascitis. La diseminación de las nudosidades está en el mismo estado. Quince días después la enferma vuelve á la clínica para que le pongan inyecciones de electro-selenio: Ocho inyecciones. El estado moral es excelente. A la percusión no se llega á encontrar el líquido ascítico. Más dolores en la región epigástrica y menos en la parte inferior del vientre. La enferma comprueba ella misma gran diferencia de estado moral entre la primera y la segunda operación. Trascurre un mes de la segunda operación y en este tiempo hay gran colección de ascitis. Es de anotar que la diuresis esté un poco aumentada.

Resumiendo las observaciones citadas creo que se pueden comprobar las cualidades positivas de este producto que se han manifestado en estos poco numerosos casos. Lo mismo que con todo nuevo producto ha sido preciso ser muy prudente en la administración del electro-selenio; á más elevadas dosis y en inyección intravenosa su acción hubiera sido todavía mayor. A todos mis enfermos no les he hecho más que inyecciones *subcutáneas*.

Sin tomar decisiones se puede comprobar de una manera positiva los dos hechos siguientes: 1.º el electro-selenio B coloidal, á las dosis terapéuticas indicadas por Duhamel, no provoca ninguna reacción en el organismo á consecuencia de las inyecciones subcutáneas é intra-musculares, ni local ni general; 2.º los procesos de las neoformaciones se detienen ó se retardan. Queda el autor en reserva en cuanto al segundo hecho por ser corto el tiempo de sus observaciones.

VALDIVIESO

Tratamiento actual de las estenosis cicatriciales graves del esófago, (métodos endoscópicos é intervenciones quirúrgicas combinadas), por Sargnou y Alamartine (Lyon), (*Revue de Chirurgie*, t. XXVI, núm. 2).

Sargnou y Alamartine han tratado 24 casos de estenosis cicatricial grave del esófago en los que emplearon los siguientes tratamientos. En 3 casos simple dilatación sin maniobras esofagoscópicas. En 7 casos dilatación simple con estas maniobras; en 8 gastrotomía con dilatación consecutiva y maniobras endoscópicas por vía bucal ó gástrica ó por las dos vías combinadas; en 2 casos gastrotomía y esofagotomía interna; maniobras de dilatación consecutiva por vías bucal y gástrica; en 2 casos gastrostomía, esofagotomía externa y maniobras endoscópicas por vías gástricas, bucal y cervical baja; por último en 2 casos congénitos, gastrotomía.

De los 24 casos, 21 eran infranqueables ó difícilmente franqueables por los métodos ordinarios: en 17 casos se trataba de estenosis por ingestión de líquidos cáusticos, generalmente potasa; en 2 las estenosis eran congénitas; 1 vez estenosis por espasmo permanente; 1 vez úlcera cicatrizada del cardias, otra vez estenosis úlcero-cicatricial post-escarlatinosa y 2 veces de causa desconocida.

Estos 24 casos dieron 6 defunciones; los 2 casos congénitos, 1 caso por difteria, otro en un enfermo caquéctico, en otro por broncopneumonía y el último por gangrena pulmonar.

Sargnou y Alamartine admiten que toda estenosis esofágica en que no haya evidencias de proceso cicatricial, debe someterse á examen esofagoscópico aunque sea fácilmente franqueable. Este simple examen permite frecuentemente franquear la estenosis y comenzar la dilatación progresiva.

La gastrotomía está indicada bastantes veces: como *operación de urgencia* en las estrecheces muy acentuadas con imposibilidad de alimentación y caquexia progresiva; en las complicaciones esofágicas sépticas primitivas, ó las debidas á accidentes de cateterismo ó de esofagoscopia; como *operación de oportunidad* en las estrecheces que no cedan á la dilatación simple y después del fracaso de las maniobras esofagoscópicas; esto no es más que el comienzo de maniobras esofagoscópicas complejas (esofagoscopia y dilatación retrógradas, dilatación por hilo sin fin).

La dilatación retrógrada por el hilo de cauchout sin fin, es el procedimiento de elección cuando después de la gastrotomía la dilatación por vía bucal es impracticable; con tiempo y paciencia en los casos muy graves se llega á dilatar convenientemente y con el menor riesgo posible.

La esofagotomía interna, operación generalmente peligrosa é ineficaz, está rarísima vez indicada (estenosis membranoide muy acentuada y de muy corto trayecto).

La esofagostomía externa será practicada en la base del cuello después de la gastrotomía en las estenosis rebeldes mediotorácicas extensas; puede dar excelentes resultados, principalmente en los niños, cuando va seguida de dilatación progresiva por la doble vía bucal y del cardias.

DR. ROMÓN

El antígeno en la reacción de Wassermann, por Domouliere.
(*Compt-Rend. Ac. des Sc. de Paris*, 1912).

Adicionando á una dosis conveniente de coleslerina una maceración alcohólica de polvo de hígado de un heredo-sifilítico, previamente agotado por el éter, se obtiene un antígeno de gran sensibilidad y de buena conservación. Este antígeno ha permitido al autor realizar la hemólisis total en el testigo sin suero del enfermo ó con sueros procedentes de no sifilíticos, y en un cierto número de casos ha dado reacciones positivas con los sueros de sifilíticos antiguos ó tratados cuando la reacción de Wassermann efectuada por el método habitual era negativa.

DOMENECH

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Algunos accidentes generales de la vida genital de la mujer. Sus relaciones con las distrofias pluriglandulares. Patogénesis. Tratamiento, por P. Dalché. (*Gazette des Hôpitaux*, 23 y 25 de abril, 1912).

El autor estudia algunas manifestaciones y accidentes considerados como complicaciones de insuficiencia de las glándulas genitales de la mujer, de la distrofia ovárica que él llama *disovarria*.

La *cefalea* puede presentarse á la vez que las reglas, por accesos, ó durar en su intervalo y ser persistente.

La *cefalea* menstrual principia algunos días antes del período (pesadez de cabeza, insomnio, agitación); la víspera ó el día de la aparición de la sangre, el acceso estalla para durar uno ó varios días.

La cara está vultuosa, la enferma se siente febril, agitada, ó, por el contrario, existe depresión, la mujer está pálida, aniquilada.

Esta *cefalea* reviste la forma de jaqueca, ó puede acompañarse de empacho gastro-intestinal, de trastornos hepáticos ó renales ó de neuralgias faciales.

En algunas enfermas, cuando el período menstrual termina, la *cefalea* se atenúa y desaparece para no reaparecer hasta el siguiente período. En otras, sobreviene á la menor ocasión y aun persiste á veces durante todo el intervalo de las reglas. Esta es la *cefalea permanente*, más frecuente en la menopausia natural ó quirúrgica.

En estas mujeres la circulación periférica se hace mal, sobre todo en las extremidades: los pies están siempre fríos, la nutrición débil, los cambios defectuosos, las orinas hipoazotúricas, hipofosfatúricas, hipoclorúricas.

Es preciso insistir sobre la frecuencia del estreñimiento en estas mujeres. A veces esta *cefalea* afecta á la menopausia natural ó quirúrgica de un modo especial. Las enfermas se quejan de una *cefalea* continua, profunda, gravativa, que parece asentarse en la base del cráneo ó en la región occipital y otras veces en la frente y en los ojos. Su continuidad la hace muy penosa, con paroxismos horriblemente dolorosos, que no coinciden siempre con la época de las reglas. A veces en estos casos se piensa en una meningitis, en sífilis cerebral, en tumor endocraneano. La duración

de la enfermedad, la evolución, el estudio de los síntomas y su coincidencia con los incidentes de la vida genital de la mujer conducen las más de las veces al diagnóstico.

La patogenia de estos accidentes se encuentra en la intoxicación menstrual de origen endocrino, ovárico, tiroideo, hipofisario. La hipófisis juega papel importante en la producción de algunas de estas cefaleas. En los animales castrados, la hipófisis aumenta de volumen. Esta hipertrofia aumenta si se inyecta á estos animales extractos de glándulas.

El tratamiento de estas cefaleas consistirá en el régimen alimenticio: cura de limones. El enfriamiento de las extremidades se combatirá con calzados calientes, baños de pies, piernas y brazos en agua sinapizada; la hidroterapia tibia y las fricciones ayudarán á la circulación periférica y descongestionará los centros. Los polvos de ovario, los extractos tiroideos solos, y sobre todo asociados, son la base de la terapéutica de estas enfermedades. Las emisiones sanguíneas, los vejigatorios, el yoduro potásico, la trinitrina y el nitrito de amilo prestan también grandes servicios.

Los vértigos, caídas, ausencias, se presentan con frecuencia en el curso de los trastornos de *disovaria*; suelen ser consecuencia de una neurastenia exagerada.

La angina de pecho de la menopausia ha sido bien estudiada por Huchard: ella es la causa ocasional de una aortitis aguda ó crónica. En las falsas anginas de pecho coloca Huchard á las de la menopausia. En las mixtas, sobre una lesión cardio-aórtica, se siente la influencia de la menopausia con su cortejo de trastornos nerviosos.

Se presentan, frecuentemente pigmentaciones anormales de los párpados y de la cara. Estos trastornos pigmentarios se presentan también en los fibromas, en ciertas obesidades y en los diabéticos.

La tetania, de la que cita el autor un caso, en el momento de la menopausia, puede ser pasajera ó prolongarse durante meses. Se sabe que la tetania es considerada como dependiente de un trastorno tiroideo ó paratiroideo. Cuando se presenta en la menopausia es preciso considerarla como un contragolpe de trastornos ováricos primitivos.

Dalché cita una interesante observación de acroparestesia, con disminución de la sensibilidad, que recordaba el tipo de las afecciones radicales, de origen autotóxico verosímil, probablemente mixto ovaro-tiroideo.

Parhon y Golstein han hecho notar que la parálisis agitante se presenta en la segunda parte de la vida, en el momento de la involución de las glándulas genitales. Las llamaradas de calor, taquicardia, temblores, son fenómenos frecuentes en la menopausia así como en el curso de las afecciones tiroideas.

Varios autores tienden también á admitir la influencia de las paratiróides en la enfermedad de Parkinson, relacionando sus síntomas con los que se observan después de la paratiroidectomía. La opoterapia hipofisaria, tiroidea, ovárica, ha dado resultados poco constantes.

Pero Dalché cita una observación de parálisis agitante donde él vió resaltar un síndrome pluriglandular en el que jugaban papel importante los sistemas utero-ovárico, hipofisi-tiro-ovárico.

Enfermedad de Raymond.—Voivenel y Fontaine en el último Congreso de Toulouse, explicaron ciertos puntos de la génesis del síndrome de Raymond, del siguiente modo: si la hipertiroidea, consecuencia de la insuficiencia ovárica, produce el espasmo de los vasos periféricos, la hipotiroidea provocará, por el contrario, la dilatación de estos vasos, la cianosis de las extremidades. Dalché cita un caso de acrocianosis mejorado con la opoterapia.

Obesidades, adiposis, lipomatosis.—Con Carnot se pueden encontrar cinco clase de obesidades en relación con el sistema genital. 1.º Obesidades de la castración: 2.º de la menopausia natural: 3.º de la pubertad (jóvenes que, bruscamente, en la aparición de las reglas se ponen *hinchadas* á la vez que presentan trastornos amenorréicos); 4.º post-nupciales: 5.º de la lactancia.

La obesidad de origen suprarrenal, provocaría según Apert, el exceso de desarrollo del sistema piloso, que toma el tipo masculino; la suspensión de las reglas; y la adiposis; dando lugar á un síndrome constituido por la obesidad y hemorragias en la menopausia; y en la pubertad por la obesidad, gran desarrollo corporal é hipertricosis.

Launois ha descrito el síndrome adiposo-genital (trastornos genitales precoces, infantilismo, amenorrea, inversión de caracteres sexuales).

Por último, la adiposis dolorosa (enfermedad de Dercum) cede generalmente á la opoterapia ovárica.

Afecciones articulares.—Consisten en reumatismo crónico agravado en la menopausia y coincidiendo con frecuencia con trastornos ováricos; reumatismo de la pubertad y, sobre todo, post-puberal.

Se han citado glucosurias coincidiendo con fibromas que aparecían bajo su dependencia. El autor señala un caso de diabetes de la menopausia. Esta comprobación se aproxima á los trabajos de Driessen (de Amsterdam) y á los más recientes de Chauffard.

Termina el autor este interesante trabajo con algunas consideraciones sobre el eezema coincidiendo con trastornos genitales, la enfermedad de Mickulicz y, en fin, ciertos síndromes renales que parecen tener cierta relación con la pubertad ó con la menopausia.

Tratamiento intravenoso mercurial de las bacteremias puerperales, por el Dr. Becerro de Bengoa. (*Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*, agosto, 1912).

Desde agosto de 1909 viene usando el autor, como tratamiento de ciertas formas de infección puerperal, las inyecciones intravenosas de sublimado corrosivo. Al principio las empleó á dosis de uno ó dos miligramos diarios, pero hoy, convencido de que no resultan tóxicas, las administra cinco veces más concentradas, es decir, que pone dos inyecciones diarias de cinco miligramos cada una. Como dosis máxima ha llegado á inyectar un centígramo de sublimado de una sola vez.

Las infectadas toleran el medicamento todo el tiempo que es necesario ó, cuando más, manifiestan la intolerancia, ó con gingivitis, ó con diarrea.

La estomatitis mercurial tarda en sobrevenir. Con dos inyecciones diarias de 5 miligramos cada una, ha visto que hasta que no se han puesto 10, 12 ó 14 no aparecen las molestias de la boca. Bien es verdad que desde el primer día que pone inyección hace que las enfermas se laven detenidamente las encías y los dientes mediante agua hervida y agua oxigenada, haciéndose la limpieza con un cepillo, que previamente ordena que se hierva.

Casi siempre ocurre que, para cuando la estomatitis aparece, la fiebre, ó está dominada, ó en vías de vencimiento, y si así ocurre, suspende durante uno ó dos días el tratamiento para volver otra vez con él, si la temperatura asciende ó el pulso aumenta en velocidad. Si la fiebre se mantiene y aparece la estomatitis, rebaja la dosis, pero no suprime el tratamiento mercurial, y si hay escalofrío con temperaturas de 39°, 40°, etc., da la dosis de 5 miligramos igual que si no hubiera estomatitis.

Los fenómenos diarréicos en los casos por él tratados los cree mejor dependientes de la infección, que del sublimado. Esto lo

creo así porque ha visto que muchas enfermas con infección puerperal tienen diarreas sin estar sometidas al tratamiento hidrargírico, y además porque ha visto que durante el tratamiento se suprime la diarrea en algunos casos. Hay que tener en cuenta que, durante la infección, las enfermas están sometidas á dieta de leche y que con esta dieta y malas condiciones digestivas se mantienen estados diarréicos.

Para combatir los trastornos intestinales emplea las cataplasmas al vientre, los lavados intestinales con agua hervida y agua oxigenada practicados con sonda rectal, y, por último, administra al interior 2, 3 ó 4 centigramos diarios de extracto tebáico ú otros tantos comprimidos de pantopón. De esta manera ha corregido las diarreas de las infectadas, sin suprimir la medicación mercurial.

Respecto á la existencia de albúmina en la orina, analiza todos los días la orina de las enfermas y ha formado de esto una opinión semejante á lo de las diarreas. Se le figura que la albuminuria es efecto más bien de la infección que de las inyecciones de sublimado.

El tratamiento por las inyecciones de sublimado corrosivo le empieza tan pronto como la fiebre se mantiene por encima de 38° ó en cuanto se suceden más de dos escalofríos.

Desde la primera pone 5 miligramos y desde el primer día dos inyecciones.

Al mismo tiempo que el tratamiento mercurial no hace otra cosa más que irrigaciones vaginales de sublimado, permanganato, etcétera, etc. Claro está que siempre hace un previo reconocimiento del aparato genital por si encuentra localización responsable de la hiperpirexia. Generalmente no suele haberla. La infección es intravenosa y determina septicemia.

Es un punto interesante el relacionado con la oportunidad ó inoportunidad de las curaciones intrauterinas; los casos de retención de restos placentarios, membranas, etc., forman grupo aparte y en este asunto discutible no tienen lugar. Los de infección uterina, endouterina, mejor dicho, y que es responsable de la bacteremia, son los discutibles. Cree que las curaciones intrauterinas son perjudiciales.

La septicidad intrauterina no es duradera, ella misma parece extinguirse, y en muchos casos, un legrado, un lavado intrauterino, un frotado con gasa, parece que ha sido motivo de que una infección de virulencia relativamente moderada se transforme en

gravísima septicemia ó en piemia larga y mortal. Esto, que parecía únicamente una aprensión, parece que va tomando visos de realidad, gracias á los felices estudios de Winter, Burckart, Warnekros y Schottmüller.

«Las afecciones localizadas en la cavidad uterina, que pueden ser de gérmenes anaerobios obligados, de los llamados saprofitos, son capaces de resultar virulentos y vivir en los tejidos, multiplicándose en la sangre circulante. Esto puede suceder en circunstancias creadas en los tejidos traumatizados por las intervenciones intrauterinas, y así ocurre que una infección que espontáneamente pudiera extinguirse, se transforme en una bacteremia gravísima de estreptococia de gérmenes hemolíticos. Los datos aportados por Schottmüller dieron las primeras nociones de tales cosas, de las que tan valiosos resultados prácticos han de sacarse.

Todos estos estudios han sido hechos en casos de abortos sépticos, pero de todos modos se pueden, dentro de ciertos límites, aplicar á las infecciones *post-partum*».

«Yo tengo un caso muy parecido al de la septicemia *post-operatoria* de Winter, con la diferencia de que los accidentes fueron después de un parto prematuro de seis meses y medio. El parto prematuro fué seguido de una infección endouterina, que produjo hipertermias de 38, 39 y 40°. Así ingresó en la Clínica de Obstetricia de la Facultad, y la practiqué una limpieza del endometrio con cuchara grande roma, y frotado con gasa; después de un lavado hecho con agua yodada, embadurné el endometrio con tintura de yodo y dejé desagüe de gasa yodofórmica. La enferma mejoró en seis ú ocho horas, al cabo de las cuales la temperatura ascendió á 41°, 2, el pulso se hizo frecuentísimo y, con un delirio furioso, murió á las cuarenta y ocho horas de operada. Se hizo análisis de sangre por el Dr. Sala, y se encontraron estreptococos hemolíticos.

Casos de esta índole tendrán todos cuantos á estas cosas se dedican, así como también podrán reseñar casos á los que al legrado han seguido piohemias de curso larguísimo, de grandes escalofríos de 39 y 40°. Estas piohemias de localización endoflebitica están tan relacionadas con las intervenciones intrauterinas, que más del 50 por 100 de ellas tienen en sus antecedentes el legrado. Yo he visto tres casos de endoflebitis consecutivas á intervenciones intrauterinas, cuya relación claramente he podido establecer».

«Barsony, que es el que verdaderamente ha establecido la terapéutica eficaz de la fiebre puerperal por el sublimado, es también

de los que creen que las manipulaciones locales lejos de beneficiar perjudican en el curso de las infecciones, y así lo dijo en su comunicación al Congreso de Budapest de 1909 (agosto y septiembre). No emplea Barsony más que las irrigaciones vaginales de permananato, lisol, ácido bórico, etc., descontando las disoluciones mercuriales para que su acción no se sume á la del mercurio dado por vía venosa, y resultase así una aglomeración tóxica.

«Así, pues, nuestra conducta queda simplificada extraordinariamente. En los casos de infección puerperal, en los que no haya localización anexial, pelvicular ó peritoneal, no hacemos más que las inyecciones intravenosas de sublimado y los lavados vaginales con disolución de ácido bórico».

«Para no perder el tiempo, debe buscarse antes de comenzar el tratamiento y, cada dos ó tres días repetir el examen por si se hubiera, ó se formase alguna localización, principalmente, las colecciones pelviperitoníticas del Douglas.

Mi maestro, este año pasado, operó una pelviperitonitis con gran colección séptica. Esta enferma había sido diagnosticada de fiebre de Malta, luego de endoflebitis puerperal, y cuando se halló la colección peritoneal, con su evacuación, se curó la enferma. Nosotros tenemos un caso análogo, que operé en mi Enfermería de la Cruz Roja. Se trataba de una parida que había tenido una infección de grandes hipertemias durante más de treinta días de puerperio. Hallé la colección peritoneal y la evacué, curándose la enferma rápidamente.

Esto debe tenerse presente para no tratar sistemáticamente toda infección puerperal por el sublimado, sino únicamente aquellos que en realidad son los curables con esta terapéutica, es decir, las endoflebitis puohémicas, las tromboflebitis, precisamente las incurables, si no hubiera las inyecciones intravenosas de sublimado, porque hay que desengañarse que hasta ahora los medios quirúrgicos que Latzko, Trendelenburg, Bumm, Taylor, Häckel, etc., han preconizado, no dan, ni mucho menos, los resultados que eran de esperar, á pesar de haberse llegado á ligar los dos troncos venosos hipogástricos y los utero-ováricos á la vez, como ha hecho Bumm, el que dice que tales ligaduras no producen graves alteraciones circulatorias ni nutricias en los órganos cuyo desagüe sanguíneo se intercepta, según se desprende también de los estudios de las comunicaciones anastomóticas que Kownatzki ha estudiado. (Fascículo I, de las actas del Congreso Internacional de Budapest, año 1909, pág. 171.—Comunicación

de Bumm titulada: «Über die operative Behandlung des puerperalfiebers»).

Conforme va resultando de los estudios bacteriológicos hemáticos de las puerperas infectadas, la existencia de gérmenes en la sangre es mucho más frecuente de lo que hasta ahora se ha creído, tanto que parece que debe restringirse muchísimo el grupo de las toxemias y, en cambio, ampliar el de las bacteremias, de las cuales forman un crecido subgrupo las sapremias obligadas, de tanta gravedad clínica. Schottmüller y Warnekros han estudiado los estados bacterícos de las infecciones post-abortum, pero no debe tenerse inconveniente en ampliar las ideas concebidas tras sus análisis á las infecciones post-partum. En infectadas tratadas por nosotros se han hallado en la sangre estreptococos cuatro veces, y una vez estafilococos (caso analizado por Enríquez, de Salamanca).

«Encontrándose, pues, los gérmenes sépticos en la sangre de las puerperas infectadas, no tiene nada de particular que la medicación antiséptica intrasanguínea sea la que proporcione mejores resultados, toda vez que los hechos demuestran que es posible la antiseptia de la sangre.

Esta antiseptia sabemos que la hace el sublimado á las dosis empleadas por Barsony y por nosotros. El sublimado se une rápidamente á las bacteriotoxinas y la cuticoagulación que el sublimado produce con el suero de la sangre alrededor de los glóbulos rojos las defiende contra el antiséptico, y por parecido procedimiento se reparan los elementos celulares atacados por él. Hay que tener presente que el sublimado no produce ni hemoglobinemia ni hemoglobinuria. Barsony cita un caso de curación obtenida con el sublimado, en el que la hemoglobina, que había descendido por la infección á un 20 por 100, ascendió con el tratamiento. Los glóbulos rojos parecen aumentar con el sublimado; en las embarazadas sanas, Barsony ha practicado inyecciones intravenosas de sublimado, y dice que el número de glóbulos rojos suele aumentar.

Lo notable es que la exigua cantidad de sublimado que representa el centígramo diario sea capaz de desinfectar la sangre, determinando así la curación del proceso séptico.

Con las inyecciones de 5 miligramos de sublimado no se determinan fenómenos reaccionales turbulentos de ningún género. El sublimado en inyección intravenosa no produce escalofrío, cosa que se ha achacado á la inyección intravenosa de electrometales, y de lo que nosotros estamos convencidos que no es cierto.

Acostumbro á inyectar el sublimado hasta que pasan dos ó tres días sin temperatura más elevada de 37°, y cuando el pulso está por debajo de 80. Cuando encuentro el pulso por encima de 90, inyecto los 5 miligramos de sublimado, aun cuando la temperatura no pase de 37°, porque he visto que el aumento del número de pulsaciones anuncia la próxima hipertermia con su correspondiente escalofrío.

La inyección de 5 miligramos de sublimado evita casi siempre el escalofrío y la hipertermia en un período de tiempo de ocho ó diez horas cuando menos. Puesto el bicloruro de mercurio cuando la temperatura empieza á elevarse, la mayor parte de las veces impide la progresión, y determinando una ligera crisis sudosa queda la enferma con la temperatura subfebril ó desciende á la normal. Lo mismo ocurre con el número de pulsaciones, aun cuando su normalización no se hace tan rápidamente como la temperatura.

Generalmente, durante los días que se ponen dos inyecciones cotidianas de 5 miligramos no se producen ni hipertermias ni escalofríos, lo que únicamente ocurre si se suspende el tratamiento ó se disminuyen las dosis. Cuando he puesto dosis menores de 5 miligramos, ha sucedido en algún caso la ineficacia para evitar una hipertermia que se iniciaba, ó ha vuelto á aparecer la tiritona á las tres ó cuatro horas de la inyección.

Las inyecciones continuadas, he visto en 27 casos que suspenden definitivamente la presentación de escalofríos y producen por una lisis rápida, casi por crisis, la mejoría de la enfermedad.

He visto curarse infecciones que habían durado veintitantos días con 8 ó 10 inyecciones, y casi lo mismo en los casos de infección reciente. Afortunadamente, no hay que decir en este tratamiento que hace tanto mejor y más rápido efecto cuanto menos tiempo hace que la infección se ha presentado. Hay, sin embargo, que decir que existen casos en los que la gran virulenta de los gérmenes aniquila rápidamente el organismo de las infectadas y no ha lugar á la defensa. También habrá casos en los que la gran duración de la infección, por haber alterado profundamente órganos importantes ó elementos de defensa, haya quedado á la economía en tan consumido estado, que el sublimado no arregle ni sea lógico que pueda arreglar el conflicto.

El número de inyecciones necesarias para curar las infecciones varía en extremo. He llegado á necesitar poner en una endoflebitis de escalofríos diarios de más de 40°, que empecé á tratar á los veintiocho días de infección, 17 inyecciones de 5 miligramos.

Según la virulencia de los gérmenes, el grado de resistencia orgánica y el número de focos intravenosos que constituyan las circunstancias de la infección, el tratamiento resulta más ó menos tempranamente eficaz. Así tenemos ejemplos de distinta rapidez de curación».

A continuación expone siete observaciones interesantes, en las cuales el tratamiento intravenoso de sublimado dió excelente resultado.

Y termina diciendo: «Tengo curados 27 casos de infección puerperal con las inyecciones de sublimado. Desde que empleo este tratamiento no he asistido ningún caso de muerte.

También he empleado las inyecciones de 5 miligramos de sublimado por vía venosa en los casos crónicos de endoflebitis tumorales del ligamento ancho y con *flegmatia alba dolens*.

Conforme he publicado en el núm. 51 de estos *Anales*, correspondiente al mes de mayo último, considero como tales flebitis tumorales del ligamento á la mayoría de las lesiones hasta ahora clasificadas como flemones, no de la base, sino del propio ligamento. Pues estas lesiones, mucho antes de que estén en condiciones para tratarse por incisión, resultan curables por las inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio. En el artículo á que me refiero hago una ligera cita de las curaciones que he obtenido en tres casos.

En una enferma que había tratado por el sublimado, en diciembre último, sobrevino *flegmatia alba dolens*, á los doce días de conceptuarla como curada. Hubo fiebre de 39° durante tres días, y los signos físicos y subjetivos de la enfermedad. La hice guardar cama y repetir las inyecciones de sublimado á la dosis de 5 miligramos. A los cinco días, la enferma dejó de tener dolor é hinchazón; cuatro días después abandonó el lecho.

Muy interesante fué también el caso de curación de un accidente de embolia pulmonar séptica, sobrevenida tardíamente en el curso de una endoflebitis puerperal. Esta enferma la traté en unión del Dr. Pulido y Martín. Sobrevino la embolia y se empezó á constituir el proceso séptico pulmonar. La enferma curó con varias inyecciones intravenosas de sublimado.

Como secuela de las lesiones venosas post-endoflebiticas en enfermas tratadas por el sublimado, he visto en tres casos que se presentan fenómenos circulatorios en los miembros inferiores. Estos fenómenos consisten en edemas de los pies, tobillos y pantorrillas, acentuados al cabo de varias horas de permanencia en

posición vertical. La hinchazón ha sido en dos casos unilateral, y en otro bilateral. Es debido indudablemente, á la dificultad del tránsito de la sangre por las ilíacas externa ó primitiva. A estas venas llega la trombosis por la especial manera que en bastantes casos tiene de desembocar el sistema venoso peri uterino, porque si bien lo general es que tanto la vena útero vaginal anterior, como la posterior, desemboquen en la hipogástrica, ocurre en un 33 por 100 de los casos que la útero-vaginal anterior ó, mejor dicho, el trenzado de las dos ó tres útero- vaginales anteriores desagüe, ó en la unión de las dos venas ilíacas, externa é interna, ó francamente en la externa. De esta última disposición anatómica depende que en algunos casos la tromboflebitis de los plexos uterinos llegue á la vena ilíaca externa y pueda determinar, ó la *flegmatia alba dolens*, ó únicamente los trastornos en la circulación de retorno, que nosotros hemos observado y que son efecto del mal estado de permeabilidad de la vena ilíaca externa.

Estos fenómenos duraron en los casos vistos por nosotros diferente tiempo. En uno, diez ó doce días; en otro, un mes; y en el caso de bilateralidad desapareció rápidamente de la pierna derecha, y en la izquierda lleva mes y medio, no habiendo aún desaparecido. En ninguno de estos casos hay tumoración flogósica pelviana, ni albuminuria, ni lesión cardíaca de ningún género. A estas enfermas no las trato más que con medias de goma.

Finalmente, diré que en algunas mujeres cuyas endoflebitis he tratado con sublimado, he encontrado en ulteriores reconocimientos de los parametrios la existencia de cordones endurecidos, que seguramente son las venas trombosadas (útero-vaginal posterior y grupo anterior).

Hasta la fecha no he observado ningún caso de embolia.

Cólera y embarazo, por F. Pezzini y R. Pirani, (*Annali di Obstetrica e Ginecologia*, 30 de abril 1912).

Los autores formulan las conclusiones siguientes:

- 1.^a El cólera no respeta á las mujeres embarazadas.
- 2.^a El pronóstico del cólera no se modifica por el estado de gestación, siendo tanto más grave para la madre cuanto más avanzado esté el embarazo.
- 3.^a La tendencia á la interrupción del embarazo aumenta con la época de la gestación.

4.^a El pronóstico para el feto es muy grave; sin embargo, cuanto más avanzada esté la gestación más probabilidades tiene el feto de sobrevivir.

5.^a El puerperio, en las mujeres que sobreviven, es regular.

6.^a En las mujeres embarazada, curadas sin haber abortado, el embarazo evoluciona normalmente.

Tratamiento quirúrgico de las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio, por el Dr. Recasens, (*Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*, septiembre 1912).

El autor deduce de su interesante trabajo las conclusiones siguientes:

1.^a Las hemorragias de la primera mitad de la gestación, dependen de lesiones uterinas ó de anomalías de inserción ovular; para la curación de las primeras, los medios quirúrgicos variarán según la naturaleza de la causa productora; para las segundas, si no se comprueba lo contrario, hay que suponer la gestación en estado de poder continuar y la abstención operatoria debe ser la regla.

2.^a Cuando se compruebe la inevitabilidad del aborto ó la enfermedad degenerativa del óvulo, si la hemorragia es intensa, debe procederse á la rápida evacuación del útero, dilatando ampliamente el cuello, y, á no ser esto fácil, practicando la histerotomía anterior.

3.^a La inserción baja de la placenta no es causa de hemorragias en la primera mitad de la gestación, y, por tanto, no se debe hacer operación quirúrgica alguna basada en este diagnóstico.

4.^a En la segunda mitad de la gestación las hemorragias obedecen á despegamientos de placenta normalmente insertada, á la presencia de várices vaginales ó á inserción viciosa de la placenta.

5.^a La operación cesárea puede ser salvadora de la vida del feto y aun de la madre, en las hemorragias por desprendimiento prenatal de una placenta normalmente insertada.

6.^a Las hemorragias por várices vaginales, deben ser corregidas por la extirpación de la vena varicosa.

7.^a La operación cesárea abdominal es el medio más económico de sangre que puede emplearse en los casos de inserción previa central de la placenta.

8.^a La histerotomía vaginal puede ser utilizada como tratamiento excepcional en los casos de placenta marginal, cuando sea

posible hacer el diagnóstico preciso sobre qué cara se halla insertada;

9.^a La cesárea clásica abdominal en la placenta previa, es preferible á las extra y subperitoneales, por evitarse con ella de modo seguro el caer con la incisión en la zona placentaria.

10. Las hemorragias *post-partum* son debidas. á inercia uterina, traumatismos útero-vaginales ó á retenciones de porciones de placenta.

11. El examen cuidadoso de las partes y la sutura de los desgarrros cérvico-uterinos, es el medio seguro de cohibir las hemorragias debidas á esta causa.

12. En las hemorragias tardías del puerperio hay que suponer la retención de restos placentarios. y se impone la legración del útero practicada con cuchara grande y roma.

Aborto infeccioso en un útero fibromatoso, por Kuffer, (*Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique*, p. 91, 1912).

Mujer de unos 40 años; ha tenido una hija hace 20 años en buenas condiciones. Presentaba dos retrasos menstruales, reapareciendo la sangre unos días después con cólicos uterinos. El tamaño del útero hacía pensar en la posibilidad de un embarazo; su segmento inferior estaba reblandecido; el cuello estaba entreabierto dejando salir coágulos sanguíneos de olor infecto. Hacia el fondo del útero, nudosidades fibrosas separadas por porciones flojas. Temperatura 39°.

Diagnóstico.—Retención de huevo muerto en útero fibromatoso:

Después de haber separado con la cucharilla los restos placentarios, se notó que un cuerpo extraño móvil, escapaba á la acción del instrumento. Vista la imposibilidad de hacer el tacto intrauterino, por la dureza de su orificio interno, se hizo un taponamiento con gasa, después de una inyección intrauterina con sublimado.

La temperatura que era de 40°, descendió por la noche á 38°.

Separado el taponamiento 48 horas después, se encontró un fibroma grueso del tamaño de un huevo de pollo. Hecha la dilatación, se cogió con una pinza de garfios el fibroma, y se hizo la extracción por torsión. Raspado del fondo uterino. Por tacto intrauterino se comprobó que este nódulo había acabado por formar una especie de badajo de campana retenido por un pedículo

á la pared del útero. La retracción uterina después del primer raspado le había movlizado bastante.

Su curación sobrevino rápidamente.

ZULOAGA

OFTALMOLOGIA

La ambliopia estrábica; su causa, su curación, por Lagrange, (*Acad. de Médecine*, mayo 13).

La disminución ó falta total de visión del ojo desviado, de los estrábcos, tiene su causa, en la inmensa mayoría de casos, en la falta de uso de este ojo para la visión. En seiscientas observaciones, el autor ha podido probar que la disminución de la agudeza visual es proporcional á la antigüedad de la desviación: es pues un error creer que los estrábcos son primitivamente ambliopes; el ojo desviado, pierde su agudeza visual, después de haber sido excluído de la visión.

A las pruebas que apoyan esta demostración, sacadas del análisis de los hechos clínicos, se añaden las que resultan de la mejoría de visión del ojo desviado por el uso de un vendaje sobre el ojo bueno; es habitual comprobar, pasadas algunas semanas, hasta tres meses, un aumento muy acusado de la visión del ojo estrábico, y, quitando algunos raros casos de estrabismo neuropático, el retorno de la agudeza visual del ojo desviado puede ser seguido del restablecimiento de la visión binocular, cuando el sujeto quiere someterse á los clásicos ejercicios del estereoscopio ó del diploscopio.

La mancha de Mariotte en los casos de los casos de neuritis óptica, por Szafnicki, (*Revue Générale d' Ophthalmologie*, julio 1912).

Hasta estos últimos tiempos, los autores no daban gran importancia al aumento de la mancha de Mariotte, en el curso de los procesos inflamatorios del nervio óptico. Ultimamente, se mencionan en las descripciones las observaciones de los escotomas centrales, englobando al mismo tiempo la región correspondiente á la entrada del nervio óptico. (Baquis, Berger, Pauuz). Es pues probable que se trate, en estos casos, de un ensanchamiento de la mancha ciega fisiológica. Pero los autores no dicen nada preciso sobre este punto.

Szafnicki, cita nueve observaciones personales, sea de neuritis óptica de orígenes diversos sea de éxtasis papilar que él ha examinado especialmente para estos estudios. En todos estos casos, la mancha de Mariotte estaba netamente agrandada, correspondiendo con lesiones oftalmoscópicas muy marcadas á nivel de la papila. Por otra parte ha observado casos de éxtasis papilar incipiente, unilateral, donde no se podía notar más que un ligerísimo desvanecimiento de los bordes de la papila. Si no se encontraba un agrandamiento de la mancha de Mariotte, se notaba la desaparición más fácil y más pronta, de la mira del perimetro, al nivel de este ojo, que del lado del ojo sano. En casos parecidos el examen minucioso del campo visual tiene pues una importancia capital para el diagnóstico precoz de una estrangulación papilar en su principio.

Relaciones de la inflamación flietenular del ojo con la tuberculosis, por Rosenhanch, (*Annales D' Oculistique*, agosto 1912).

El autor ha estudiado clínicamente 50 casos de flietas oculares y en el 40 por 100 ha podido hacer el diagnóstico de tuberculosis. En el 34 por 100 de casos existían signos de escrófula, abstracción hecha, de las inflamaciones de la piel de los párpados y del borde ciliar.

La reacción á la tuberculina (método de Moro), fué negativa dos veces; veintinueve veces tenía la fuerza de I,14 de II y 4 la de III, lo que da 96 por 100 de focos tuberculosos en el organismo. El autor hace observar que la reacción de Moro se mostró positiva en el 4 por 100 de individuos seguramente exentos de tuberculosis.

Para buscar el índice opsónico de las lágrimas y de la secreción conjuntival, el autor ha aplicado el método de Stock: en los individuos normales, las lágrimas y la secreción no poseen casi ningún poder opsonizante; en los individuos atacados de flietas este poder varía en relación con la afección ocular, cuando se hace uso de estafilócocos dorados; las variaciones son menos marcadas con el estafilococo blanco y no existen con el bacilo de Koch.

Cualquiera que sea el estado de la afección ocular y la forma microbiana empleada, el índice opsónico no varía en el suero sanguíneo de los individuos atacados de flietas. El resultado es el mismo irritando el ojo atacado de flietas con dionina.

El autor relata después una serie de experiencias é investigaciones bacteriológicas hechas en los animales de laboratorio. En 10

experiencias ha obtenido 7 veces flictenas típicas en los animales preparados con la tuberculina, en cuyo fondo de saco inferior, introducía estafilococos dorados.

Los hechos siguientes demuestran que las flictenas son debidas á una causa externa: en el fondo de saco conjuntival de los ojos atacados de flictenas, los microorganismos patógenos son mucho más numerosos que en el fondo de saco normal; las flictenas son superficiales y ceden á un tratamiento bien dirigido; es la regla que, las erupciones cutáneas (cabeza, cara, párpados), precedan á la aparición de las flictenas; en los animales tuberculosos ó tuberculizados, no se obtienen flictenas irritando los ojos con agentes químicos, sino introduciendo en sus fondos de saco conjuntivales, estafilococos ó sus toxinas. El autor cree que son las toxinas y no los microorganismos mismos los que obran; en las flictenas no se encuentran estafilococos ni bacilos de Koch; la inoculación en la cámara anterior del ojo no produce flictenas.

En cuanto á la relación de las flictenas con la tuberculosis, además de las cifras ya mencionadas, que demuestran la frecuencia de los focos tuberculosos en los organismos atacados, recuerda el autor que las flictenas aparecen frecuentemente sobre la conjuntiva, después de una inyección subcutánea de tuberculina, sobre todo en los individuos que reaccionan positivamente y en los que habían ya padecido flictenas oculares. La introducción de estafilococos en los fondos de saco conjuntivales de los animales sanos, no da lugar á flictenas. Las flictenas aparecen, por el contrario, en estas condiciones, en el animal tuberculoso.

De estas investigaciones el autor deduce que la inflamación flictenular de las conjuntivas, es producida por la acción simultánea de una causa interna (toxinas del bacilo de Koch) y de una causa externa (toxinas de otros microorganismos, sobre todo del estafilococo dorado).

Tres casos de embolia de la arteria central de la retina en el curso del embarazo, por Teillais, (*Soc. franç. d' Ophthalmologie*, mayo 1912).

Los tres casos de embolia de la arteria central de la retina que el autor ha podido observar en el espacio de seis años y de los cuales, no ha encontrado en la literatura semejantes, tienen su principal interés en el hecho de que sólo al embarazo puede atribuirse la causa.

El primer caso se refiere á una mujer de 25 años, á la cual se la presentó la embolia durante el sexto mes de un embarazo completamente normal, sin que la enferma tuviera antecedente patológico alguno.

La segunda observación fué hecha durante el primer embarazo de una mujer de 23 años, de excelente salud, ningún antecedente patológico, análisis de orina negativo; embolia de la central de la retina del ojo derecho á los siete meses de embarazo.

La tercera mujer padeció la embolia al séptimo mes, en las mismas circunstancias que las anteriores.

Aparte la endarteritis local de la trombosis, atribuye el autor, la formación de la embolia á las modificaciones que sufre el aparato circulatorio de la mujer bajo la influencia del embarazo y particularmente, el aumento de la fibrina en los últimos tres meses, que hace á la sangre más coagulable y favorece así la formación del émbolo.

Dada la integridad de los órganos y la ausencia de antecedentes patológicos, no se puede negar la influencia preponderante del embarazo sobre la génesis del proceso embólico.

PABLO ALVARADO

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Un nuevo signo diagnóstico precoz de carcinoma del tercio superior del esófago, por Guarnaccia de Catane. (*Archives Internationales de Laringologie, Otologie et Rhinologie*, agosto, 1912).

A pesar de los nuevos exámenes directos del esófago, perfeccionados por Killian, Guisez y Brünings, no es posible en muchos casos diagnosticar al principio, el cáncer del esófago, diferenciándole de otras enfermedades que se manifiestan por fenómenos casi análogos.

Mi larga experiencia, de observaciones continuadas, me han hecho descubrir un síntoma característico del carcinoma esofágico que puede observarse muy pronto, es la *retro-fijación progresiva de la lengua*: el enfermo no puede sacar la lengua más que algunos centímetros por delante de la ventana oval, sin experimentar una sensoria dolorosa, y sin que el observador perciba una resistencia obstinada de la parte de la lengua, que trata de tirar.

Este síntoma es característico del cáncer del esófago, el autor le ha encontrado exclusivamente y constantemente, al principio de esta sola enfermedad, con exclusión del esofagismo, la úlcera, la tuberculosis y la sífilis del esófago, lo mismo al principio, que en un período muy avanzado.

¿Cuál es la causa de esta retrofijación de la lengua? El autor dice, no puede manifestar exactamente dicha causa, por no haber practicado autopsias y tiene que basar, sobre las alteraciones anatomo-patológicas que el cáncer provoca, las hipótesis siguientes:

a) El proceso inflamatorio secundario á la infección cancerosa, engendra una periesofagitis esclerósica, á consecuencia de la cual, el tejido celular laso que reúne hacia adelante el esófago á la tráquea, y á la aponeurosis prevertebral hacia atrás, y que normalmente permite la salida de este órgano, se endurece, se vuelve resistente y le fija á los órganos vecinos. Hacen sentir indirectamente su acción retractil sobre el hueso hízoides: los dolores se irradian hacia el cuello y los dos confirman la existencia del proceso.

b) La inmovilidad de la mucosa esofágica, que se revela por la esofagoscopia directa, ha sido señalada en primer lugar por Stoerk; constituye un coeficiente serio, porque impide á la mucosa lingual, con la que tiene relaciones de continuidad, extenderse y moverse libremente.

Esta inmovilidad proviene no solamente del proceso canceroso, sino de la infiltración de las vías linfáticas de la mucosa, que llegan á los ganglios retro-linguales, vías linfáticas que se transforman en cordones duros y resistentes.

Ataques epileptiformes por inflamación auricular periódica que proviene de adenoiditis; CURACIÓN, por Trékop (Anvers).

Es la historia de un niño atacado de otitis media purulenta bilateral consecutiva á la escarlatina, hace 10 años. Los ataques epileptiformes, tenían lugar cada 15 ó 18 días.

El médico general había tratado al niño sin resultado, durante un año. La desinfección del naso-faríngeo, las curas del oído se hicieron durante dos meses. La ablación de las vejetaciones adenoidas completan la curación. El niño está bien hace unos cinco meses.

El tratamiento de la laringitis tuberculosa en altas montañas,
por De Reynier de Leysin. (*Archives Internacionales de Laringología*, agosto, 1912).

Tenemos la convicción que la laringitis tuberculosa es un síntoma grave, que sobreviene en el curso de una tuberculosis pulmonar ó intestinal,

Es la prueba de una falta de resistencia del organismo á la infección tuberculosa; su marcha depende ante todo del estado general.

En efecto; una experiencia de 10 años nos ha demostrado que la laringitis tuberculosa, es la tuberculosis que tiene más tendencias á curar espontáneamente cuando se coloca al enfermo en condiciones de reparar rápidamente su estado general.

Partiendo de este principio, sólo hemos intervenido quirúrgicamente en los enfermos con laringitis tuberculosa acompañada de disfagia. En todos los demás casos, nos abstenemos, de toda intervención, porque la experiencia nos ha demostrado que la mayoría de las veces, la cura de alturas, provoca una mejoría del estado general, suficiente para obtener la curación total de las lesiones tuberculosas de la laringe.

En efecto; hemos visto frecuentemente laringitis tuberculosas graves, con ulceraciones, infiltraciones y edemas, desaparecer rápidamente, con la estancia de algunas semanas en la altura de montaña.

Una vez instalados, en la montaña, prescribimos á todo enfermo el silencio absoluto, y tres veces por semana pulverizaciones con el líquido de Mermod.

Si la tos es seca, frecuente y violenta, se prescribe un calmante cualquiera, á fin de dar á la laringe el mayor reposo posible.

El silencio absoluto de la voz es de tal importancia, que hemos adquirido la certidumbre, de que el reposo de la voz es la condición *sine qua non* de una curación rápida y completa, con restitución *ad integrum*, del timbre de la voz.

En la laringitis tuberculosa acompañada de disfagia, en la que el enfermo no puede alimentarse y el dolor no le permite dormir, se opera inmediatamente, para permitir al enfermo alimentarse y dormir, y facilitar por tanto la mejoría del estado general. De todos los métodos el mejor es el gálvano-cauterio.

No se operarán los enfermos muy graves; caquéticos.

He aquí los resultados de 100 enfermos tratados por este método.

De los 100, 14 llegaron á Leysin atacados de tuberculosis laríngea con disfagia y tuberculosis pulmonar en tercer grado.

De los 14, 4 murieron al mes; de los 10 restantes, 8 curaron totalmente con restitución de la voz; 1 curó después de quitar por segunda vez algunas granulaciones, después de tres meses de estar sujeto á la cura de altura. El otro quedó con voz ventricular.

De los 86 restantes, 32 curaron espontáneamente de su afección laríngea con restitución de la voz; 2 están con voz ventricular, aunque curados, y 3 en vías de curación.

De los 49 restantes, el resultado operatorio fué de lo más satisfactorio, puesto que 37 curaron enteramente, con retorno total de la voz al estado normal.

En resumen: de 100 casos de laringitis tuberculosa, obtuvimos el resultado siguiente:

Curados con voz normal.....	77
Id. id. ventricular..	8
Partieron.....	11
Muertos.....	4

La altura es uno de los agentes más activos para mejorar el estado general, así como para luchar contra la infección tuberculosa, y sobre todo, contra la tuberculosa laríngea.

Las 32 curaciones espontáneas de tuberculosis laríngea que hemos observado, son una prueba irrefutable.

Observaciones experimentales sobre la acción de la urotropina en la meningitis, por Vau Caneghem (de Breslau).

La urotropina parece (por lo menos en las experiencias hechas sobre los animales) ejercer, cuando se emplea á tiempo, una acción benéfica en la marcha de las infecciones meníngeas. De lo cual resulta que podría darse como profláctico, en los casos que exista cierta probabilidad de infección meníngea después de la operación.

RODRÍGUEZ VARGAS

UROLOGIA

Las leyes de la urea y de los cloruros, de las orinas divididas de los dos riñones; aplicación á la fisiopatología de los riñones; por F. Cathelin. (*Revue pratique des maladies des organes genito-urinaires*, 1.º de marzo 1912).

El autor cree poder afirmar, que el modo de eliminación de la urea, es el único elemento que tiene valor, para legitimar una intervención renal y según él, la eliminación de la urea, está regida por las siguientes leyes:

1.ª *Ley del valor absoluto de la cantidad de urea.*—La cantidad de urea, de las orinas divididas, tiene un valor de primer orden, en tanto que se considere su valor absoluto, es decir por litro, sin tener en cuenta la cantidad de orinas excretadas durante la duración de la exploración

2.ª *Ley de la eliminación de la cantidad de urea.*—La cantidad de urea, de las orinas divididas, es función del aparato tubular conservado y representa exactamente el grado de alteración del parénquima renal, bajando su cantidad tanto más, cuanto el riñón está distendido ó destruido.

3.ª *Ley de la constancia de la cantidad de urea.*—La cantidad de urea de las orinas divididas, es sensiblemente la misma para el riñón enfermo, sobre orinas recogidas cada 10 minutos, durante toda la duración de la exploración, representando por consiguiente, el potencial biológico ó cociente secretorio del parénquima renal.

4.ª *Ley de la firmeza de la cantidad de urea.*—La cantidad de urea de las orinas divididas, es sensiblemente la misma en el riñón enfermo, cuando se recoge la orina en diferentes momentos (muchas semanas) ó por métodos diferentes.

Del tratamiento quirúrgico de los tumores en la vejiga. Indicaciones y resultados tardíos, por Enrique Giraud. (*Thèse de Lyon*, 23 enero 1912).

El autor menciona todas las observaciones de tumores de la vejiga operadas por Rafin, durante los 20 últimos años, siendo en número de 42, de las cuales 14 de tumores benignos y 28 de cánceres; he aquí los resultados inmediatos y tardíos.

Tumores benignos.—De los 14 casos, la intervención consistió 11 veces en la exéresis simple, 2 veces en la cistectomía parcial y una vez cistectomía total. La gravedad de esta intervención que no puede compararse, con la ablación de un papiloma por la talla, justifica una distinción que no ha sido señalada por Rafin y Giraud; á un enfermo atacado de papilomatosis difusa de la vejiga Rafin practica la ablación del bloque vésico-prostático, dejando las uréteres en la herida operatoria, para reimplantarlos tres meses después; el enfermo sobrevivió todavía tres meses, muriendo á consecuencia de la infección renal, siendo lógico por tanto colocar este caso en otro lugar. De modo que en 14 operaciones por tumores benignos, quedan 13 casos que dieron á Rafin una muerte operatoria, lo que constituye una mortalidad de 7,6 por 100. Entre los 12 operados sobrevivientes, Rafin ha obtenido 7 curaciones (un 58 por 100), habiendo sido comprobada una al cabo de 13 años de la intervención, muriendo el enfermo poco tiempo después de una cardiopatía sin trastorno vesical de ninguna clase; 3 curaciones persisten desde 3 ó 4 años, uno desde 2 años, siendo las otras observaciones recientes. Las recidivas en número de 5 sobre 13 casos operados (28 por 100), han proporcionado, dos alargamientos de la vida que persisten en la actualidad, el uno desde hace 6 años, el otro desde hace 21 meses.

Tumores malignos.—En 28 cánceres, 20 veces Rafin pudo practicar una intervención radical, 8 veces tuvo que limitarse á una operación paliativa; de los 20 casos primeros, solamente existe un caso de curación definitiva después de 10 años; la prolongación media de la vida en los restantes es de año y medio (calculado solamente en los enfermos muertos), al paso que los no operados, duraron solamente 7 meses, á contar desde la primera exploración practicada. La duración media de la vida, desde el primer síntoma, hasta la muerte, es para el conjunto de operados de 4 años, al paso que sólo llegan á 2 años los no operados.

La estadística de Rafin demuestra, por tanto, que si la intervención en los cánceres vesicales no es curativa, prolonga por lo menos la vida 2 años más que con la expectación.

E. CEBRIÁN

BIBLIOGRAFIA

Métodos de examen del corazón, por los Dres. P. Merklen y J. Heitz, médico y ex-interno de los Hospitales de París. Traducción de la cuarta edición francesa por D. Angel Avilés. Dos tomos de 208 y de 198 páginas, de la Biblioteca de Ciencias Médicas publicada por la casa de S. Calleja, Madrid.

Esta obrita, cuyo mayor elogio consiste en decir que en pocos años ha alcanzado cuatro ediciones en la nación vecina, está escrita, según sus autores, para estudiantes y médicos noveles, pero, á decir verdad, es interesante para todos los clínicos, porque en ella se encuentran descritos, de un modo claro y conciso, todos los procedimientos de exploración de las enfermedades cardiacas, cuyo conocimiento es indispensable para la resolución de los complicados problemas diagnósticos de tan importante grupo nosológico.

En el tomo primero se estudian los clásicos métodos de *inspección, palpación, percusión y auscultación*, pero no limitándose á repetir lo ya tradicionalmente conocido, sino que además se indican los resultados de los importantes trabajos aparecidos en estos últimos años. La última parte de este tomo está consagrada al estudio de todo lo útil que conviene saber acerca de los nuevos métodos de radioscopia y electrocardiografía.

En el tomo segundo dedicado al *Ritmo cardiaco en el estado normal y patológico*, exponen los autores el estado actual de los novísimos descubrimientos hechos en la anatomía y fisiología del corazón. El lector se informa en poco tiempo y de un modo completo, de las propiedades fundamentales del músculo cardiaco (automatismo, excitabilidad, contractilidad, conductibilidad y tonicidad), del papel del sistema nervioso extra ó intracardiaco, de los métodos de estudio de las alteraciones del ritmo, y de las diferentes variedades de estas alteraciones ó arritmias.

Toda la obra está escrita con la extensión y claridad suficiente para adquirir perfecto conocimiento de lo tratado, pero al mismo

tiempo con la concisión bastante para que no se haga pesada su lectura. El lenguaje generalmente claro, se hace rarísimas veces confuso, por defectos de traducción inherentes á la rapidez con que suelen hacerse este género de trabajos.

La presentación y condiciones editoriales de la obra inmejorables; cosa que á nadie sorprenderá sabiendo el cuidado y esmero que tan alta han puesto la reputación de la casa de Saturnino Calleja.

G. CAMALEÑO

Variedades normales de la curva descrita por el borde libre del proceso alveolar, por el Dr. R. López Prieto, catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina de Valladolid.

El Dr. López Prieto ha publicado en *La Odontología* este trabajo que tenemos á la vista.

En él hace un estudio de las curvas normales del proceso alveolar exponiendo primero las formas geométricas, dándolas sus títulos y explicándolas conforme á las clasificaciones de otros autores, para después hacer la exposición de sus observaciones personales recaídas sobre 1.980 cráneos.

Estos estudios le dan motivo para desechar ó admitir de las clasificaciones algunas formas, creando ó determinando otras nuevas que el autor considera de positivo valor. Resume su trabajo en trece conclusiones muy bien pensadas, á las cuales llega después de razonar y medir inteligentemente opiniones ajenas é investigaciones propias.

Alegatos, por Luis Zapatero González, abogado del Ilustre Colegio de Valladolid, Juez de 1.^a Instancia, etc. Imp. de A. Zapatero. Valladolid.

El autor ha hecho un trabajo dividido en dos partes que llama *Cuestiones Forenses* la primera y *Al margen de «La Gaceta»* la segunda. Forma un volumen de 102 páginas, en las que expone, en varios capítulos, tan interesante materia, con un celo é interés digno de aplauso.

Pero hay algunas cosas que no pueden pasar sin la crítica justa é imparcial, que merecen los hechos, si se han de orientar hacia la verdad. En la pág. 13, trata el autor una cuestión, que

titula, *Una omisión de la ley de accidentes del trabajo*, en la que concede á una de las partes contratantes, al patrono, demasiada capacidad bajo todos los aspectos de la vida, que dibuja cierta tendencia á la parcialidad de juicio en favor de este.

Al obrero, otra de las partes contratantes, se niega todo, hasta el derecho de procurar curarse. Dice así el autor: «Pues si á éste— al obrero—se le otorgara la facultad de designar el facultativo director, se corría el riesgo de facilitar la injusta explotación del patrono, porque las circunstancias del obrero, la resistencia de algunos de éstos al trabajo, la prolongación en la curativa; la torpeza, el descuido, la complacencia y no diré la ignorancia, la negligencia, el error ó la falta de moral profesional en un facultativo...» En lo cual, se deduce lógicamente, se considera la condición del obrero como una bestia, que estima en menos su salud que las pesetas del patrono, aparte de admitir que la conducta del médico en este caso, no puede concederse en el del ser elegido por el patrono.

¡Qué mas dá, Sr. Zapatero! ¿Es que no puede ser el médico torpe, ignorante, negligente é inmoral, cuando es elegido por el patrono en el mismo grado que cuando le elige el obrero?

Pues la práctica lo confirma, porque no son los patronos los que peor maña se dan para proceder con mala fe y cometer los mayores abusos é immoralidades en su beneficio. Otro de los asuntos que pueden interesar lo hallamos en la pág. 29, que trata de *El peligro inminente de muerte en un testador*.

Describe el autor la úlcera simple del estómago, pero se vé no se ha hecho cargo del valor del proceso, aparte de la descripción del *hecho patológico* en sí, que es confusa y poco determinada, en que no apreció el peligro *inminente* de muerte de un modo recto y acertado. Lo mismo en esta enfermedad, que en las incurables y mortales de *carácter* crónico, no puede admitirse el peligro inminente de muerte, cuando marca la ley, como quiere el autor del libro, porque esa misma gravedad de la lesión que pone en peligro de morir, aunque no implique la *inminencia* de muerte, *a priori*, no puede establecerse, porque lo que *a posteriori* se puede considerar como *agudización* ó *crisis del mal* que llama el Sr. Zapatero, puede ser el momento oportuno y preciso de muerte. ¿Cómo podrían calcularse los procesos que se han de suceder en un momento determinado de una lesión calificada de crónica y de mortal para que con una de esas crisis del mal, no se considere de peligro inminente, *prompta pericula*?

A continuación expone el autor *La intervención quirúrgica en un accidente del trabajo*, con el grave error de admitir lo que sigue. «La Medicina debe luchar, cuanto es factible en lo humano, antes de ceder su puesto de honor á la Cirugía; á la que exclusivamente se debe apelar como recurso último, después que aquélla haya agotado todos sus elementos, ...»

Esto, Sr. Zapatero, ya no lo defiende nadie. Es sumamente vulgar y falso. Desde hace mucho tiempo hay otras orientaciones que V. puede encontrar en cualquier libro de medicina ¿Pero en el caso que V. mismo describe, no admiten los médicos que por medio de una intervención quirúrgica hubiera habido la posibilidad de que el obrero quedase útil para el trabajo?

Pues si señor, se debe operar, se está en la obligación de operar, con oportunidad y á tiempo, y nunca á última hora, porque entonces se pierde la indicación de operar, como se pierde la buena acción de un medicamento, que así se considera hoy la operación, cuando se administra después del momento en que se encuentra indicado.

En este mismo capítulo habla el autor de algunas cosas de cirugía, de huesos y articulaciones, un poco revuelto, pero que indudablemente pone de manifiesto el esfuerzo que el Sr. Zapatero ha tenido que hacer para enterarse de estas cuestiones, por lo cual, y teniendo en consideración los demás capítulos de la obra, podemos considerar al libro como el fruto de un laborioso y constante trabajador, muy digno de aplauso y muy meritorio para el recto juez D. Luis Zapatero González.

DR. DOMINGO

CASOS Y CONSULTAS

Herida por arma de fuego.—Tétanos.—Muerte.

Se trata de un hombre robusto, de fuerte complexión, natural de Arrabal de Portillo, de 39 años de edad, sin antecedente ninguno hereditario ó patológico, que relacionarse pueda con el asunto que motiva esta exposición, el cual en 15 de agosto del corriente año fué víctima del accidente que le costó la vida.

En el día señalado, cazando codornices, al verificar un movimiento de flexión del tronco, teniendo en la mano derecha la escopeta cargada, se disparó ésta, recibiendo el tiro en la parte superior del muslo derecho, casi apoyado el cañón de la misma sobre la región señalada; desgraciadamente para el herido, en la proximidad había una charca constituida por agua estancada, con materias orgánicas en descomposición y gran cantidad de légamo en el fondo, y en la que inmediatamente se sumergió haciendo repetidas abluciones sobre la región herida, removiendo profundamente el fondo en todas las maniobras que duraron próximamente una hora, hasta que llegaron los primeros auxilios consistentes en la aplicación de pañuelos y lienzos, de limpieza dudosa y con cuyo apósito fué trasladado al lugar de su residencia.

Inmediatamente el ilustrado compañero que ejerce la profesión en la citada localidad, procedió á curar al herido, haciendo abundantes irrigaciones con agua hervida y solución de sublimado al uno por mil, para desembarazar la herida de cuantas sustancias extrañas pudiera haber, terminando con una cura oclusiva de gasa y algodón y apósito conveniente, además claro es, de tomar cuantas disposiciones de índole general son comunes á todos los traumatizados.

El día 16 de agosto por la mañana, primer día de nuestra asistencia, nos encontrábamos delante de un hombre robusto, alegre, risueño, con un excelente estado general y con 37°-8 de

temperatura, el que nos refería el accidente como reseñado queda, presentando una herida por arma de fuego situada en la parte alta del muslo derecho, región antero-externa, de forma redondeada, del tamaño de una moneda de diez céntimos, con bordes desgarrados y desiguales, negruzcos y equimóticos, con incrustaciones de pólvora en los alrededores, y de la que rezumaba una serosidad sanguinolenta, con hedor ligero desagradable; cuidadosamente reconocida pudimos cerciorarnos de los destrozos causados, de una parte por la carga del proyectil que había ido hasta la cara anterior del hueso y grupo muscular profundo (recto interno, pectíneo y adductores), donde se alojaban perdigones en abundancia, y por otra parte, la deflagración de la pólvora y la fuerza expansiva de los gases y vapores á que da lugar, extendiéndose hacia abajo entre la piel y el estuche aponeurótico muscular hasta la mitad del muslo y hacia arriba, hasta la arcada crural.

El fondo y trayecto de esta gran oquedad, constituida por un conjunto de piltrafas y tejidos desgarrados, sucios y negruzcos que al menor contacto se desprendían, integrado por el tensor de la fascia lata, algo del sartorio, y el vasto externo y recto anterior en su mayor parte; afortunadamente los grandes vasos y nervios habían sido respetados por la dirección oblicua de fuera adentro y algo de delante atrás, que siguió la carga del proyectil.

Nos encontramos en suma, delante de una herida por arma de fuego, proyectil de caza, cuya carga era de perdigón fino (mostacilla) y que había producido una herida anfractuosa é irregular, profunda, de bordes desgarrados, con extensa zona de mortificación, la que tenía, para que nada faltase, seguridades de estar infecta por las abluciones y baños de la charca indicada, inmediatamente después del accidente, durante cerca de una hora.

Teniendo en cuenta todo esto, de común acuerdo con el compañero de cabecera, convinimos en la necesidad de hacer un amplio desbridamiento que unificara el trayecto irregular, en herida abierta, que nos permitiera con toda comodidad la limpieza, dando salida á los tejidos mortificados que en abundante cantidad existían, á los restos de vestidos y del proyectil; á tal fin una larga incisión longitudinal extendida desde dos centímetros por encima del ligamento de Poupert, hasta la parte media del muslo, nos proporcionó ancho campo para, con irrigación abundante de 10 litros de solución salina fisiológica esterilizada, limpiar cuidadosamente la herida, arrastrando los restos antes

mencionados, para previa desinfección de las proximidades con tintura de iodo, proceder al embalsamamiento de la herida á lo Reclús, completando la intervención con una cura de materiales esterilizados á lo Guerin.

Quedaba para nosotros, un traumatizado que como tal ninguna importancia ni transcendencia tenía, mas como no podíamos ni debíamos olvidar las circunstancias y contingencias que con el accidente se habían sucedido y las manipulaciones espontáneas y obligadas á que se sometió y fué sometido el herido, formulábamos un pronóstico grave, de gravedad extrema, en cuanto á las complicaciones que podían presentarse: la septicemia y el tétanos y que desgraciadamente se vió después confirmado á pesar de cuantos medios pusimos en práctica.

En aquella consulta, quedó convenido y puesto en práctica después, aparte de los cuidados generales de higiene, reposo y alimentación, la necesidad de una ó dos curas diarias consistentes en abundante irrigación de suero fisiológico, lavado de agua oxigenada ó iodada, embalsamamiento de la herida y apósito conveniente, empleando solamente materiales esterilizados de absoluta garantía y como complemento una inyección de suero antitetánico de 20 centímetros cúbicos, á título de preventiva, que fué practicada al día siguiente.

Reunido nuevamente el día 20 del mismo mes, con el compañero de la localidad para examinar al enfermo, nos llamó la atención que el herido había mantenido fija su temperatura alrededor de 38° desde el día del accidente, comenzando á quejarse horas antes de dolor ligero pero continuo de toda la zona traumatizada; reconocida ésta para proceder á la cura, comprobamos la favorable modificación de su aspecto, pero sin haber desaparecido la secreción saniosa del primer día, con su hedor característico y después de irrigarla abundantemente extrayendo algunos perdigones, que entre las masas musculares mortificadas, se ocultaron el primer día, terminamos la cura como en los anteriores.

En esta nueva entrevista con el compañero, conveníamos en la necesidad de seguir el camino trazado, suspendiendo por unos días la pomada de Reclús, por el ligero eritema iodofórmico que se había presentado, sustituyendo el suero fisiológico por la disolución de permanganato potásico al milésimo, repitiendo una nueva inyección de suero antitetánico de 10 centímetros cúbicos que no llegó á practicarse por la presentación de síntomas que exigían un cambio de conducta.

En efecto, nuestros temores y previsiones eran fundadas; en las últimas horas de la tarde de dicho día, á los seis del accidente, se presentaba trismus ligero al principio, más acentuado después, apareciendo seguidamente disfagia y contractura de casi todos los músculos, hasta llegar al estado en que le encontrara al día siguiente, 21 de agosto.

Solamente las extremidades superiores estaban libres, con las que violentamente se agarraba á la cama; el trismus, la disfagia y la contractura de los músculos de la cara, dando lugar á la risa sardónica, eran tan exageradas, que imposibilitaban la deglución y casi por completo la locución; la contracción de los músculos del tronco daba lugar á un rígido opistótonos y la contracción tónica de las extremidades inferiores era interrumpida frecuentemente por violentos espasmos que se propagaban á los músculos abdominales y respiratorios; por último 160 pulsaciones al minuto, con 42° de temperatura y perfecta lucidez en las facultades intelectuales, nos permitían presagiar un próximo y funesto desenlace.

Aun descontando el fin y suponiendo que todos nuestros esfuerzos serían estériles, conveníamos en la necesidad de obrar rápidamente y con energía; era necesario neutralizar la toxina tetánica; solamente una inyección grande y repetida, si había lugar, de suero antitetánico podía conjurar el peligro y con ello despertar las esperanzas de una mejoría ó curación y á tal fin se le inyectaron 70 c. c. de suero antitetánico, continuando con el tratamiento médico instituido por el competente compañero de cabecera, á base de hidrato de cloral, 2 gramos en enema cada 4 horas y una inyección de 1 centígramo de cloruro mórfico cada 8 horas.

Todo inútil, á las cuatro horas de la inyección de suero, el enfermo falleció por parálisis cardíaca después de un período de depresión, según me refiere el compañero que le asistía en los últimos momentos.

Varias razones me inducen á publicar el caso reseñado; en primer lugar la poca frecuencia del tétanos quirúrgico en la actualidad nos obliga á llamar la atención, máxime en la estación actual en la que no dejan de ser frecuentes los accidentes de caza, y en los que por la forma y naturaleza de los mismos, suele ser frecuente tal complicación.

Y es, que como dice Richelot hablando de tal enfermedad, debemos cuando ésta se presenta, investigar las causas que tengan relación, con la herida, el herido y el médico; en las primeras sabemos, que por la irregularidad y desigualdad de las mismas, los

espacios muertos á que dan lugar, los tejidos mortificados y desprendidos que se ocultan, son causa abonada para su presentación.

El medio y las circunstancias que ordinariamente rodean al accidentado, no pueden ser más favorables; en el campo, lejos de auxilios eficaces é inmediatos, obligados, por ser lo más alarmante, á contener la hemorragia, con los medios puestos al alcance, ordinariamente pañuelos y lienzos nada limpios, con las manos manchadas de polvo y tierra por lo menos, y en nuestro enfermo, por si esto fuera poco, lavatorios y abluciones con agua estancada, cenagosa y removida, constituyen coadyuvantes favorabilísimos y más que suficientes para la presentación de tal complicación.

Por último, en nuestro caso llama la atención la nula eficacia de la terapéutica preventiva y neutralizante del suero antitetánico lo que parece dar la razón á los que como Delbet desconfían de la acción eficaz del suero; mas no olvidemos que la acción preventiva y curativa es mucho menor en el hombre que en los animales; que la primera deja de manifestarse en todos los casos de tétanos que se presentan antes de los 8 días de incubación y que la cifra de mortalidad de estos tétanos agudos, que llega al 70'2 por 100, desciende al 27'1 por 100 según Voullard en los enfermos en los cuales el período de incubación fué mayor del número de días señalado.

RODRIGO E. CEBRIÁN

LOS EXTRACTOS HIPOFISARIOS EN OBSTETRICIA

POR

Pedro Zuloaga

Hace diez meses dí á conocer á los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA las aplicaciones de los extractos hipofisarios en obstetricia, y les prometí volver á ocuparme del asunto cuando más casos propios me hiciesen formar un juicio definitivo.

Desde aquella fecha he venido usando la pituitrina en cuantos casos la creí indicada, pero sin prisas ni impacencias: he preferido esperar más tiempo á sentar afirmaciones que más tarde hubiera tenido que rectificar. Las cartas que amigos queridos é ilustrados compañeros me escribieron acerca de esta cuestión, en vez de impacientarme me obligaban á mayor cautela en mis observaciones y á más serenidad é imparcialidad en las deducciones que en mi mente formulaba; nunca usé la pituitrina sin creerla indicada, que lógico era fuese yo el primero en seguir el consejo que en mi artículo había formulado: «con los remedios más eficaces deben aquilatarse más las indicaciones, que á veces el fracaso, siendo del médico y no del medicamento, puede desacreditar á éste sin motivo».

Ha continuado la prensa médica mundial concediendo importancia á este asunto, habiendo aparecido en sus columnas

trabajos entusiastas de éxitos indudables y relatos fieles de fracasos evidentes; si bien estos últimos en número escaso, y en mi sentir justificados. No citaré más que los publicados en nuestra nación, ya que mi solo propósito es hoy dar cuenta á mis lectores de lo que yo ví y de lo que yo pienso acerca de la pituitrina en obstetricia.

Muy pocos días después de publicar mi artículo, apareció en los *Anales de la Academia de obstetricia, ginecología y pediatría*, de Madrid, un notable trabajo del Dr. Parache (1) acerca del mismo asunto, en el que cita ocho interesantes casos clínicos en los que la pituitrina, como medio excitador de las contracciones uterinas en el parto, dióle magníficos resultados.

El Dr. Martínez Cerecedo publicó, en el mes de marzo del corriente año, en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, un artículo acerca de «Dos indicaciones más del parto prematuro provocado» con motivo de lo cual se ocupa de las aplicaciones obstétricas del extracto pituitario ó pituitrina, *«que tanto ha entusiasmado, dice, á varios colegas nacionales y extranjeros»*. Por lo que observó en ocho casos en que la había empleado, se permite hacer algunas afirmaciones algo prematuras y á mi juicio equivocadas, que creo muy conveniente rectificar. Entre otras decía que *«el feto sufre casi siempre, porque el tetanismo uterino más ó menos remitente dificulta la circulación feto-placentaria, y por tanto peligra la vida del feto por poco que dure el efecto medicamentoso, mejor por poco que tarde la expulsión fetal. Con el empleo de la pituitrina, añadía, se evitarán muchas aplicaciones de forceps, pero morirán muchos más fetos, que se*

(1) Véase LA CLÍNICA CASTELLANA, tomo VI, pág. 241.

hubieran salvado probablemente recurriendo oportunamente al forceps». Yo demostraré que esto no es cierto.

Me importa también hacer una afirmación enfrente de otra del Dr. Martínez Cerecedo; decía mi querido colega, que este medicamento *«solamente debe ser manejado por los especialistas en los casos en que la observación y experiencia lo aconsejen»*. Yo afirmo que debe ser manejado por todo médico, ya que sus indicaciones, dosis y técnica son más sencillas que las del forceps, y por tanto, que podrán evitarse muchas muertes de madres é hijos y muchas fistulas y demás reliquias post-partum, el día en que los médicos todos, y muy especialmente los rurales, empiecen á manejar bien este producto. Son muchos los médicos generales que no aplican el forceps sin llamar al especialista y que podrán hoy día terminar un parto con pituitrina y sin especialista. ¡Y qué hermoso es que los especialistas demos á los médicos generales un arma para que no nos necesiten!

Pensé nada más leer el trabajo á que vengo haciendo referencia contestar al Dr. Martínez Cerecedo, pero preferí esperar y me he alegrado; pues á los pocos meses, el 29 de junio, publicó dicho señor, en *El Siglo Médico*, otro artículo «La pituitrina en obstetricia», en el que se muestra partidario decidido del producto en vista de los resultados obtenidos por él en quince casos. Dice, que *«después de la importancia y transcendencia que representan en obstetricia la anestesia y la asepsia es preciso colocar la pituitrina»*. Añade, que *«la inercia uterina, que era el motivo más frecuente de aplicaciou de forceps, se domina rápidamente de un modo matemático en menos tiempo del que se necesita para esterilizar aquel instrumento. Tan cierto es eso, que desde que conozco los efectos de la pituitrina, no he aplicado el*

forceps por inercia. Por lo tanto, afirma, puede pronosticarse que las aplicaciones hechas por indicación científica se reducirán á más del 90 por 100». Y aún dice más: «La mayoría de las indicaciones serán ventajosamente reemplazadas por la sustancia opoterápica dicha, que es el recurso más heroico que conozco y que producirá indudablemente una verdadera revolución en obstetricia, pues el forceps será casi relegado al olvido, la versión podálica por maniobras internas se practicará con mucha menos frecuencia, pero en cambio la versión cefálica por maniobras internas tendrá su lógica indicación, al ser dueño, como es el tocólogo de la actividad contráctil uterina con el auxilio de la pituitrina».

Yo me congratulo muy mucho al ver la honradez con que el competente tocólogo, Dr. Martínez Cerecedo, rectifica en parte los prejuicios con que empezó á usar la pituitrina y se declara, hasta con exageración, defensor de su uso en obstetricia; pero á pesar de ser tan entusiasta como el que más de dicho producto, no creo yo que sea ni tan poco como primero dijo dicho señor, ni tanto como afirmó después.

El Dr. Horno Alcorta, de Zaragoza, dice al publicar en *Clínica y Laboratorio*, un extracto de mi artículo anterior sobre la pituitrina, «entendemos que no es medicación que ha de generalizarse por sus dificultades de preparación. La tocológia, por otra parte, tiene en estos casos recursos factibles y de éxito, que todos los médicos conocen». A lo primero nada he de decirle, pues hoy día el extracto de hipófisis se encuentra en todas partes; puedo asegurarle que en bastantes farmacias, no ya de esta ciudad, sino de los pueblos de la provincia, hay pituitrina, y aun cuando yo no he usado más que la preparada en ampollas para inyecciones hipodérmicas, por las casas de Parke, Davis y C^a, y Burroughs

Wellcome y C^{ía}, sé que otras casas lo preparan y que el profesor de Fisiología de la Escuela Agronómica de Buenos Aires, Dr. B. Houssay, ha conseguido encontrar y prepara el principio activo del cuerpo pituitario (su alcaloide, valga la frase) que en la Argentina se usa con gran éxito en aplicaciones obstétricas, según atestiguan en sus notables trabajos, los doctores Beruti, M. Ibáñez Puiggari y señorita María Teresa Ferrari, y según se demostró en la sesión celebrada por la Sociedad de obstetricia y ginecología de Buenos Aires el 1.º de mayo del presente año.

En cuanto á que la obstetricia disponga de recursos factibles y de éxito, no he de indicar sino que ningún recurso es tan sencillo y tan inócuo, como una inyección hipodérmica de pituitrina, recurso al alcance de todos los médicos, aún de los que no saben ni han visto aplicar el forceps.

El Dr. Velázquez Lobo, de Avila, cita en *El Siglo Médico* un caso en que fracasó la pituitrina y añade, con envidiable espíritu de justicia que le acredita de clínico: «*sin embargo, no porque en un caso haya fallado una acción que tan confiadamente esperaba, desisto de su empleo, ni le juzgo fracasado, sino que espero deseoso otra nueva ocasión para emplearle y acaso entonces repita la dosis y obtenga satisfactorios resultados, pues bien sé no sería prudente desmayar tan pronto*». Dice muy bien el Dr. Velázquez; en el caso que cita, yo creo que el fracaso de la pituitrina fué debido á la no indicación. Se trataba de un embarazo gemelar; nació el primer feto y se pararon los dolores; llamaron al Dr. Velázquez, el cual vió que había aún otro en la cavidad uterina; que se presentaba de vértice, pero que aun estaba bastante alta la presentación; esperó, hasta que viendo que no

aparecían nuevos dolores, aplicó la pituitrina. Pues bien, como luego diré, para que ésta obre eficazmente, es preciso que existan contracciones, ya que yo creo que la eficacia del extracto hipofisario no es como provocadora de contracciones, sino como reforzadora de ellas, y por eso las que provocó la pituitrina en el caso del Dr. Velázquez, fueron débiles y por tanto ineficaces. Además, yo considero indispensable, como luego diré, para el buen resultado de este producto opoterápico, que haya encajamiento completo de la parte fetal que se presenta, lo cual no ocurría en el caso que describe dicho señor.

Lo mismo digo del fracaso de la pituitrina, publicado por el Dr. Rieck el 25 de junio, en *La Semaine Médicale*, ya que en él se trataba de un embarazo de siete meses, y hemos quedado en que la pituitrina no produce buenos efectos, ó efectos satisfactorios por completo, sino al final del embarazo ó, mejor dicho, sino en el parto á término.

La Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de Madrid, en sesión del 14 de marzo, se ocupó de la aplicación de los extractos hipofisarios en obstetricia, siendo ponente el Dr. Parache, y tomando parte en la discusión los doctores Becerro de Bengoa, Chacón (hijo), Sanz de Grado, Díaz Carmena, Franco, Recasens y Mañueco, todos los cuales citaron casos en que la pituitrina, obrando como oxitócico, prestó muy buenos servicios.

La Sociedad Ginecológica Española, en sesiones de 27 de mayo y 17 de junio, trató también del asunto, hablando de él los Dres. Udaeta, Botin, Martín Muñoz y Mañueco; fué muy interesante la comunicación del Dr. Botin, en la que dice que la inyección de pituitrina es completamente inócua, tanto para la madre como para el feto, y que con ella se

han venido á reducir considerablemente las aplicaciones de forceps.

Con el fin de dar á conocer á mis lectores todo lo que en España se ha escrito del asunto que me ocupa, he querido empezar mi trabajo actual con el breve resumen que expuesto queda.

*
* * *

En los diez meses que vengo usando la pituitrina, no he tenido ocasión de emplearla más que en 19 casos. Que pude utilizarla más es indudable; pero como yo he sostenido desde el primer momento que los medicamentos deben usarse sólo por necesidad de los enfermos y no por comodidad de los médicos, de ahí que en todos los casos en que la administré he procurado antes, hacer *in mentis* un estudio de sus indicaciones y contraindicaciones en aquel preciso momento. A pesar de mi manera de proceder, cuento con cuatro fracasos, si por tales se entienden que el parto no terminase sólo por efecto de la pituitrina: pero si del estudio de los mismos se deduce que la medicación surtió sus efectos, no podremos achacar á ella dicho fracaso.

Fué el primero el siguiente: mujer de 22 años, secundípara, embarazo normal; presentación de vértice. Se avisó al médico encargado de asistirla, Dr. Cuadrado, á las diez de la noche, y comprobó por tacto, presentación de vértice deflexionada, por lo que el encajamiento se hacía con gran dificultad. Contracciones enérgicas y regulares. Así pasó la noche sin que la dilatación alcanzase un tamaño mayor que el de unos tres centímetros de diámetro. A las cinco de la mañana, empiezan á debilitarse y retardarse las contracciones, y una hora después desaparecen. Ví yo á la par-turiente á las siete de la mañana, y creyéndolo indicado,

ya que de inercia uterina se trataba, puse una inyección de un c. c. de pituitrina correspondiente á 0'20 gramos de sustancia fresca. A los tres minutos contracciones intensas é intermitentes, que duran unas dos horas, sin que se consiga más que la completa dilatación del cuello, la rotura de la bolsa amniótica y el encajamiento en la excavación de la cabeza deflexionada; pero como por esta misma deflexión la parte fetal no avanzaba, á pesar de las repetidas y fuertes contracciones, flexioné la cabeza con el forceps y terminé con él la expulsión. Alumbramiento espontáneo, á los pocos momentos. Pocas pérdidas sanguíneas. Feto vivo.

En el segundo caso, se trataba de una múltipara de 34 años, con aborto incompleto de unos cuatro meses. Llamado por el médico de cabecera, Dr. Cortejoso, pusimos á la enferma una inyección de un c. c. de pituitrina, correspondiente á 0'20 gramos. No se presentó dolor alguno. A las 24 horas repetimos la inyección, sin ningún resultado, por lo que abandonamos este medio de tratamiento.

El tercer fracaso me ocurrió con una múltipara de unos 38 años, que llevaba diez días con rotura precoz de bolsa amniótica. Temiendo la infección del amnios y la muerte del feto, me decidí á provocar el parto con la pituitrina. Puesta una inyección de un c. c., á las dos de la tarde, comenzaron á los cinco minutos, fuertes contracciones que determinaron la dilatación completa y el encajamiento de la cabeza en occipito-posterior derecha, antes de dos horas. Pero transcurridas éstas, cesan en absoluto los dolores; repito la inyección, que apenas provoca contracción alguna y, en vista de ello, media hora después, pongo una tercera inyección; es decir, 3 c. c. en un espacio de tiempo de dos horas y media. A los pocos momentos de esta última

inyección, el útero se tetaniza, el pulso se hace lentísimo, 40 pulsaciones por minuto, la cara se pone cianótica, las extremidades todas se enfrían notablemente, y la enferma es presa de escalofríos violentos y de fuertes convulsiones en la cabeza y extremidades superiores. Este cortejo sintomático, debido quizá á isquemia del bulbo, me inquietó sobremanera; las dos horas que duró, fueron para mí un tormento terrible, pues creía haberme excedido en las dosis. Bebidas calientes, caloríferos y reposo, bastaron para que estos síntomas tan alarmantes desapareciesen, pero no obstante las contracciones uterinas no reaparecen, y en vista de ello aplico el forceps, hábilmente ayudado por el médico de cabecera Dr. Lozano, terminando el parto á las nueve de la noche. Alumbramiento espontáneo á los cuatro minutos. Feto, no sólo vivo sino sin sufrimiento alguno ostensible; pérdidas hemáticas muy escasas. Hecho raro: hubo que sondar la vejiga á la enferma por espacio de 12 días.

Cuarto fracaso. Hace pocos días fuí llamado por el doctor Cuadrado á ver una primípara de 23 años, que llevaba más de tres horas con la cabeza fetal detenida en el estrecho inferior y ostensible inercia uterina. Estrecho inferior ligeramente reducido. Puesta una inyección de un c. c. de pituitrina, las contracciones que determinó no adelantaron nada el parto, por lo que apliqué el forceps. Feto vivo, pero en estado de muerte aparente del que salió á los diez minutos, con los recursos corrientes. Alumbramiento espontáneo; pocas pérdidas. Puerperio normal.

Estos son, descriptos á la ligera, mis cuatro fracasos. ¿Lo fueron en efecto? En el primero, la deflexión de la cabeza daba lugar á una distocia de orden mecánico, no dinámico y ya sabemos que la pituitrina no resuelve más

problema que los de dinámica; no obstante, gracias á ella se completó la dilatación rápidamente, lo que permitió aplicar el forceps y terminar el parto en pocas horas, sin necesidad de otros procedimientos más expuestos, ó por lo menos más cruentos.

El segundo no es sino una prueba más de que la pituitrina no surte sus efectos sino en parto á término.

Del tercer caso deduje yo conclusiones muy provechosas. En primer, lugar que rota la bolsa amniótica, en embarazo á término, la pituitrina provoca el parto. Que la tercera inyección es inútil y tal vez perjudicial, cuando la segunda no da resultado. Que no habiendo encaje fetal es inútil inyectar pituitrina. Y, por último, que á pesar de los fenómenos de intoxicación (llamémoslo así) de la madre, y de estar el feto con la cabeza en la excavación unas cuatro horas, nació, no sólo vivo, sino sin síntoma alguno de sufrimiento. ¿Qué dicen á ésto los que llaman feticida á la pituitrina?

El último fracaso nos enseña que la pituitrina no es capaz de vencer las dificultades que á la salida de la cabeza fetal oponen las estrecheces pelvianas, por pequeñas que sean, cuando á dichas estrecheces se une la inercia uterina. Es decir, que en los casos de inercia uterina en que no exista estrechez, la pituitrina resolverá el conflicto; en los de estrechez pelviana sin inercia, la pituitrina reforzando la contracción existentes las hará, tal vez, capaces de vencer el obstáculo; pero las contracciones que despierte la pituitrina en los casos de inercia, no son lo suficientemente enérgicas para vencer el obstáculo que opone una estrechez pélvica, por pequeña que sea.

He preferido referir antes los fracasos porque entiendo que enseñan mucho más que los éxitos. Pero antes de

formular mis conclusiones es lógico que enumere los casos en que el éxito de la pituitrina fué evidente.

I. Presentación de vértice. Multípara á la cual el Dr. Gómez Salvo, de Zaragoza, (en cuya población dió á luz las otras tres veces) tuvo que operar; bien haciendo aplicación de forceps, bien versión por maniobras internas. Dilatación lenta; atonía al final de ella. Inyección de un c. c. de pituitrina, correspondiente á 0'10 gramos de sustancia fresca; á los cuatro minutos dolores enérgicos; á la media hora, parto terminado.

II. Primípara, de unos 22 años. Avisado por el médico de cabecera Dr. Concellón, por llevar la cabeza del feto más de tres horas en la excavación y durar más de cuarenta y ocho el parto, dió á luz espontáneamente un feto vivo, antes de la hora de puesta la inyección de pituitrina: un c. c. correspondiente á 0'10, puesto en dos veces con una media hora de intervalo.

III. Multípara, con ligera estrechez del diámetro antero-posterior, que motivó aplicaciones de forceps en sus dos anteriores partos. Asistido por mí éste, en unión del Dr. Moreno, fué rápido y normal hasta llegar al estrecho inferior. Es de notar en este caso que habiendo dado á la parturiente algunas inhalaciones de cloroformo, los dolores se hacían más pequeños y se retrasaban más, cuando estaba á medio anestesiar. Puesta la inyección de un c. c. de pituitrina de 0'10 gramos, los dolores se reforzaron notablemente, sin que en ellos influyese el cloroformo, que entonces se dió en mayor cantidad. Expulsión fetal á los diez minutos de la inyección.

IV. Llamado para ir á Belmonte de Campos (Palencia), á ver una primípara, parida hacía 22 horas, y en la que no se efectuaba el alumbramiento, ocurrióseme llevar unas ampollas de pituitrina. Convencido, al ver la parida, de que aun no se

había verificado el desprendimiento placentario, indudablemente por inercia consecutiva al parto, y teniendo en cuenta que los medios para acelerarlo son en estos casos perjudiciales casi siempre ó por lo menos inútiles, decidí inyectar un c. c. de pituitrina de 0'10 gramos, y á los tres minutos una contracción desprendió la placenta que fué inmediatamente expulsada. Las contracciones persistieron unas tres horas, molestando bastante á la parida.

Los otros diez no vale la pena de relatarlos. Fueron todos casos de agotamiento uterino al final de la dilatación ó al principio, medio ó fin de la expulsión, en primíparas la mayoría, y en los que fué suficiente un c. c. de pituitrina de 0'10 gramos para terminar el parto de los 20 á los 50 minutos. En todos, las contracciones aparecieron ó se reforzaron de tres á siete minutos después de la inyección; el feto nació vivo y sin nada de sufrimiento; hubo escasísimas pérdidas, menos que en partos normales; el alumbramiento fué espontáneo y rápido y los puerperios fisiológicos. Sólo en uno de ellos he podido observar, y como curiosidad lo cito, que á los pocos minutos de puesta la inyección, acometió á la parturiente un sueño invencible, que no desapareció hasta tres horas después de terminado el parto, tres y media después de puesta la inyección.

Cuanto veces usé la pituitrina volví á observar los mismos efectos sobre la circulación general y sobre la diuresis, que cité en el caso publicado en enero.

*
* *

Relatadas, aunque muy á la ligera, mis observaciones, voy á exponer en pocas palabras, mi opinión clara y sincera acerca de la pituitrina como oxitócico.

Por lo que ví, más que por lo que he leído acerca del asunto, he llegado al convencimiento de que los extractos hipofisarios no son el remedio para todos los problemas obstétricos, pero sí un magnífico oxiótico, indicadísimo cuando el parto no termine por debilidad ó falta de contracción uterina. Es innegable que despiertan y refuerzan dichas contracciones, haciéndolas regulares, rítmicas, intensas y dolorosas; de tipo normal, con aumento, acmé y descenso; y cuya intensidad, frecuencia y duración guardan relación estrecha con la cantidad empleada. Producen vasoconstricción, por lo que las pérdidas sanguíneas son menores cuando el parto se verifica durante su acción.

La pituitrina es un tónico cardíaco indiscutible, lo que explica el excelente estado general de las paridas á quienes se las administra.

Deben tenerse muy presentes, para su empleo, las consideraciones siguientes:

1.ª No determina contracciones durante el embarazo ó si las produce son inútiles. Sus efectos son, pues, nulos para provocar el aborto ó el parto prematuro y para el tratamiento del aborto y el de las retenciones post-abortivas.

2.ª No es suficiente para provocar el parto á término, si previamente no se perforan las membranas y se derrama algo de líquido amniótico; y aun en este caso, no creo que baste su sola acción, si el parto no se verifica durante los efectos de la primera ó á la sumo de la segunda inyección.

3.ª Para que estos efectos sean realmente útiles, se requiere encajamiento de la parte fetal que se presenta. Estos serán mayores si la dilatación está bastante avanzada, más aún si está próxima á terminar y excelente si el parto está en el período de expulsión.

4.^a Sólo usada en grandes cantidades (2 c. c. de 0'20 en una dosis, ó 3 c. c., es decir 0'60 gramos de sustancia fresca, en varias) produce tetanización uterina: TETANIZACION QUE NO DETERMINA LA MUERTE DEL FETO.

5.^a Las grandes cantidades ó dosis masivas, produciendo contracciones demasiado enérgicas, cuando no tetánicas, pueden determinar los mismos riesgos de un parto hiperquinésico.

6.^a Se debe, pues, graduar la cantidad que ha de inyectarse, según las necesidades de cada caso, siendo preferible emplearla en dosis fraccionadas y repetidas, imitando á la naturaleza, que, según Seitz, *parece hacer una secreción continua*. Para ello se comenzará por administrar un c. c. de 0'10 gramos; si las contracciones provocadas ó reforzadas fuesen insuficientes, se pondrá otro $\frac{1}{2}$ c. c., antes de que pasen los efectos de la primera inyección (á la media hora, por ejemplo), y aun si fuese preciso otro $\frac{1}{2}$ c. c. y aun otro c. c. más; pero siempre antes de que desaparezcan los efectos del primer c. c. inyectado. El método que propongo y que vengo usando yo con buenos resultados, se funda en no dar demasiada cantidad de una vez, para evitar tetanización uterina ó hiperquinesia, y por otra parte en reforzar la dosis primera, que es la útil; pues es sabido que una vez que ésta deja de obrar, la segunda inyección produce mucho menos efecto y la tercera y cuarta casi nulos ó nulos por completo. Por esta razón encuentro preferible usar ampollas de 0'10 gramos en cada c. c., pues la dosificación puede hacerse con ellas mucho mejor.

7.^a En los casos de pequeña desproporción de diámetros, podrán dar buenos resultados los extractos hipofisarios, si se administran antes de que las contracciones uterinas se

debiliten; es decir, que las contracciones uterinas normales reforzadas con pituitrina, podrán vencer el obstáculo; pero si ésta se inyecta cuando aquéllas se han debilitado, su refuerzo no será todo lo suficiente para terminar el parto, en bastante número de casos. Dato de importancia en las presentaciones de cara y nalgas y en las occipito-posteriores.

8.^a Los efectos de la pituitrina como oxiótico, son mejores reforzando las contracciones existentes que provocando contracciones nuevas. Por tanto, no debe esperarse para su empleo á que la inercia se presente, sino usarla en cuanto dichas contracciones se retarden, debiliten y sean ineficaces.

9.^a En los casos de distocia mecánica (gran desproporción de diámetros, presentaciones de tronco, etc.), los extractos hipofisarios están seriamente contraindicados; lo mismo que cuando se teme una rotura uterina.

10.^a No debe olvidarse que los efectos de la pituitrina duran, por término medio, una ó dos horas y que transcurrido este tiempo suele sobrevenir atonía uterina. Los extractos hipofisarios deben obrar, según yo creo, obligando al útero á poner en acción todas sus energías contráctiles, incluso las de reserva, y por esta razón una vez gastadas éstas, no sólo sobreviene la atonía consecutiva á todo esfuerzo muscular sino que nuevas dosis no despiertan nuevas contracciones; á lo sumo, rigidez de su fibra muscular.

11.^a Cuando el alumbramiento se verifica durante el tiempo en que la pituitrina refuerza las contracciones, se presenta espontáneo y á los pocos momentos después de la salida fetal, acompañado de pérdidas muy escasas; lo cual se explica fácilmente, aparte de la contracción uterina que produce, por la que determina en los vasos. Debe tenerse muy presente este dato, para procurar que así ocurra y

evitar los riesgos de que se acompañaría el alumbramiento si se presentase durante la atonía consecutiva al empleo de dicho medicamento, en cuyo caso se retardaría ó acompañaría de hemorragias de más ó menos intensidad. Por esta misma razón, cuando fracase la pituitrina y haya necesidad de aplicar el forceps, debe procurar el médico que dicha aplicación no coincida con la atonía consecutiva al empleo de los extractos hipofisarios.

12.º Para evitar esta atonía después del alumbramiento, debe darse siempre á la parida medio gramo de cornezuelo de centeno ó alguno de sus derivados.

13.º En los casos de alumbramiento retardado, por no desprenderse la placenta, una inyección de un c. c. de 0'10 gramos de pituitrina, puede acelerarle eficazmente. Su empleo será también muy útil en los casos de metrorragia por desprendimiento parcial de la placenta. En cambio en las que se presenten después del alumbramiento es preferible usar los preparados de cornezuelo.

14.º Aun cuando los extractos hipofisarios, que hoy día preparan casas de productos químicos, de reconocida garantía, tardan bastante en alterarse, bueno será cerciorarnos antes de su empleo, de si lo están ó no. Los extractos hipofisarios en condiciones para su uso, deben ser incoloros y transparentes en absoluto, y cuando se alteran, toman una coloración algo rojiza. Por esta razón será de gran conveniencia rechazar las ampollas de color y exigir que la pituitrina nos la sirvan en ampollas blancas y transparentes. De este modo, antes de que llegue la indicación de emplearlas, tendremos la seguridad de su inalterabilidad completa.

15.º No conviene esterilizar la jeringuilla lavándola con alcohol, pues se altera la pituitrina.

16.^a El sitio de poner la inyección es indiferente: però conviene que sea hipodérmica, nunca intramuscular.

No tengo experiencia personal acerca del empleo de la pituitrina en los casos de placenta previa y de eclampsia, sobre cuya eficacia se ha discutido mucho. Hay quien la proscribire en absoluto y quien la recomienda con entusiasmo. El tiempo dará la razón á quien la tenga. Lo mismo digo en lo que respecta á su empleo en enfermas glucosúricas.

En resumen: los extractos hipofisarios, inócuos en absoluto para la madre y el feto á las dosis que hasta ahora se han aplicado, (algunas demasiado excesivas), constituyen una medicación no sólo útil sino indispensable en la práctica de los partos. Pero con dichos extractos, como con toda medicación, deben fijarse bien las indicaciones, contraindicaciones y dosis, antes de su empleo. No deben usarse jamás por comodidad del médico sino por necesidad de la parturiente, y al administrarlos hay que tener muy presentes las consideraciones que dejo expuestas. Por bueno que sea un remedio, no prestará utilidad si con su uso no se llena la indicación debida, si se le administra á dosis insuficientes ó excesivas, ó si se emplea antes ó después del tiempo conveniente. Esta regla general de terapéutica debe observarse fielmente con la pituitrina, y de este modo no habrá médico que no quede muy satisfecho de su empleo en obstetricia.

LA RETENCION URINARIA EN LA MUJER

POR EL

DR. RODRIGO E. CEBRIAN

Merece llamar la atención y ocuparse del síndrome retención urinaria en la mujer, más frecuente de lo que á primera vista parece y desprenderse puede, de la lectura de cuanto al síntoma retención en general hace relación, y es sin duda, que las condiciones anatómicas de la extremidad inferior de su aparato urinario, con su uretra corta y á pequeña curvadura, situada encima de una cavidad virtual y colocada detrás de un plano óseo resistente, la colocan en buena situación para defenderse de los agentes vulnerantes y procesos que pudieran dar lugar á la presentación de este síntoma; y por otra parte, la misma cortedad del conducto uretral permite resolver con facilidad las necesidades é indicaciones terapéuticas á que pueda dar lugar, causas sin duda que han hecho y sido la causa de lo poco conocido y estudiado que en la actualidad está, dicho síntoma en la mujer.

No hay que desconocer su existencia y que como tal síntoma, constituye por sus encadenamientos y las consecuencias á que da lugar, un trastorno de alta importancia médica, en el que se desenvuelven un conjunto de alteraciones en los distintos tramos del aparato urinario, conocidas y estudiadas experimentalmente tan magistral y concienzudamente

por Guyon y Albarrán (1), trastornos y alteraciones que aunque como antes dejaba entreveer, pueden evitarse por la solución rápida y pronta que á contribución podemos poner al resolver la retención, crean sin embargo aun en sus primeros grados y momentos, un terreno morbosó, que puede constituir en los accidentes urinarios, una fase nueva y frecuentemente decisiva, poniendo el aparato urinario en las mejores condiciones para un ataque microbiano, constituyéndose de la unión de estos eslabones, la causa determinante de su receptividad.

El cuadro sindrómico triste y lastimero de los retencionistas, nos incitan á llamar la atención en la retención urinaria en la mujer, que aunque más tolerante para el dolor y sufrimiento que tal accidente causa, no las preserva sin embargo de las angustias, gemidos, quejas dolorosas y suplicantes que tan imborrable huella dejan en los que con frecuencia somos activos testigos de tal situación, y á quienes suplicantes acuden en busca del remedio y solución que calme tantos sufrimientos, capaces de hacerlas repetir la frase de Montaigne, el que tan bien los describía y conocía por experiencia.

Por último, la retención urinaria como tal síntoma, merece ser estudiada en la mujer lo mismo que en el hombre, no solamente por las alteraciones locales á que da lugar, sino que á la larga influenciando y comprometiendo el estado general, en los casos de evolución crónica, y en las de marcha aguda, por sí solo, puede ser y es, una amenaza á la vida misma, poniéndola en peligro; no hay que olvidar la

(1) Guyon y Albarrán. Anatomie et physiologie pathologiques de la retention d'urine (*Arch. de med. experimentale*, p. 181-1890).

frase de Heister: «Orinar ó perecer» que por sí sola justifica cuanto sobre el particular puede decirse.

*
*
*

Innecesario consideramos definir lo que se entiende por retención de orina, ya que mis lectores de sobra saben y conocen lo que el vocablo significa; mas la necesidad de precisar bien los términos de que frecuentemente vamos á servirnos y que encabezan estos renglones, nos obliga á formularlo de esta manera: la imposibilidad de emitir naturalmente por la uretra, parte ó la totalidad de la orina, constituye la retención urinaria, diferenciándola así de la anuria, en la que la función renal se halla abolida y de aquellas otras retenciones de causa pielo-ureteral.

Tácitamente queda indicada una división del síndrome retención al definirle, y es que en dicho fenómeno patológico, como en todos los naturales, existen grados y variaciones; así una enferma que no orina absolutamente nada, tiene retención, mas existen otras, en las que á pesar de haber micciones frecuentes y repetidas, no vacían completamente su vejiga, estando por tanto atacadas también de retención. Las diferencias que existen entre ambas para agruparlas en un solo cuadro, para englobarlas en la misma descripción, son considerables: distinguiremos por tanto la retención completa y la incompleta; hemos de añadir una nueva subdivisión en cuanto al orden evolutivo: la retención completa puede observarse en el estado agudo y en el crónico; la retención incompleta se observa siempre en el estado crónico, aunque pueda complicarse de fenómenos agudos.

Estos dos grandes tipos desemejantes, difieren absolutamente por los síntomas y por su marcha, diferenciándose

también por su pronóstico y tratamiento á emplear; existe sin embargo entre ambos, un lugar común, un punto de unión, hasta el extremo que en muchas ocasiones son continuación uno del otro; la retención aguda completa es frecuentemente preparada por la retención incompleta, á quien sustituye y sucede; en otras ocasiones la retención completa se perpetúa pasando al estado crónico, encadenándose y sustituyéndose, de este modo, los tipos diferentes de la retención en la mujer.

La retención completa y la incompleta, por otra parte, pueden ser producidas por la misma causa y si bien es cierto que la retención incompleta se observa generalmente en los casos de gruesos tumores intrapélvicos, no es menos cierto que las estrecheces uretrales pueden existir con el síndrome retención incompleta y, por el contrario, observarse la completa en las enfermas que tienen un tumor genital por ejemplo, como veremos al relatar nuestros casos clínicos.

Los síntomas funcionales de la retención, son claramente apreciables cuando ésta es completa; cuando es incompleta, es el síntoma frecuencia, igualmente repartido por el día y por la noche, ó más frecuentemente por la noche, el que primero llama la atención y pone en la vía del diagnóstico al clínico; en otras ocasiones la dificultad a la micción, que se traduce por un retardo de la misma, y la necesidad de los esfuerzos abdominales, son los fenómenos dominantes; otras veces, por último, la larga duración de la misma, el tiempo empleado en vaciar la vejiga, puede darnos la pista de la enfermedad; otros síntomas extraños en apariencia á las funciones urinarias, tales como los trastornos digestivos, son raros en las retenciones incompletas de la mujer.

Cuando la retención es completa, á la imposibilidad de orinar se añaden prontamente las angustias físicas y morales que determinan esfuerzos repetidos é inútiles para conseguir el vaciamiento de la vejiga; existen sin embargo enfermas que toleran, con una facilidad sorprendente, la distensión extrema del reservorio urinario; de todos modos, la enferma que no ha podido satisfacer la necesidad de orinar, se encuentra de nuevo solicitada á efectuarlo, sea por preocupación moral, sea por incitación real, recomenzando los ensayos y esfuerzos que prodiga y aumenta, hasta hacerlos involuntarios, empujando de una manera inconsciente, solicitada por la contracción vesical dolorosa y continua.

Es entonces cuando se constituye el angustioso cuadro de la retención completa: ansiosas y agitadas las enfermas, no cesan de gemir, sus quejas recorren la gama del dolor, las necesidades de orinar son repetidas é imperiosas y en vano las enfermas no pueden satisfacerlas. Empujan y hacen esfuerzos, se agarran á todos los objetos que caen en sus manos, las posiciones más raras y difíciles adoptan para satisfacer la necesidad de orinar, hasta que agotadas y sudorosas caen en la cama; pasados algunos instantes, las nuevas necesidades las despiertan de su letargo, obligándolas nuevos esfuerzos y angustias, acentuándose este cuadro hasta que víctimas del delirio ó del coma urémico, si la situación se ha prolongado, no son dueñas de sus actos. En algunas ocasiones la retención aguda ó crónica completa abandonada, conduce á la rotura de la vejiga, que por el momento alivia los sufrimientos, si bien en la mujer es extremadamente raro, siendo necesario condiciones particulares ó accidentes, para que tal complicación se presente.

Los síntomas físicos son parecidos en ambas retenciones; la estancación, para emplear la palabra con que Civiale (1) señalaba á las retenciones incompletas, no produce modificaciones sensibles en el aspecto ni en la composición de las orinas; abandonadas á sí mismas, las retenciones siguen asépticas y apiréticas y cuando estas complicaciones se presentan, generalmente es como consecuencia de intervenciones sin precauciones antisépticas; sin embargo la debilitación de la corriente reno-ureteral y la congestión de todo el aparato, le ponen en condiciones de inferioridad y receptividad á los agentes microbianos, y si á esto se añaden las intervenciones (cateterismos) necesarias en los casos de retención crónica, se comprenderá y explicará la facilidad de la infección.

La poliuria, que puede llegar á 4 y 5 litros en las crónicas y ser dependiente de lesiones renales, es pasajera y transitoria en las retenciones agudas, sucediéndose habitualmente á las primeras evacuaciones.

La congestión que en todo el árbol urinario se presenta en las enfermas retencionistas, puede dar lugar á modificaciones urinarias, sobre todo en la retención completa, desde los simples elementos sanguíneos en pequeña cantidad (hematuria microscópica) hasta la hematuria apreciable á simple vista.

Por último, la contractilidad vesical, sobre todo en las crónicas, está disminuída, bastando para comprobarlo la debilidad de impulsión del chorro urinario á través de la sonda, previo cateterismo, sin necesidad de recurrir á los experimentos y comprobaciones de Genouville.

(1) Civiale. *Traité des maladies des organes genitourinaires.*

Las causas capaces de dar lugar á este síntoma, son variadas y múltiples; las enfermedades en que presentarse puede, numerosas; nuestro estudio queda limitado exclusivamente á las retenciones presentadas en las enfermas afectas de estrechez uretral ó tumor intrapelviano; prescindimos, por lo tanto, de las retenciones llamadas médicas: enfermedades nerviosas, estados comatosos, enfermedades infectivas, en las que como complicación se presenta algunas veces, sobre todo en la tifoidea; de las retenciones obstétricas, de causa inflamatoria, congestiva ó paralítica la mayor parte de las veces; del grupo de las espasmódicas y nerviosas, traumáticas, mecánicas intrauretrales, y, por último, las observadas más recientemente, consecutivas á estados inflamatorios vesicales, cistitis (1).

*
* *
*

Limitado el asunto y expuesto cuanto sindrómicamente constituye la retención, quedanos la exposición de nuestros casos, que abarcan las variedades que hemos establecido, como tipos, seleccionados y escogidos de nuestras observaciones, que encajan completamente, concordando con la división que del síntoma retención hicimos al principio.

1.^a *Observación.*—M. M. de 44 años, de Palma de Mallorca, casada, nulípara. Abril 1909.

Hace 6 años, primer ataque de retención aguda de 24 horas de duración, que se repitió después en diferentes ocasiones, siempre con ocasión de viajes en ferrocarril que con frecuencia efectuaba esta enferma; el tratamiento

(1) LA CLINICA CASTELLANA. Mayo 1911, pág. 493. Ecale y Strominger. Annales des maladies des organes-genito-urinaires, núm. 15, 1911.

médico fracasó en todas las ocasiones, siendo necesario recurrir al cateterismo único, después del cual el restablecimiento de la micción era total y completo.

Sin antecedentes patológicos urinarios ó genitales, podemos señalar únicamente como causa de las alteraciones anatómicas que luego haremos constar, las maniobras de masturbación á que con fruición y frecuencia se entregaba la enferma, desde la edad de 14 años hasta la actualidad, si bien con menos frecuencia últimamente, y en las cuales no entraban maniobras intrauretrales é instrumentales de ninguna clase.

El interrogatorio minucioso y detallado, nos convenció de la falta de todo pasado ó presente urinario, fuera del trastorno señalado; nada de micción frecuente, difícil, dolorosa, retardada ó prolongada.

Uretra: El meato de forma y configuración normal con ligero edema de la comisura inferior del mismo: el explorador Guyon n.º 10, pasa con dificultad á la vejiga, acusando lo mismo á la ida que á la vuelta, y á centímetro y medio del meato, la existencia de una estrechez anular dura, rígida y sangrante; la palpación uretral comprueba en el tercio anterior de la uretra, una induración cilíndrica y rígida, algo dolorosa, que no da nada por expresión; uretroscópicamente, previo tratamiento apropiado y curativo (dilatación), se pudo apreciar el anillo señalado por el explorador de bola, una rigidez marcada de la mitad anterior de la uretra (uretra en forma de pipa) y alguna placa de leucoplasia uretral en las proximidades del cuello vesical.

El resto del aparato urinario normal.

Orina ligeramente turbia, dando un pequeño sedimento por reposo.

El tratamiento consistió en dilatación inmediata gradual y progresiva hasta el n.º 25 de la escala de Charriere, el cual fué repetido en junio del mismo año.

Ausentada de esta localidad nuestra enferma, en octubre de 1911 se presentó nuevamente en la consulta, por haber sufrido un nuevo ataque de retención aguda en el mes de septiembre á la terminación de un viaje; nueva dilatación hasta el n.º 25 recomendándola su repetición cada tres meses.

2.ª *Observación.*—J. G. de 56 años, casada, de la provincia de Salamanca. Octubre 1909.

Desde hacía 30 años, venía padeciendo una enfermedad de la matriz con flujo blanco amarillento abundante; hace 12 años fué operada de amputación de cuello y legrado de la matriz; con motivo de dicha intervención tuvo un ataque de retención de orina que exigió el cateterismo vesical, remontando á partir de aquella época, su pasado urinario, constituido por polakiuria diurna y nocturna, orinaba cada 2 horas, con dolor, escozor y sensación de quemadura, más acentuadas al terminar la micción y en la extremidad terminal de la uretra.

Uretra: Meato pequeño, estrechado, no distensible; un explorador de bola n.º 13 pasa con dificultad á la vejiga, acusando á la ida y al regreso, una brida circular y dura á medio centímetro del meato, con angostamiento y rigidez de la porción terminal de la uretra; la palpación uretral hace sentir un cordón duro, algo doloroso en la extremidad anterior de la uretra, que resbala sobre los tejidos vecinos; endoscópicamente, previo tratamiento dilatador, se comprobó la existencia de las lesiones dichas y numerosos tubérculos, algunos pediculizados, del tamaño de un grano de mijo, en la porción terminal de la uretra.

Vejiga: Después de micción espontánea y completa, se dan salida á 60 gramos de orina turbia, purulenta y de olor amoniacal (residuo vesical).

El resto del aparato urinario, normal.

El tratamiento consistió en dilatación inmediata gradual y progresiva hasta el n.º 25 de la escala de Charriere, y antisepsia vesical; repetida la dilatación en el mes de enero de 1910, desaparecieron todos los trastornos, la retención incompleta (residuo vesical), continuando completamente bien en la actualidad.

3.^a *Observación.*—M. C. soltera, natural de esta provincia, de 39 años. Febrero 1911.

Desde hace algún tiempo, viene sufriendo de ataques de retención de orina; su presentación siempre es nocturna ó en las primeras horas del día, comenzando con dolor y sensación de tensión en el bajo vientre, é imposibilidad absoluta de orinar; poco á poco y á medida que el tiempo transcurre, los dolores y molestias se acentúan, hasta que merced á la posición vertical, paseos y alguna aplicación caliente, se restablece la micción y con ello cesan las molestias y dolores.

La exploración del aparato urinario no descubre nada anormal; la uretra es permeable á un explorador, núm. 23.

La cavidad vaginal en su parte alta, totalmente ocupada por una gruesa tumoración redondeada, lisa, de consistencia dura, continuada con la matriz en su cara posterior, llenando y borrando el fondo de saco vaginal posterior y rechazando el cuello de la matriz que es blando y pequeño contra el fondo de saco vaginal anterior; dicha tumoración que se une y continúa con el cuerpo de la matriz en su pared posterior, siguiendo las impulsiones imprimidas á

ésta, remonta el estrecho superior pelviano, haciendo salida en la región hipogástrica, donde es fácilmente perceptible por palpación simple y combinada, con los caracteres anteriormente señalados.

He de prescindir de los síntomas genitales concomitantes, por no alargar demasiado estos apuntes, aparte de no considerarlos necesarios á la formación de un juicio diagnóstico.

Esta enferma á quien la fué propuesta una intervención quirúrgica que no fué aceptada, continúa en igual estado, si bien los ataques de retención de orina han disminuído con frecuencia, con la observación de preceptos higiénicos-dietéticos y regularización de sus voluntarias micciones.

4.^a *Observación.*—R. P. de 63 años, viuda, múltipara, natural de Valladolid. Abril 1912.

Desde hace dos meses y sin ningún antecedente patológico, comenzó sintiendo una molestia ligeramente dolorosa en el centro de la región lumbar, y verdadero dolor de poca intensidad al principio, más acentuado después en la región sacro-coxígea; en este estado y con pereza intestinal manifiesta, continuó hasta hará unos 15 días, en cuya época la defecación se hizo penosa y difícil, consiguiéndola solamente á costa de grandes esfuerzos, purgas y enemas repetidos; al propio tiempo la micción, que al decir de la enferma venía verificándose con regularidad y facilidad, comenzó á ser frecuente, todas las horas por el día y la noche, con sensación continua de orinar, con micción imperiosa, retardada y difícil al propio tiempo, siendo necesaria la intervención de los músculos abdominales para realizarla.

Después de micción espontánea y completa, una sonda núm. 19 que penetra con facilidad en la vejiga, dá salida

á 290 gramos de orina, completamente normal; en estado de vacuidad la vejiga, se comprueba la desaparición del fondo vesical y en su lugar una barrera de convexidad anterior, dura y resistente, que impide llevar la sonda hacia abajo y atrás, gozando por el contrario de movilidad hacia arriba.

El resto del aparato urinario completamente normal.

La cavidad vaginal ha desaparecido casi por completo, por una tumoración grande, que levanta la pared vaginal posterior y lateral izquierda, hasta tocar el borde inferior de la sínfisis pubiana, produciendo una oblicuidad marcada del eje vaginal; esta tumoración lisa, regular en superficie, muy vascularizada, de color rojo vinoso, se continúa con la matriz haciendo prominencia en la región hipogástrica para llegar hasta tres traveses de dedo por debajo del ombligo, apreciable á simple vista y por palpación, con los caracteres reseñados; la impulsión ejercida en sus polos se trasmite al opuesto, consiguiendo un ligero desplazamiento de todo el bloque tumoral.

Esta enferma al poco tiempo se vió acometida de retención completa que exigía cateterismos regulares y metódicos, no sólo vesical, sino fecal, restableciéndose nuevamente la micción al cabo de 10 días.

En el tiempo transcurrido el tumor ha seguido creciendo, llegando hace 2 meses al ombligo y continuando en la actualidad según los datos que me suministran, en un estado deplorable, con fenómenos de compresión de todos los órganos alojados en la cavidad pelviana.

Estas cuatro observaciones que podemos considerar como tipos, por lo claras y demostrativas en los síndromes urinarios á que han dado lugar por diferentes causas y mecanismos, me relevan de hacer un fundamento del juicio

diagnóstico; no hay duda, en efecto, que las dos primeras de nuestras enfermas padecían de estrechez uretral, disminución permanente del calibre uretral, siendo evidente en las dos últimas la existencia de dos gruesas tumoraciones genitales, de miofibromas de la matriz; estas dos últimas bajo el punto de vista anatómo-patológico no encierran gran interés, por ser sumamente frecuentes la existencia de tales enfermas; por el contrario la estrechez uretral, por lo menos la estrechez uretral que da lugar á síntomas clínicos apreciables, es muy rara en la mujer (1), por causas que no son del caso enumerar en esta ocasión; en nuestras enfermas sólo podemos incriminar á brotes inflamatorios por acción mecánica ejercida con ocasión de las maniobras de masturbación (Ob. 1.^a), y á procesos de inflamación séptica, á uretritis verdaderas, muy frecuentes en la mujer al decir de Samuels (2), sobre todo en aquellas que padecen una leucorrea abundante y de larga duración y en las cuales por razón de vecindad, la extremidad anterior de la uretra está bañada constantemente en pus; como ha sucedido en el segundo de nuestros casos (Ob. 2.^a).

En nuestras enfermas podemos comprobar la existencia de los síndromes variables que señalamos al hablar de la retención en general, producidos además por causas distintas; en efecto, en las Obs. 1.^a y 3.^a, nos encontramos ante enfermas con retención aguda de corta duración, de fácil solución, en una por cateterismo y en otra espontáneamente,

(1) Dr. Perard de Boulogne, sur-Mer. Caso de Estrechez congénital. Dr. Minet de París. Un caso producido por aplicaciones de corriente continua y otro con placas de leucoplasia por degeneración senil.

(2) Samuels (New-York medical, Jour 20 marzo 1909).

producidas en la primera por estrechez uretral y en la segunda por tumor genital; por el contrario las observaciones 2.^a y 4.^a, casos tipos de retención crónica incompleta sin distensión, son producidos respectivamente por estrechez en la primera y tumor genital en la segunda, como en las dos anteriores, con la particularidad, en la enferma última, de presentar una fase de retención incompleta, que prepara otra posterior de retención crónica pasajera, comprobándose de este modo lo que decíamos al hablar de la sintomatología en general del fenómeno retención, cuando afirmábamos, que la retención crónica seguía muchas veces á la aguda y que la completa iba preparada frecuentemente por la incompleta.

Ahora bien; hemos señalado el fenómeno de la retención en los distintos procesos, pudiendo precisar los términos, expresándonos con claridad al interpretar y traducir, lo que se desprendía del síndrome en general, mas cuando queremos señalar la causa inmediata de estas retenciones, cuando tratamos de señalar el mecanismo de su producción, el acuerdo no existe, la explicación es variable y forzosamente tenemos que acudir á distintos mecanismos para comprenderlo y explicarlo; es evidente y natural que tratándose de procesos distintos, de lesiones de variable intensidad y en distinto período evolutivo, los efectos y consecuencias á que puedan dar lugar en la economía, forzosamente han de ser desemejantes. No hay ningún género de duda, por estar hasta la saciedad demostrado, que las retenciones agudas completas, en los casos de estrechez, son imputables al fenómeno congestivo sobreañadido á la estrechez, que viene á ocluir totalmente la uretra en un momento determinado; el decúbito prolongado, el sueño, la replección de la vejiga, las

sacudidas continuadas de la extremidad inferior del tronco (viajes en ferrocarril, coche, caballo, etc.), los excesos en la comida, el coito, etc., es de observación vulgar que producen congestiones en la función terminal del aparato urinario; esta congestión añadida á la estrechez del canal, hace momentáneamente imposible la emisión de la orina (observación 1.^a) produciéndose por este mecanismo, fácil de explicar, comprender y comprobar, la retención completa de orina. No ocurre otro tanto con la retención incompleta; se dice ordinariamente, que cansada de luchar la vejiga con el obstáculo termina por dejarse distender poco á poco, lo que explicaría por ley de patología general la hipertrofia compensatriz; mas la desigualdad é irregularidad en presentarse, la existencia de retenciones incompletas con hipertrofia de la musculatura vesical y viceversa, no nos autorizan á la admisión como cierto de este mecanismo: será más bien debido á una falta de relación, entre la sensación recibida (deseo de orinar) la impulsión nerviosa y por ende contracción muscular, y el tiempo necesario á la evacuación vesical por estenosis uretral; es decir, por una falta de coordinación que no permite apreciar ni medir la cantidad de esfuerzo necesario para la consecución de dicho fin, ó por el contrario, será debido á lesiones de degeneración del elemento contráctil, producidas ó preparadas por el proceso inflamatorio que dió lugar á la estrechez, como pudo ó debió ocurrir en nuestra observación 2.^a, ó también quizás á una combinación de ambos mecanismos.

Más difícil de explicar en mi sentir, es la retención de orina en los casos de tumor pelviano; el simple y seduciente mecanismo de compresión entre el tumor y el borde inferior de la sínfisis, no es aplicable; la facilidad del cateterismo

lo demuestran de una palpable manera; el acodamiento de la uretra, el alargamiento de la misma, real pero insuficiente, así como las parálisis del músculo vesical, por compresión de los filetes nerviosos aferentes, son concepciones que no descansan en hechos de comprobación ó experimentación; más lógica es la explicación del profesor Auguste Pollosson con base anatómica comprobada y estudiada por su discípulo Trillat.

Todos los autores están conformes en el hecho señalado de la elevación del cuello de la matriz en la mayor parte de los casos de grandes tumores de este órgano; el tacto endovesical bajo sueño clorofórmico, practicado por Pollosson y Trillat, les ha enseñado particularidades muy interesantes: no sólo la uretra aumenta en longitud, sino que se constituye como un nuevo conducto; el dedo explorador después de haber atravesado la extremidad terminal de la uretra, no se encuentra en una cavidad libre, sino en un conducto progresivamente ensanchado, en una especie de embudo á base superior, al cual Pollosson, le denomina, *infundibulum vesical*: empujando el dedo más hacia arriba, se aprecia, que el orificio superior ó vesical de este *infundibulum*, está marcado por una salida cónica, sentida á través de su pared posterior y que se reconoce fácilmente que es el cuello del útero ó una parte tumoral. Ahora será fácil comprender, cómo la masa tumoral entretiene y produce la retención; cómo en la teoría clásica el cuello del útero ó la masa tumoral, es el agente compresor; mas esta acción no se ejerce sobre la uretra contra la sínfisis, sino sobre la base del *infundibulum vesical*, por encima del estrecho superior; se trata de una verdadera tapadera que baja ó sube, según que la masa tumoral se introduzca más ó menos en la

excavación pelviana. De este modo podríamos explicarnos la retención aguda completa de la observación 3.^a; el decúbito horizontal y la replección vesical, aplican el tumor contra la pared anterior del sacro, contra la excavación, y su extremidad infero-anterior comprimiría la base del infundibulum vesical, produciendo la retención; por el contrario, la posición vertical y los esfuerzos abdominales, enderezaban en parte el tumor, alejando de la vejiga su extremidad inferior, cesando con ello la compresión, de donde el restablecimiento de la micción; por último, en la observación 4.^a, de retención incompleta, haciendo intervenir el mismo mecanismo, encontramos una explicación satisfactoria, del mismo modo que ocurre en muchos casos de retención vesical por hipertrofia prostática en el hombre, en los que la formación de este infundibulum con elevación del cuello vesical, constituye condición favorable más que suficiente para determinar la retención.

Tal es en líneas generales y á grandes rasgos expuesto, el mecanismo de producción de la retención urinaria en la mujer, por estrechez ó tumor intrapelviano, fenómeno relativamente frecuente, que es menester conocer y tratar, á fin de evitar y prevenir el estado de receptividad, que tan graves consecuencias puede traer, señalando una nueva fase en el curso ulterior de los accidentes urinarios, y sin olvidar que la fórmula práctica que se desprende de todo lo dicho, puede formularse de este modo: «hacer cesar la tensión de la vejiga, é impedir su reproducción».

MASOTERAPIA

POR

José Sanz Sato

MÉDICO-MASAGISTA

En el lento pero constante caminar, en persecución del ideal salud, la medicina progresa siempre; pero dejando en pos de sí multitud de esperanzas fallidas, y de ilusiones desechas, al postergar procedimientos, que creyéndose en un principio salvadores, resultaron después totalmente inútiles, pero que son en todo caso significativos de esfuerzos titánicos, no menos meritorios por estériles.

Dos son de ordinario los caminos seguidos para pretender llegar al fin soñado; el uno de observación directa, que estudia las propiedades físico-químicas de los cuerpos pertenecientes á los tres reinos, y la manera de utilizarlas en beneficio orgánico; é intenta también penetrar, por decirlo así, en las particularidades íntimas de la vida bacilar, para sorprender sus puntos flacos y neutralizar sus efectos perniciosos ú oponerse á su proliferación siempre dañosa.

El segundo pudiera llamarse retrospectivo, porque volviendo al tiempo pasado, busca entre los procedimientos terapéuticos yacentes en el olvido y elige de ellos el que

le parece utilizable, le saca de su fosa y le hace revivir, al mágico influjo de un deseo santo, para vestirle luego con las galas de una modernidad científica.

A este último grupo corresponde el masaje, cuya antigüedad corre parejas con la de la humanidad misma, y de cuyo origen empírico nos dan clara idea, dos hechos de observación fácil y frecuente: Un individuo experimenta una sensación de prurito intenso, en una parte cualquiera del cuerpo, é instintivamente, lleva la mano á la zona hiperestesiada la fricciona con más ó menos rapidez y energía, y la sensación anormal y molesta desaparece; pues este hecho, inconsciente por instintivo, y que muchas veces pasa inadvertido por lo frecuente, no es ni más ni menos que una variante de masaje, y si con él se consigue la calma que se busca, es por la anestesia temporal, que las fricciones originan, sobre las terminaciones nervioso-sensitivas de la parte afecta.

Otra variante de masaje, es el hecho vulgar de golpear ligeramente la espalda del individuo que accidentalmente tose, para que su tos se calme; y se calma, porque el agente extraño que produce por irritación local el acceso de tos, es movilizado y más fácilmente expulsado por el impulso mecánico del ligero golpear, y por la misma razón la hiperemia que dicho agente irritador provoca, es más pasajera al activarse la circulación de la piel, de otra región distinta á la irritada.

Pues bien, estos hechos de suyo tan sencillos, han servido de base para la realización de estudios verdaderamente concienzudos, originadores de múltiples beneficios y de los cuales se han desprendido infinidad de aplicaciones grandemente favorecedoras; así por ejemplo: las luxaciones se

reducen más fácilmente precedidas de la relajación sedante que produce el masaje de los músculos periarticulares dolorosamente contracturados. Por el masaje también se logra hacer desaparecer más rápidamente los edemás, sin que con su desaparición se perjudique en lo más mínimo á los órganos encargados de la depuración orgánica; y tanto y tal se ha trabajado en estos últimos tiempos sobre estos particulares, que existen hoy leyes que rigen los cambios celulares que los diferentes tejidos orgánicos experimentan por la influencia de mecánicas actuaciones.

La longitud, la fuerza y la estructura de los músculos y tendones están determinadas por las acciones mecánicas que sufren, dice P. Carnot; afirmación que comprueban y refuerzan los estudios acerca de la formación de tendones de W. Roux, Anthony, etc., y las no menos curiosas de Guerin, sobre la contractilidad y desarrollo del diafragma en las diferentes edades.

Los excitantes mecánicos intervienen poderosamente también para dirigir la morfogénesis vascular, como lo prueban los trabajos de Robin, Bonnat y Gregory; y que la función influye poderosamente en la estructura de los vasos, lo han probado experimentalmente Carrel y Guthrie, con el curioso ensayo de trasplatación venosa sobre un muñón arterial, y son entonces tales las modificaciones que sufre la estructura de la vena trasplataada, que da lugar al fenómeno que los precitados autores llaman arterialización de las venas.

Multitud de hechos clínicos podría citar como comprobantes de lo anteriormente dicho, pero me limitaré á bosquejar dos solamente, que con respecto al orden de ideas preexpuesto considero verdaderamente típicos. Es el primero

el de un hombre de 50 años, muy robusto, que por causa de accidente traumático padeció flebitis de la femoral, á consecuencia de la que, le quedaron las piernas reducidas á su mínima expresión, hasta el punto de que disponiendo, antes de enfermar, de unas piernas proporcionales á un peso total de 90 kilos, apenas si medía luego una circunferencia de 20 centímetros al nivel de las pantorrillas, ¡tan grande era su atrofia! Pues bien, dos meses de masaje de intensidad creciente fueron suficientes para rehabilitar la función perdida, y en la actualidad sus piernas, no solamente poseen el volumen primitivo, sino que también están dotadas de un vigor y una resistencia verdaderamente ciclópeos.

Tratábase en el segundo, de una señora de 38 años de edad, también flebítico-femoral pero post-partum, en la cual su inflamación venosa no originó atrofiás musculares, pero la dejó en cambio tal predisposición á los edemas, que al menor ejercicio deambulatorio, adquiría la pierna preenterma, un volumen extraordinario que la daba un aspecto monstruoso, casi elefantíásico.

Pues 8 ó 10 sesiones de gran masaje, eran bastantes para desterrar el edema y hacer reaparecer la facultad motriz de la pierna enferma.

Cierto es que al cabo de algún tiempo, el edema reaparecía, pero también es verdad, que sus reapariciones eran menos intensas y más distanciadas cada vez.

Hoy hace ya más de ocho meses que practiqué en ella' la última sesión, sin que hasta la fecha haya vuelto á experimentar molestia alguna; lo cual prueba, no sólo que el masaje produce sobre los órganos en los que actúa, las favorables modificaciones celulares mecano-mórficas antes reseñadas, sino que también es permanente en sus efectos;

circunstancia en la que particularmente hace fijar la atención F. Gautru, cuando estudia el masaje precordial.

Véase, en conclusión, que un procedimiento terapéutico tan antiguo como la humanidad misma, todavía reporta á ésta incalculables beneficios, resultando por lo tanto, indiscutible verdad, la de que en medicina no debe condenarse nada por antiguo, aseveración que sin duda para que se grave en la mente de todo médico, constituye hoy un mandamiento de cierto decálogo profesional.

REVISTA DE REVISTAS

QUIMICA MEDICA

Investigación y caracterización de la globulina en las orinas,
por Robert y Parisot. (*Soc. biol.*, 1912, pág. 944).

Se caracteriza la globulina por los medios siguientes: el *calor* produce enturbiamiento, si bien en algunos casos la globulina puede ser termosoluble, el enturbiamiento desaparece por la acción del ácido acético: ambos fenómenos enturbiamiento y solubilización se hallan bajo la influencia de la cantidad de cloruro de sodio contenido en la orina. El *ácido nítrico* al 10 por 100 hace desaparecer el precipitado originado por el calor, reapareciendo aquél por enfriamiento.

La reacción de Heller es positiva.

El fosfato sódico produce ligero enturbiamiento.

La globulina se la separa por precipitación por el alcohol y es disuelta en $C_2O_4H_2$; se la identifica por las reacciones anteriores.

De la solución en el ácido oxálico, se la puede separar mediante el amoniaco.

DOMENECH

MEDICINA Y CIRUGIA

La enfermedad de Chagas, por el Dr. N. Lozano (*Archivos de Higiene*. Tomo IV. números I-II, págs. 123-176). Buenos Aires.

Creo de interés para los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA, el conocimiento de una nueva especie morbosa, que si bien no se encuentra en nuestro país, es frecuente en las repúblicas sud-americanas; y como en la actualidad la corriente, tanto emigratoria como inmigratoria, entre España y Sud-América, es tan

intensa, como el número de viajeros se cuenta por centenas de millar, debido á la facilidad y rapidez de los viajes, nada de particular tendría que se observasen algunos casos importados de aquellos países.

Trátase de una enfermedad, descubierta y estudiada en todos sus aspectos por el Dr. Carlos Chagas, segundo jefe del «Instituto Oswaldo Cruz» del Brasil, enfermedad que ha sido llamada *tiroiditis parasitaria*, *tripanosomiasis sudamericana* y *schizotrypanosis*.

Ocupándose Chagas de combatir el paludismo en los trabajadores del ferrocarril central del Brasil, en el Estado de Minas, observó en las chozas que sirven de habitación á los naturales del país, la presencia común de un insecto hematófago ó chupador de sangre, que se ceba en sus víctimas durante la oscuridad de la noche. Este insecto llamado vulgarmente *barbeiro* en el Brasil y *vinchuca* en la Argentina, es un hemiptero heteróptero de la familia *reduvidæ*, género *conorhinus*, especie *conorhinus megistus*, según la clasificación de Burmeister. Examinando estos insectos, encontró Chagas en el intestino posterior, un flagelado con las características morfológicas de las *crithidias*, que lo mismo podía ser un parásito natural del conorhinus que una fase evolutiva del tripanosoma de un vertebrado. Para resolver esta duda envió al Dr. Oswaldo Cruz algunos ejemplares de insectos con objeto de completar en su Instituto los estudios necesarios. Allí, habiendo hecho picar á un mono (*callithrix penicillata*) por estos conorhinus, se encontró, al cabo de unos días, en su sangre periférica abundancia de tripanosomas. Experimentos ulteriores efectuados sobre el mono y el conejillo de Indias, hicieron conocer, casi por completo, la evolución de este parásito, al que se le designó con el nombre de *schizotrypanum cruzi*.

Faltaba determinar cuál era el huésped habitual del parásito. Dada la frecuencia con que se encuentra el conorhinus en las habitaciones, natural era pensar que este huésped pudiera ser el hombre.

Como durante su permanencia en el Estado de Minas, observase Chagas numerosos enfermos con un cuadro morbosos que no correspondía á ninguna enfermedad conocida, empezó á estudiar su sangre sin conseguir resultado ninguno, hasta que, por fin, en la de un niño febricitante, encontró flagelados idénticos á los transmitidos á los animales por la picadura del barbeiro. Prosiguiendo sus investigaciones acabó por encontrarles siempre en los enfermos agudos, sobre todo niños, pudiendo ya señalar la relación de causa á efecto. Más tarde, en las autopsias, encontró formas parasitarias

en diversos órganos, en los que, sobre todo en los músculos, se forman quistes llenos de parásitos, algunos en completo desarrollo con su blefaroplasto, membrana ondulante y flagelo; los más sin flagelo, representando las formas esquizogónicas indiferentes de Schaudinn.

El cuadro de lesiones encontradas en las autopsias, ha sido resumido por Chagas del modo siguiente: «Polirominitis generalizada. El líquido existente en las serosas es citrino. Existencia constante de numerosos ganglios, aumentados de volumen, en la cavidad abdominal, mediastino, cuello, axilas é ingles. Degeneración grasosa del hígado, más ó menos acentuada según la morbosidad del caso, siendo en las formas agudas comparable á la degeneración semejante observada en la fiebre amarilla; bazo, ligeramente aumentado de volumen, y, algunas veces, friable. Existencia constante de lesiones tiroideas, escleróticas, hipertróficas, produciendo verdaderos quistes, algunas veces con zonas calcificadas. No es raro encontrar miocarditis y lesiones de las cápsulas suprarrenales».

Los conorhinus no se hacen infectantes, más que cuando se alimentan con sangre de ser humano parasitado, conservando el poder infectante hasta cinco meses después de haber picado á un enfermo. Esta infecciosidad del insecto tarda unos ocho días en manifestarse (tiempo que corresponde á la evolución sexual del parásito, que debe tener lugar en el intestino medio).

En el hombre, lo mismo que en el insecto trasmisor, se encuentran las dos formas que reviste el parásito: la sexual y la asexual. La esquizogonia tiene lugar en el pulmón, verificándose, probablemente, á raíz de la infección. Realízase en dicha víscera una gametogonia ó reproducción sexual. Después los parásitos se hacen intraglobulares, repartiéndose por los distintos órganos donde se localizan, continuando su evolución, aun incompletamente estudiada.

Las *formas clínicas* pueden ser, ante todo, *agudas* y *crónicas*; pero entre ellas no existe otra diferencia que la intensidad de los síntomas y el tiempo de duración. Las formas agudas presentan siempre el tripanosoma en la sangre circulante, lo que no sucede en las formas crónicas, en las que raras veces puede encontrarse.

Formas agudas.—Son difíciles de observar, pues sólo se presentan en la zona contaminada, y generalmente en niños de pocos meses. Su evolución es de diez á treinta días, y ó terminan por la muerte ó pasan al estado crónico. Durante su curso se encuentra

el parásito en la sangre periférica, de la que desaparece cuando se establece la cronicidad. Los síntomas constantes y patognómicos son, según Chagas, los siguientes:

Fiebre alta (hasta de 40^{cs.}) y continúa, con pequeñas remisiones matutinas, mientras hay flagelados en la sangre; facies vultuosa característica; sensación crepitante al comprimir la piel de la cara, por infiltración mucóide del tejido subcutáneo; infarto ganglionar generalizado; hepatomegalia y esplenomegalia. Al lado de estos síntomas constantes, se presentan otros que varían según la localización; en las formas meningo-encefálicas aparecen los signos clásicos de meningo-encefalitis aguda; otras veces hay derrames en las cavidades serosas. En la autopsia se encuentran las lesiones mencionadas, en formas de evolución primitivas.

Formas crónicas.—La más común es la *pseudomixedematosa*, que se observa preferentemente en los niños hasta los 15 años. La característica de este grupo es, según Chagas «un hipertiroidismo anatómico, acompañado de hipotiroidismo funcional». Hay hipertrofia tiroidea total ó de alguno de sus lóbulos; la piel tiene color bronceado, con infiltración mucóide que da lugar á crepitación, cuando se comprime entre los dedos; gran desarrollo del abdomen; algo de infarto ganglionar, esplénico y hepático; alguna que otra exacerbación febril irregular y síntomas circulatorios y nerviosos.

La forma *mixedematosa*, más rara que la anterior, se caracteriza por los signos funcionales de la atrofia tiroidea. Sus matices clínicos varían con las edades, pero siempre se observan alteraciones generales de mixedema típico, con lesiones del esqueleto, cara vultuosa (de *luna llena*), piel apergaminada con abundante descamación epidérmica, edema mucóide que no conserva la impresión del dedo, y caída del cabello. Encuéntranse también ingurgitamientos glandulares, alteraciones anatómicas y funcionales de las vísceras, etc.

En la forma *cardíaca* el parásito se localiza preferentemente en el corazón, dando lugar á la formación de quistes que destruyen considerable número de fibras musculares con inflamación consecutiva del tejido conjuntivo. Estas lesiones originan trastornos de la contractilidad, excitabilidad, conductibilidad y tonicidad, que se traducen en alteraciones de la energía y del ritmo cardíacos y provocan formas distintas de arritmia, predominando los extrasístoles y observándose con relativa frecuencia el síndrome de Stokes-Adams (pulso lento permanente), cuando está interesado el fascículo de Hiss. Suelen terminar con asistolia aguda mortal.

Por último, en la forma *nerviosa*, el parásito ataca uno ó varios órganos del sistema nervioso central ó periférico, originando lesiones que se acusan por signos variadísimos en las esferas motora, sensitiva, sensorial ó psíquica, y dependen de la perturbación funcional de la zona ó territorio atacados.

Forman grupo aparte los estados consecutivos á la esquizotripanosis, es decir, los individuos que gozando de relativa buena salud general, presentan un bocio antiguo, infantilismo, estados cretinoides, etc.

El tratamiento tiene que ser sintomático, pues hasta la fecha, no se conoce ninguna medicación específica.

Empleo terapéutico de la adrenalina, por Gaisbock, (*Therapeut. Monats.* agosto 1912).

De este extenso y documentado trabajo, de verdadera importancia clínica, dedúcense las siguientes conclusiones:

1.^a La adrenalina esta directamente indicada en los casos de hipostenia circulatoria aguda ó subaguda de las enfermedades infecciosas, (fiebre tifoidea, septicemia, pneumonía, escarlatina, etc.), en los que no producen efecto los otros tónicos circulatorios, como la digalena, cafeína, estrofanfo, alcanfor, teobromina, etc.

Conviene llamar la atención particularmente respecto á la ausencia de toda alteración cardio-vascular, (comprobaciones anatomopatológicas), después de la administración de dosis de adrenalina superiores á cien miligramos.

2.^a La adrenalina ejerce una acción completamente específica en el asma bronquial y estados similares. La inhibición del ataque es un gran beneficio para estos enfermos. En cuanto al tratamiento de la causa de la enfermedad, queda evidentemente subordinado á la naturaleza misma de esta causa.

3.^a Son muy dignas de tenerse en cuenta, la acción favorable de la adrenalina sobre el estado general en la uremia; la larga duración de la euforia que provocan y la acción paralela que ejerce sobre el apetito y sobre el estado psíquico.

4.^a La sensación de eupnea, de euforia acusada espontáneamente por los pacientes, es de notar, no solamente en las afecciones renales de tipo urémico, sino también en las disneas cardíacas, tanto orgánicas como nerviosas.

La dosis activa, para un adulto; es de medio á un miligramo.

El modo electivo de administración es el hipodérmico; de preferencia en la pierna. En caso de peligro grave y apremiante, se recurrirá á la inyección intravenosa, empleando como excipiente el suero fisiológico ó la solución de Ringer. La inyección será renovada hasta conseguir efecto durable, concurrentemente con la administración de otros toni-cardíacos. La asociación á la hioscina, la morfina y la codeína, es particularmente recomendable en el asma.

Está contraindicada en las graves lesiones cardíacas, en la esclerosis coronaria (por la imposibilidad de la vaso-dilatación que mejorase la irrigación del miocardio) y lo único que se conseguiría en estos casos, sería el agotamiento más rápido del músculo cardíaco. Lo mismo puede decirse respecto á la endoaortitis y á la aortalgia.

También constituyen contraindicaciones la flebitis, los estados hemorrágicos viscerales, las embolias y la hipertensión arterial, aun cuando el autor haya prescrito la adrenalina á enfermos hipertensos de más de 20 centímetros de presión, sin haber observado efectos nocivos.

G. CAMALEÑO

Tratamiento de las neoformaciones malignas por las soluciones coloidales de metales pesados (el electro-selenio), por N. Trinkler (de Kharkoff). (*Le Progrés medical*, 5 octubre, 1912). (Continuación) (1).

Continuando la interesante comunicación de Trinkler, expresa éste:

Casi al mismo tiempo que mis observaciones, han sido publicadas muchas otras en Francia, de tratamiento eficaz en tumores cancerosos inoperables. Preciso es citar las de Neter, Gaucher, Thiroloix, Cadet y Girard (Cadet y Girard. *L'electro-selenium dans le traitement des cancers. Lyon medical*, núm. 26, 1912), la muy reciente comunicación de Bougeaut y Galliot. (*L'electro-selenium dans le traitement du cancer inoperable. Le clinique*, núm. 32, 1912) donde citan una docena de observaciones de cáncer inoperable. Concluyen que con el electro selenio han obtenido ventajas muy apreciables, de orden general

(1) Véase el número anterior, página 260.

y local. Empleaban el electro-selenio exclusivamente por vía intravenosa, mientras que Cadet y Girard le administraban por la vía subcutánea y por las venas; estos últimos lo emplearon en 8 enfermos, todos inoperables. Y eran: tres casos de cáncer de estómago (inyecciones intravenosas); un caso de cáncer del útero (inyecciones intramusculares); un caso de linfadenoma de la axila; un epitelioma buco-faríngeo; un cáncer de la cara y un cáncer del cuerpo tiroides.

Se me ha dado parte de dos casos de cáncer inoperable tratados por el profesor Fernando Blumenthal de Berlín por medio de inyecciones intravenosas de electro-selenio. Establece, desde luego, la absoluta falta de toda toxicidad seria de este producto de los laboratorios Clin. Uno de sus enfermos estaba atacado de cáncer de la lengua con tumor ganglionar del tamaño de una patata grande. Inyecciones intravenosas de 2 cc. $\frac{1}{2}$ cada dos días, en total 18 cc.; ausencia de elevación térmica. El estado general mejora, el enfermo cesa el tratamiento con mucha esperanza en la curación. El segundo enfermo tiene cáncer del estómago. Estado general bastante grave. En total 16 cc. de electro-selenio en inyecciones intravenosas de 2 cc. á 2 cc. $\frac{1}{2}$ cada dos días. Es difícil decir si hay mejoría de los síntomas objetivos; los dolores lancinantes han disminuído mucho. El enfermo reclama la continuación del tratamiento.

Mientras yo hacía ensayos con el electro-selenio, ha aparecido un nuevo trabajo, el del Dr. Szecki, asistente del profesor Czerny en el Instituto anticanceroso de Heidelberg. (*Mediz. Klinik.*, núm. 28, 1912) sobre la acción de la colina en las neoformaciones. Szecki ha utilizado evidentemente la colina por ser uno de los productos de descomposición de la lecitina, y los lipoides tienen acción destructora sobre las células jóvenes. Los ensayos con inyecciones de colina (2 á 5 % de solución acuosa) se han hecho en cobayos. Las modificaciones observadas en la sangre de estos animales son notables. Al principio, como por otra parte se ve á consecuencia de la acción de los rayos de Roentgen, se comprueba cierta leucopenia que al cabo de cinco horas ha pasado á la hiperleucocitosis. En seguida se nota la destrucción de los elementos linfoides del bazo y de los ganglios linfáticos mismos. Pero lo más interesante (que confirma nuestra hipótesis sobre la identidad del tejido embrionario y el de las neoformaciones) es, que cuando se inyecta la colina á los animales en estado de embarazo, se obtiene aborto de embriones,

en parte deformes. De las experiencias de Szecki, se puede concluir que las sales de colina tienen acción destructora sobre los espermatozoides, con degeneración de los elementos epiteliales del testículo. Además las hembras quedan estériles durante meses, cuando se les inyectan pequeñas cantidades de colina. Se puede, por consecuencia, concluir de lo que precede que las sales de colina son productos que ejercen una acción *retardada*, sino *destructora*, sobre el tejido embrionario joven en pleno crecimiento. Este hecho importante deja fácilmente comprender por qué los ensayos ulteriores de Szecki sobre la acción combinada de colina y de selenio en los tumores de ratas y ratones han dado brillantes resultados. Los ensayos de Werner y de Szecki no sólo han sido hechos en animales, sino prontamente aplicados al hombre, y se ha comprobado que las modificaciones en la sangre y en los tejidos á consecuencia de la administración de las sales de colina, son idénticas á las que han sido observadas por efecto de los rayos de Roentgen y del torio X. Las modificaciones se manifiestan, sobre todo, en la disminución y descomposición de los leucocitos y de los linfocitos. De sus ensayos, Szecki ha concluido que entre las sales de colina son las mejores el borato y el iodo-benzoato. Gracias á estas adquisiciones de biología experimental, á saber, los metales pesados por una parte y las sales de colina por otra, los experimentadores continúan con gran celo sus investigaciones.

Ya se había hecho una serie de ensayos con el selenio y otros metales pesados; vinieron después las experiencias hechas por medio de las sales de colina y de metales pesados (selenio, cobalto, telurio, vanadio y la mezcla de vanadio y selenio) experiencias que han dado muy buenos resultados. En sus artículos, que no son más que comunicaciones previas, Szecki declara bastante categóricamente que las sales de colina, así como las de las soluciones coloidales de metales pesados, destruyen los elementos de las neoformaciones; esta acción destructora es mayor cuando se hace una mezcla de colina con el selenio y el vanadio. Paralelamente á estas comunicaciones y confirmando la acción destructora de las soluciones coloidales de metales pesados sobre las células de neoformación de los ratones, ratas y perros, se puede citar la comunicación que el profesor Neuberger (*Deut. Med. Woch.*, núm. 8, 1912) acaba de presentar. Declara que parte de otro punto de vista que Wassermann. Sus explicaciones y sus ideas teóricas sobre la atracción ó la afinidad de las sales de

metales pesados por las células de los tumores, han sido expuestas en un detallado trabajo sobre «las sustancias de afinidad tumoral», sustancias que tienen la propiedad de dejarse atraer por las células de los tumores ó que tienen particular afinidad por ellas. Según Neuberg la acción de estas sustancias es instantánea. Un minuto después de la inyección de estos metales, se comprueban hemorragias ocurridas en el tumor mismo; un cuarto de hora después, se vé ya formar una especie de saco, es decir la transformación del tumor duro en papilla contenida en un saco, y merced á una sola inyección (á dosis igual $\frac{1}{15}$ de milésima del peso total del animal) se llega á reducir el tumor en 24 horas al estado de reblandecimiento completo, y la atracción por las células del tumor de las sales de los metales ó su asimilación es fácilmente demostrada por la presencia de un depósito metálico. Sólo las *soluciones coloidales* de los metales son las que tienen tal acción. Según Neuberg no sólo el cáncer de los ratones sufre el reblandecimiento por estas inyecciones, si que también el sarcoma de las ratas y el cáncer de los perros.

En la misma sesión de la Sociedad médica de Berlín, el profesor Caspari, presentó toda una serie de preparaciones de cáncer del ratón, después de las inyecciones. Al inyectar se ha observado siempre extrema palidez de todas las partes vascularizadas. Parecía como si toda la sangre afluyese al tumor; los vasos estaban muy dilatados, se producía una hiperemia por rechazamiento, con fuerte hemorragia consecutiva en el tumor; y tan abundante era esta hemorragia que, según la pintoresca frase de Caspari, el animal perdía toda su sangre en el tumor. Löhe hace notar, que la diferencia entre la necrosis y la descomposición espontánea de los tumores, en los ratones y en las ratas y las que se producen á consecuencia de las inyecciones de sales, consiste en la presencia de un depósito metálico en estas últimas.

Como las dosis que disuelven el tumor y las que obran intoxicando al organismo animal son muy poco diferentes, resultó que cuando se administraron dosis pequeñas, la descomposición ó destrucción completa de los tumores no se verificaba. En estos casos Caspari continuó el tratamiento por inyecciones de yoduro potásico, que provocaba una notable disminución tumoral.

Estas últimas comprobaciones, merecen una atención especial. Desde que se ha demostrado que los elementos de neoformación, tienen cierta afinidad por determinados metales y metaloides, es

posible que se realicen también las indicaciones dadas hace algún tiempo en Rusia por el profesor Mikhailoff, referentes al empleo de fuertes dosis de yoduro potásico, contra los tumores cancerosos. Sin conocer la comunicación de Neuberg, yo mismo me he visto obligado, á falta de electro-selenio, á practicar, en varios casos, inyecciones de preparados yodados (yoduro potásico al 5 %) y he obtenido resultados bastante satisfactorios.

Según una comunicación hecha recientemente (no recuerdo el nombre del autor) se ha inyectado á un enfermo de cáncer del hígado, en estado desesperado, el yoduro potásico en fuertes dosis 5 horas antes de morir. La autopsia, hecha cinco horas después de la muerte, comprobó que los nódulos cancerosos hepáticos contenían yodo, en tanto que los demás tejidos estaban desprovistos de él.

Aun cuando hayan sido distintos los caminos seguidos por Wassermann y Keyser, de una parte, y por Neuberg y Caspari, así como por Werner y Szezi, de otra, todos estos trabajos de biología experimental, han sido guiados por el mismo pensamiento y el mismo plan. Las preparaciones preconizadas por Wassermann y por Neuberg y Caspari, y principalmente las sales de metales pesados, obran regularmente por autólisis sobre los núcleos de las células neoformadas, sin tocar, á veces, al protoplasma, en tanto que la colina obra más bien químicamente (Werner y Szezi), aproximándose su acción, como ya lo he indicado, á la de los rayos Roentgen y del radium (thorium X).

VALDIVIESO

Sintoma inicial y patogenia de la anemia perniciosa, por el Prof., O. Schaumann (de Helsingfors), (*Deutsch. med. Woch.*, t. XXXVIII. núm. 26, junio 27 1912, p. 1248-1250).

El diagnóstico de la anemia perniciosa se hace especialmente cuando la enfermedad ha llegado á un grado especial de avance (reducción del número de hematíes á uno ó dos millones, debilidad, palpitaciones, disnea, vértigos, zumbidos de oídos, etc.).

Sería mucho más ventajoso hacer el diagnóstico al comienzo de la enfermedad.

El autor ha observado, con Hunter, un síntoma susceptible de facilitar el diagnóstico. Los enfermos presentan durante un tiempo

más ó menos largo y de una manera periódica, una especial sensación de desolladura en la lengua, la boca y á veces en la faringe y el paladar; este síntoma, poco conocido, puede aparecer mucho tiempo antes que los signos habituales de la anemia.

En un caso que el autor refiere, la enferma se quejaba hacía mucho tiempo de sentir como en carne viva la punta y los bordes de la lengua, sobre todo al tomar ácidos ó salados.

Esta sensación, que aparecía por crisis durante semanas, desaparecía después, para volver más tarde á presentarse: faltaban completamente todos los demás síntomas de anemia. La coloración del rostro era ligeramente amarillenta, pero la enferma no era anémica, la hemoglobina ascendía á un 85 por 100; más tarde el número de hematíes descendió á dos millones y la hemoglobina á un 53 por 100; notábase una aquilia completa.

Merced al tratamiento arsenical, el estado general mejoró; aumentó el peso, el número de hematíes se elevó á 4.300.000, la hemoglobina á un 90 por 100 y los micro y megalocitos, que antes se veían en la sangre, desaparecieron. También desapareció la especial sensación de la lengua.

Este caso enseña que ciertas formas de anemia perniciosa no son incompatibles con una tara de hemoglobina normal ó casi normal; es por tanto insuficiente la investigación de este factor, para sentar el diagnóstico: es además necesario hacer el examen de la sangre fresca ó seca.

En la enferma de Shaumann, cuando llamó la atención la sensación especial de la lengua, el examen de la sangre demostró una amiocitosis marcada.

Considera este autor como un fenómeno tóxico esta sensación especial, que sobreviene periódicamente, porque el organismo se crea durante algún tiempo cierta inmunidad capaz de resistir la influencia tóxica. Asimismo atribuye el autor á procesos de inmunización, fenómenos que sobrevienen por crisis en la anemia perniciosa: tales son la disminución enorme de hematíes con estado comatoso, fiebre elevada, seguida espontáneamente de una mejoría inesperada y de un aumento de fuerzas.

M. ROMÓN

Focos pneumónicos tuberculosos curables. Estudio clínico y patogénico, por los Dres. Fernand Bezançon y Paul Braun, (*Bull et Mé. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, número 30, octubre de 1912).

Habiendo podido reunir los autores un número bastante considerable de observaciones clínicas referentes á focos tuberculosos de forma pneumónica y evolución favorable, han hecho un estudio de conjunto de esta modalidad de la infección tuberculosa, demostrando que al lado de la pulmonía caseosa, de la esplenopneumonía de Grancher y del antiguo tipo clínico de la congestión pleuro-pulmonar, existe una forma diferente de proceso tuberculoso, síndrome complejo de hepatización y esplenopneumonía, que puede colocarse, atendiendo á su gravedad, entre la pulmonía caseosa de los autores antiguos y la esplenopneumonía de Grancher; interesa clínicamente, porque teniendo un comienzo rápido, localización frecuente en la parte media del pulmón y en la base, es á menudo desconocida su naturaleza y se toma por una pulmonía ó una congestión pleuro-pulmonar gripal.

Casos análogos han sido citados por Mossy y Malloizel, quienes, concretándose especialmente al estudio de las reacciones córtico-pleurales, han demostrado que suelen existir focos pulmonares localizados bajo la pleura. También Sabourin ha hecho un detenido estudio de las reacciones inflamatorias que aparecen como manifestaciones secundarias en los tuberculosos en el curso de lo que él ha llamado embolias bronquiales. Pero los casos que B. y B. han visto, difieren de los observados por Sabourin en varios puntos: este autor ha estudiado especialmente los accidentes agudos que aparecen en tuberculosos confirmados y que, por tanto, no juegan más que un papel episódico en la evolución de la enfermedad, mientras que los casos por los otros observados semejan, al menos clínicamente, focos pneumónicos autónomos con apariencia, generalmente de primitivos, de forma más grave y de mayor duración.

Evolución general.—En un individuo francamente tuberculoso, ó en sujeto en apariencia sano, se presentan de pronto síntomas que hacen pensar inmediatamente en una pulmonía fibrinosa: escalofrío, dolor de costado, fiebre elevada y expectoración escasa y herrumbrosa. El examen del pecho confirma el diagnóstico: en puntos variables, ya en la base, proximidades del vértice, y, con más frecuencia, en la región de la cisura interlobular, se percibe

un foco caracterizado por soplo tubario, estertores, y macidez que puede invadir todo un lóbulo pulmonar.

Pensando en la pulmonía se espera la crisis habitual de esta enfermedad; pero pasan 8 ó 10 días y la defervescencia habitual no aparece y la temperatura sufre oscilaciones varias sin que llegue á la normal.

Localmente persisten los síntomas, y la expectoración se hace más abundante tomando aspecto mucopurulento. En vista de esta marcha anómala de la que se tenía por una afección franca, es cuando se sospecha en la posible forma tuberculosa y comienzan las investigaciones bacteriológicas.

Como en tales momentos el estado general del enfermo está muy alterado, los fenómenos locales persisten, y en los esputos se confirma la existencia del bacilo de Koch, inmediatamente se diagnostica la pulmonía caseosa y se pronostica un funesto y no tardío desenlace.

Afortunadamente en los casos relatados por los autores, el estado general fué mejorando, á pesar de la persistencia de los signos locales; y en algunos casos más felices, al cabo de 4, 6 meses ó un año, el enfermo entró en franca convalecencia y de nuevo se dedicó al trabajo.

El estudio detallado de los diferentes síntomas presenta algunas particularidades muy interesantes.

Invasión.—Comúnmente es brusca como en la pulmonía pneumocócica, subiendo rápidamente la temperatura á 40.° y quedando constituido en pocas horas todo el síndrome pneumocócico.

Pero si se interroga con cuidado al enfermo, se comprobará muchas veces que el incidente agudo fué precedido por una fase premonitoria muy parecida al ataque gripal.

Síntomas generales.—En unos enfermos se tiene desde el principio la impresión de una afección grave; en otros, por el contrario, la invasión no es tan brusca y el estado general parece más satisfactorio, pero éste no evita que su evolución pueda ser grave.

Curva térmica.—La mayoría de las veces la temperatura se eleva bruscamente y permanece elevada; y lo mismo que en las pulmonías francas, disminuye después de algunos días, pero la remisión completa tarda mucho en presentarse. Algunos casos se desarrollan con muy poca elevación térmica, aún con síntomas locales bien manifiestos.

El examen de las curvas térmicas en las semanas y meses que siguen á los primeros días de la invasión, demuestra la lentitud

desesperante aunque la fiebre va descendiendo, necesitando un gran espacio de tiempo para acercarse á la temperatura normal.

Como no es infrecuente en estas formas de neumonía tuberculosa las oscilaciones térmicas constituyendo verdaderos ciclos térmicos, impiden tomar á la marcha de la temperatura como signo absoluto de pronóstico; pero la caída progresiva de la temperatura constituye un indicio favorable.

Curva del peso.—La curva del peso presenta variaciones muy semejantes á las de la temperatura. Al principio disminuye, después, y en los casos favorables, se eleva progresivamente. Pero no es siempre lo corriente, pues también hay grandes oscilaciones del peso, y en ocasiones sigue disminuyendo como en el curso de una tuberculosis crónica habitual.

Fórmula hemo-leucocitaria.—El examen de la sangre siempre demuestra una disminución de los glóbulos rojos, lo que explica en parte la palidez de los tegumentos.

Existe, además, una leucocitosis marcada, 15,000, 10,400 glóbulos blancos, pero no se encuentran las cifras enormes que á menudo se ven en la pulmonía franca; por el contrario, más se aproximan á las que se observan en los ataques de pulmonía caseosa mortal.

La polinucleosis es importante: 78 por 100, 82 por 100; en los casos favorables la polinucleosis disminuye, la mononucleosis aumenta y la eosinofilia reaparece.

Como en todos los tuberculosos graves, la tensión sanguínea es baja.

Las reacciones á la tuberculina (cuti é intradermo-reacción), son, en general, poco intensas, como sucede en los tuberculosos caquéticos ó agudos.

Síntomas funcionales.—Estos síntomas son también muy variables.

El dolor de costado puede adquirir tal intensidad y caracteres, que sea lo suficiente para llamar la atención sobre una región determinada del tórax. Lo más frecuente es localizarse en la región de la cisura interlobular, sea cerca de la axila, sea cerca de la columna vertebral.

La tos no tiene caracteres especiales; en algunos enfermos suele ser quintosa al principio y no parece estar en relación con la extensión del foco. Lo mismo pasa con la dispnea.

Signos locales.—El foco pneumónico se revela, en los casos típicos, por los síntomas clásicos de la neumonía aguda. Suele

tener como sitio de predilección la región interlobular, sea á la derecha, sea á la izquierda, acercándose más al lóbulo superior, pero por debajo del vértice.

La extensión del foco pneumónico es muy difícil de precisar por la existencia de lesiones concomitantes, ya antiguas, ya las congestivas propias del brote agudo. Entre los diversos signos reveladores del foco inflamatorio, parece ser el soplo el más importante. Pero hay que tener presente sus variaciones, pues unas veces es franco y característico de la pulmonía, apareciendo al final de la inspiración, con más fuerza en el centro que en la periferia, y otras es tan dulce y velado, que cuesta gran trabajo el percibirlo. Además, se encuentran todos los tipos intermedios entre el clásico soplo de la pulmonía y el tipo verdadero del soplo de la pleuresía, pudiendo aparecer también en cierto número con caracteres de ambos soplos á la vez. Hay otros casos en los cuales, el soplo toma una tonalidad más hueca y semeja el soplo cavernoso.

Puede ser el soplo el único signo perceptible por la auscultación, pero es muy raro que la tos no provoque algún otro ruido.

El soplo puede persistir con los mismos caracteres del principio durante mucho tiempo, lo más frecuente es que sufra modificaciones que no se someten á regla fija, sin embargo, habitualmente es primero tubario, después tubo-pleural, luego tubo-cavernoso y, por último, cavitario. Los otros ruidos que acompañan al soplo son los de la pulmonía franca en período avanzado, pues nunca se observa verdadero estertor crepitante típico, son siempre esteriores de gruesas burbujas y más húmedos.

Pueden observarse en ocasiones ruidos cavernosos, mas el verdadero gorgoteo cavernoso, sólo aparece en período muy avanzado.

Hay siempre broncofonía y bronco-egofonía al nivel del foco del soplo; cuando este último toma el tipo pleural, puede percibirse egofonía y pectoriloquia áfona, lo que unido á la matidez y soplo, puede hacer creer la existencia de derrame.

Las vibraciones vocales están ordinariamente reforzadas.

El foco raramente llega á una completa regresión; es lo más corriente que termine por ulceración bastante reducida. Las lesiones que rodean al foco, terminan en forma de espleno-pneumonía.

CARACTERES Y MODIFICACIONES DE LA EXPECTORACIÓN. — Los caracteres de la expectoración permiten, en parte, seguir la evolución del foco pneumónico.

Al principio es la expectoración viscosa, adherente á la escupidera y herrumbrosa ó ambarina según la cantidad de glóbulos

rojos. En ocasiones son los esputos espesos, verdosos y translúcidos. No es infrecuente que estos diferentes esputos sean acompañados por una expectoración espumosa, clara y aireada.

La cantidad es muy variable y no está en relación directa con la extensión del foco.

El examen bacteriológico revela desde el principio la presencia de bacilos de Koch; la cantidad puede ser muy pequeña y necesitar de una homogenización preparatoria. Al bacilo específico pueden acompañarle pneumococos, tetrágenos, etc.

El examen histológico cuando se hace al principio confirma la apariencia pneumónica de la expectoración.

El esputo del primer período, examinado citológicamente, permite reconocer los elementos siguientes: moco hialino, gotitas de un exudado sero-albuminoso redondeadas ó alargadas y de dimensión variable. Los elementos celulares suelen ser escasos y están representados por algunas células alveolares, leucocitos poli-nucleados, en general intactos, y algunos glóbulos rojos.

Se ven á menudo delicadas redes formadas por la degeneración del núcleo de las células endoteliales. No se encuentran fibras elásticas ni fibrina.

En los períodos más avanzados los esputos se van haciendo más verdosos, más purulentos, pero sin llegar á ser nummulares típicos. Los bacilos tuberculosos van aumentando en número. Las gotitas del exudado sero-albuminoso desaparecen; el moco hialino pierde consistencia é importancia. Los elementos celulares aumentan, especialmente los leucocitos poli-nucleares, profundamente alterados, y muchos fragmentos de sus núcleos, desfigurados y esparcidos por la preparación, pueden tomarse por linfocitos.

El diagnóstico de estos focos pneumónicos presenta á menudo grandes dificultades. Distinguirlos de una pulmonía franca en sus comienzos sólo se puede conseguir haciendo sistemáticamente el análisis de los esputos; las anomalías de la curva térmica nos pondrán en sospecha de la tuberculosis.

Los derrames localizados y especialmente la pleuresia interlobular, pueden ser confundidos con los focos tuberculosos pneumónicos, necesitando en ocasiones el auxilio de la radiografía y la punción exploradora.

Aun después de haber reconocido el foco, todavía se presentan dificultades que resolver, pues en su evolución estos focos se parecen completamente á la pneumonía caseosa, y sólo pasado

mucho tiempo se puede ir aclarando el diagnóstico: en la pneumonía caseosa el estado general va perdiendo al mismo tiempo que el estado local también se va empeorando; en estos focos pneumónicos, á pesar de la extensión de los signos locales y su aparente gravedad, se inicia una mejoría que coincide con otra en el estado general.

Iguales consideraciones pueden aplicarse á la bronco-pneumonía tuberculosa aguda y á la tisis cavitaria ulcerosa de focos múltiples: De la espleno-pneumonía de Grancher puede servir de medio diferencial, la expectoración abundante y purulenta que en el foco pneumónico se presenta cuando llega el período de ulceración.

El pronóstico de estos focos no se puede hacer al principio por toda la serie de consideraciones expuestas; es la evolución ulterior la que irá aclarando el proceso. En general, estos focos son más benignos que la pneumonía caseosa y un poco más graves que la espleno-pneumonía tuberculosa.

La intervención terapéutica debe ser lo más sobria posible. Las medidas higiénicas y especialmente el reposo en la cama, han permitido, en tiempo más ó menos largo, conseguir el retorno á una salud relativa.

Durante el período de invasión se pueden tratar como á los pneumónicos agudos: aceite alcanforado, alcohol, revulsión, envolturas húmedas.

En estos enfermos hay que evitar toda medicación susceptible de provocar fenómenos congestivos, como sucede con la creosota y, sobre todo, con la tuberculina. Tardíamente se puede recurrir á la sobre-alimentación y á los reconstituyentes.

Los autores no han ensayado la sueroterapia en estas formas febriles; pero siendo un proceso de evolución favorable, hay que ser muy prudentes—dicen estos autores—en la apreciación de los resultados terapéuticos que se obtengan en el caso de emplear esta medicación.

Las lesiones de estos brotes pneumónicos tuberculosos son difíciles de precisar á causa de hacerse las autopsias en período ya muy tardío de la evolución de los mismos. Sin embargo, teniendo en cuenta su evolución, lo que se conoce por el estudio histológico de los esputos y sus semejanzas con la pneumonía fibrinosa, se puede considerar este proceso como una alveolitis tuberculosa masiva (de tipo agudo), que produce la hepatización del parénquima pulmonar, sufriendo posteriormente la degeneración caseosa.

Teniendo en cuenta los trabajos experimentales conocidos sobre las vías de infección tuberculosa, parece lo más seguro que los focos pneumónicos objeto de este estudio, son el resultado de una infección tuberculosa por la vía aérea (bronquial), pero procedente de un foco pulmonar preexistente, cuyos productos han hecho irrupción, ó han sido aspirados en los conductos bronquiales.

¿Por qué estos focos tuberculosos toman unas veces la forma caseosa rápidamente mortal y otros la pneumónica ó espleno-pneumónica relativamente curable? Por ahora sólo se pueden emitir hipótesis. Sin embargo, algo de luz pueden arrojar los modernos trabajos experimentales de Bezançon y Serbounes sobre las inoculaciones tuberculosas en la tráquea de cobayos sanos y previamente tuberculizados, pues las lesiones que en estos últimos animales se desarrollan, cuando resisten los primeros accidentes congestivos, recuerdan muy mucho á las lesiones humanas.

E. DURRUTI

Diagnóstico de la estrechez mitral. Sus causas de error, por A. Mut, del H. de la Princesa. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, núms. 1223 y 1224, junio, 1912).

Este hermoso artículo, altamente clínico, merece ser extractado en extenso para que todo el mundo lo conozca.

Señala el autor la relativa rareza de la estrechez mitral pura, es decir, no asociada á la insuficiencia de la misma válvula ó de las aórticas y la asigna el tercer lugar de frecuencia por el orden siguiente: 1.º insuficiencia mitral; 2.º insuficiencia aórtica y 3.º estrechez mitral. A la insuficiencia tricuspídea *primitiva* la considera con razón como una rareza siendó en cambio muy frecuente como secundaria á la dilatación del corazón derecho.

El signo característicamente clásico de la estrechez mitral ó signo máximo es según todos los autores *un soplo presistólico ó diastólico en la punta*. Pues bien, el autor indica que el soplo puede faltar en muchos casos; el soplo puede existir sin haber lesión valvular: y ese soplo, en fin, puede oírse en un sitio distinto de la punta. Estos tres hechos constituyen otros tantos motivos de error en el diagnóstico.

1.º La primera eventualidad es un hecho comprobado, puesto que en distintas ocasiones la autopsia ha puesto de manifiesto

la existencia de la estrechez y, sin embargo, en vida del enfermo no se oyó jamás el soplo denunciador á pesar de ser atentamente reconocido; y de ello Leube, Hirtz, J. Pawniski citan varios ejemplos.

Estas estrecheces, *mudas* en general, no repercuten sobre la salud mientras una afección intercurrente no venga á poner de manifiesto su existencia.

Por otra parte, el soplo aun existiendo puede faltar de momento, ó estar oculto ó enmascarado por una afección pulmonar, un derrame de la pleura, etc. Cita el autor á este propósito, un caso de derrame en la pleura derecha en el que había otros síntomas de la estrechez mitral pero no el soplo, y en el que una vez evacuado el líquido pleural, se pudo apreciar un soplo duro y áspero presistólico en la punta del corazón.

Finalmente, cuando en los últimos períodos del mal la energía cardíaca está muy desfallecida, puede enmudecer el soplo por falta de fuerza en los remolinos circulatorios de la sangre á su paso por la abertura estrechada (fibrilación auricular de Mackenzie).

2.º Un segundo motivo de error está en percibir el soplo allí donde su existencia no corresponde á una estrechez orgánica ó real. Por vía experimental puede provocarse en el perro después de la sección de los pneumogástricos y una sangría copiosa, un síndrome con ritmo mitral, estremecimiento catario, soplo diastólico, refuerzo del tono pulmonar y dilatación cardíaca, idéntico al de la estrechez mitral con perfecta integridad anatómica de válvula y orificio. Pues bien, este síndrome experimental puede aparecer espontáneamente en enfermos con violenta contracción auricular, exageración de la velocidad de las corrientes é hidroemia, lo que no deja de verse sobre todo en mujeres jóvenes y anémicas, con frecuencia de pulso al rededor de 100 por minuto.

Recuerda el autor el caso de una señora joven, en quien en el momento de la consulta y al siguiente día, tras el completo reposo de una noche de sueño tranquilo, diagnosticó sin quedarle la menor duda una estrechez *mitral de naturaleza orgánica* y sin embargo de lo cual un tratamiento tónico hizo que dos ó tres meses después, la desaparición del soplo, de los edemas, y de todo el cuadro sintomático le hiciera rectificar el juicio anterior para sustituirle por el de *estrechez*, no de naturaleza orgánica sino funcional, es decir que aquella estrechez había desaparecido; y á este propósito se pregunta. ¿Existe una estrechez espasmódica?

A. Ceconi, Malier y Navé Jourand, observaron casos de evidente estrechez mitral con todos sus detalles en vida del enfermo, dando posteriormente la autopsia, la más absoluta negativa á la lesión valvular. ¿A qué es debido el soplo en estos casos? Hablase de espasmos de los músculos papilares, explicación que no satisface.

Únicamente en las ocasiones en que la estrechez coincide con la insuficiencia aórtica, Tessier (1911), señala un mecanismo que parece racional, atribuyendo el soplo al conflicto ó choque del chorro auricular descendente con el aórtico retrógrado que se encuentran en ángulo recto dando lugar á un fuerte remolino.

Además de todo esto, el aneurisma y la insuficiencia aórticos, los cuerpos extraños del orificio (las roturas valvulares), las comunicaciones anormales entre las cavidades cardíacas, pueden dar origen al ruido de fuelle presistólico ó diastólico de la punta, induciendo á una equivocación.

3.º El tercer motivo de error está en el cambio topográfico del soplo. Según Ortner que se ha dedicado al asunto con esmero, los soplos y ruidos mitrales se propagan á la vez en sentido descendente y ascendente, dominando por lo general el primero por coincidir con la dirección de la corriente, y de ahí que el máximo esté en la punta. Pero cuando la aurícula está muy dilatada y el ventrículo izquierdo rechazado hacia atrás por la gran hipertrofia del derecho, domina la propagación superior, oyéndose el máximo de intensidad precisamente en el foco de la pulmonar, como si correspondiera á una insuficiencia de la misma (enfermedad ó lesión extraordinariamente rara y excepcional). Sobre esta misma base, puede haber también dos focos máximos, uno alto como el anterior en el tercer espacio izquierdo y otro en la punta sinuando la combinación de la estrechez con la insuficiencia de las sigmoideas derechas, tanto más cuanto que pueden variar las cualidades acústicas de los dos soplos. Además de esta doble propagación puede el soplo dejarse oír en los vasos del cuello (Ortner) entre la columna vertebral y omóplato (Rothberger) y como sitio único y exclusivo el hueco axilar (Bawinski).

* * *

Otro motivo de error puede estar en las relaciones del soplo con el tiempo. Para Thayer de Baltimore, puede ocupar distintos momentos del ciclo de revolución cardíaca, y el apelativo de presistólico no le corresponde exactamente.

El soplo empieza unas veces en la primera parte del diástole, se continúa durante todo él y se acentúa en el presístole, ó sea el momento de la contracción auricular; otras empieza lo mismo, disminuye de intensidad y se refuerza á lo último y otras por fin, se inicia al comenzar el diástole y se extingue para no volver á reaparecer.

Según Hirschfelder se explican estas modalidades del soplo por el hecho comprobado experimentalmente de que el paso de la sangre por la mitral estenosada se hace en 3 tiempos; en el 1.º el paso es rápido, lento en el 2.º y en el 3.º pasa la mitad del total de la sangre, en lugar de la 5.ª parte que es la normal en el sujeto sano.

Brockbaud califica este soplo de *crescendo*, y le niega el carácter de ser presistólico; es, según él, protosistólico y le produce una regurgitación mitral en el período silencioso del sístole del ventrículo, acabando en el momento de la acopladura valvular.

Para Cesare Pezzi, es sencillamente una modalidad del ritmo de galope derecho, influido por las diferencias de tensión sanguínea en las cavidades derechas é izquierdas y sus árboles arteriales correspondientes, todo lo cual puede influir en el momento de su producción.

Dedúcese de cuanto va expuesto: 1.º que el soplo de la estrechez mitral puede faltar: 2.º que puede presentarse en otras enfermedades: 3.º que puede hallarse en sitios distintos de su foco normal: 4.º que puede ser presistólico: 5.º sistólico y 6.º diastólico. En vista de todo ello el autor afirma con gran sentido práctico, los siguientes preceptos: 1.º La existencia de un soplo en la región precordial, no autoriza por sí solo á formular un diagnóstico de lesión cardíaca. 2.º El tiempo en que se verifica un soplo, tras de ser muchas veces de difícil localización, no se ajusta todas las veces á la verdad anatómica. 3.º Cuando se perciben dos ó más soplos, se debe procurar el diagnóstico de la afección principal, dejando en suspenso el de las demás hasta nuevas y más detenidas investigaciones, porque la mayoría de las veces no se trata de dos lesiones distintas, sino simplemente de propagaciones de un mismo soplo.

Esto no quiere decir que la estrechez mitral sea una enfermedad casi indistinguible. Lo que sí es verdad, es que la existencia de un soplo de tal ó cual carácter, es insuficiente para formular un diagnóstico, y explica que J. Mackenzie haya lanzado la frase revolucionaria, de que para él la existencia de soplos y ruidos

cardíacos es indiferente al pronóstico y tratamiento de una afección cardíaca. Estas palabras que resultan la confirmación de un criterio que está en el ánimo de los clínicos verdaderamente prácticos en cardiopatías, ha resultado una condenación del viejo concepto, clásico hasta aquí, según el cual el soplo lo constituía todo, era lo fundamental y patognomónico; de su rudeza é intensidad, se deducía lo grave del proceso y hasta se daba por sano el corazón que estaba limpio de soplos y ruidos anormales. El diagnóstico, pues, con ó sin soplo, necesita apoyarse en otros síntomas además, de cuyo conjunto se sacan las deducciones que permitan llegar á la seguridad clínica. Tales síntomas de distinto valor son los siguientes:

Estremecimiento catáreo.—Por la palpación, medio que nunca debe omitirse, puede apreciarse en muchos casos esa trepidación especial, sensación táctil que acompaña al soplo de la estrechez, á la que Laennec llama *estremecimiento catáreo* haciendo al soplo palpable. Cuando esto sucede, aunque no dé por sí solo una absoluta seguridad, si se comprueba que coincide con el presístole en la región de la punta, es uno de los signos que dan mayor certidumbre de una estenosis mitral.

Macidez dorsal.—La percusión denuncia muchas veces una zona de sub-macidez en el hueco inter-escápulo-vertebral izquierdo entre la 6.^a y 8.^a vértebra dorsal. Cuando esto ocurre representa una gran dilatación de la aurícula izquierda con ó sin hipertrofia de la misma, y es un signo que puede tener su valor en los casos dudosos.

Nanismo mitral.—Por su desfavorable influencia sobre la hematosis, cuando la estrechez se establece en los niños, dificulta y retrasa su crecimiento y desarrollo. Se produce cierto grado de infantilismo, con genitales rudimentarios, peso escaso, falta de vello, deformaciones dentarias, etc., á todo lo cual no es extraña la heredo-sífilis. Suele coincidir algunas veces con el raquitismo.

Este aspecto general de pobreza, en la estenosis mitral, hace pensar en muchas ocasiones en la tuberculosis. La simultaneidad de ambas afecciones sin embargo y á pesar de la opinión defendida en el extranjero y de los casos presentados por Marcel Labbé y de Ballase, debe ser sumamente rara, tanto que Verdes Montenegro niega de un modo categórico la combinación de ambos males, opinión de que participa el autor. (Yo por mí parte tampoco lo he visto, sin embargo de haber observado enfermos de

estrechez mitral con fenómenos estetoscópicos muy sospechosos en los vértices sobre todo en el derecho, pero en los que la marcha de los acontecimientos y la variabilidad de intensidad y topografía de dichos fenómenos pulmonares desvanecieron toda sospecha de infección bacilar).

Parálisis recurrenciales.—Suele este fenómeno afectar exclusivamente al recurrente izquierdo y está bajo la dependencia de su compresión por la aurícula izquierda enormemente distendida. Quadrone cita 8 casos de los que en 7 la parálisis era bilateral. Muktedir Effendi habla del caso de un joven de 15 años con estrechez mitral en período hiposistólico con parálisis del recurrente izquierdo y dilatación pupilar derecha: radioscópicamente se comprobó la gran distensión auricular en todos sentidos produciendo las compresiones correspondientes á este síndrome, que puede por su parte aparecer en otras enfermedades como tumores, aneurismas, infartos traqueo-bronquiales, cáncer del esófago, pero en la parálisis de la estrechez los fenómenos son menos continuos y se atenúan cuando el enfermo se incorpora pasando del decúbito supino á la vertical, modificación que no ocurre en el aneurisma, etc.

Desigualdad de los pulsos radiales.—Otro signo que puede en la estenosis mitral servir de apoyo á un diagnóstico difícil es la desigual condición del pulso en las dos muñecas: ya en la derecha ya en la izquierda uno de ellos suele ser más pequeño que el otro, no sólo á la exploración digital sino á los aparatos registradores de tensión. Cuando la pequeñez domina en la radial derecha se explica por la compresión ejercida en el tronco arterial braquiocefálico por la cava superior repleta y distendida á su vez por la dilatación de las cavidades derechas del corazón, hecho confirmado en la autopsia por Muktedir Effendi y demostrable en vida por la percusión, pulso yugular de forma ventricular, fuerte pulsación epigástrica y trazado especial de la punta. La pequeñez del pulso izquierdo es hija de una compresión directa de la aorta. Como en la parálisis recurrencial estas desigualdades aumentan ó disminuyen según que la postura del paciente facilite ó dificulte tales compresiones (Popoff, Goujet, Ortner, Quadrome).

Síntomas pulmonares.—Hace varios años que Ignacio Barr, Jaime Bard, Verdes Montenegro, Morison, etc., han descrito un síndrome que dentro de esta enfermedad se presta á confusión con la tuberculosis. El autor español dice que el vértice pulmonar izquierdo puede ser asiento de inspiración áspera y entrecortada y sonido

timpánico á la percusión por pérdida de elasticidad del tejido pulmonar comprimido por la aurícula izquierda hipertrofiada. Jaime Bard indica sub-macidez, inspiración ruda ó ligero soplo y alguna vez estertores subcrepitantes en el mismo sitio, y los atribuye á la congestión producida por el aplastamiento del pulmón. Lo importante para Mut, de la observación de este último autor, es que dichos síntomas no son constantes; varían y desaparecen después de unos momentos de ejercicio ó de una serie de inspiraciones profundas. Por el contrario, el fenómeno se acentúa después que el enfermo permanece algún tiempo en decúbito supino. Conviene explorar lo que pueda haber de cierto en estos hechos, porque en caso afirmativo sería muy fácil diferenciar los trastornos puramente cardíocirculatorios del daño genuinamente pulmonar.

Quizá conviniera percutir en inspiración forzada, para estudiar diferencias de tonalidad que sirvieran para una buena diferencia diagnóstica.

De todos modos (dice Mut) el síndrome descrito por Verdes Montenegro es más delicado y de investigación más fina, más clínico y más precoz que los señalados por los demás autores, que representando fenómenos de éxtasis, de congestión pasiva, que lo mismo pueden presentarse en los vértices que en las bases, aparecen en períodos en que el diagnóstico de la lesión no ofrece ya grandes dificultades. El síndrome de Verdes Montenegro coincide con las primeras etapas y requiere una exquisita exploración. Falta averiguar si las inspiraciones profundas y el ejercicio le modifican en igual sentido que el síndrome de Bard.

Pulso venoso.—Cuestión muy embrollada por que su estudio no está bien precisado y porque siendo la estenosis una enfermedad progresiva, la forma de pulso venoso varía considerablemente en el transcurso del mal.

En los gráficos tomados del pulso yugular (operación que según parece no resulta fácil ni mucho menos) se ve, que en un primer período, cuando las aurículas hipertrofiadas dan en su sístole una contracción enérgica, la onda llamada *a* se marca intensamente en el dibujo, dando lo que se designa con la frase *pulso venoso auricular*.

A medida que los fenómenos degenerativos van apoderándose de la musculatura cardíaca, su [energía afloja, la onda *a* disminuye, se borra, y al llegar al período de gran dilatación pasiva, de hipositolia (fibrilación auricular) aparece una onda elevada que coincide con el sístole del ventrículo, produciendo el *pulso venoso*

ventricular con ó sin ritmo *nonal* según las circunstancias del caso (Para la explicación de teorías, el autor se refiere á su obra *Diagnóstico de las enfermedades del corazón*).

En los casos en que puede apreciarse bien la onda *a* de un pulso venoso auricular y el soplo presistólico en la punta, se verá que coinciden exactamente en el tiempo si se trata de una estenosis mitral.

Ortodiografía.—Colocado el sujeto entre la ampolla de rayos X y la pantalla fluoroscópica, en contacto ésta con el hombro izquierdo y de modo tal, que los rayos atraviesen el tórax, formando con su eje antero-posterior un ángulo de 50°, se aprecia la sombra del corazón separada por un espacio claro de la sombra vertebral y por otro anterior del esternón, cuando el corazón tiene su tamaño normal: pero cuando se trata de una estenosis mitral el aumento de volumen de la aurícula izquierda, hace que la sombra cardíaca fundiéndose con la vertebral borre ó invada el espacio claro posterior. Este medio de comprobar con exactitud el desarrollo anormal de la aurícula izquierda, resulta el más gráfico, evidente y menos expuesto á error, para diagnosticar la lesión en los períodos de completa adaptación al principio del mal.

Mirado el enfermo en posición frontal, se puede por ortodiografía y telerradiografía, apreciar de modo preciso el aumento de volumen cardíaco y las modificaciones de forma en su borde izquierdo, que en vez de ser abombado, se hace casi vertical y aun cóncavo hacia la izquierda. Todas estas comprobaciones son de gran valor diagnóstico.

Electrocardiografía.—Este medio de exploración, poniendo de manifiesto la actividad auricular, presta enseñanzas que pueden referirse á lo dicho apropósito del *pulso venoso*.

Fonoscopia y Fonokiascopia.—Medios de exploración que apenas han rebasado las manos de sus inventores: son procedimientos gráficos quizá de gran porvenir, pero que aun no han entrado en la práctica corriente, y el autor se limita á mencionarles.

Esfigmomanómetro.—De poca aplicación á esta enfermedad en la que, lógicamente se comprende, habrá de registrar siempre presiones arteriales relativamente bajas. Su utilidad está en la comparación del grado tensivo en ambos brazos, porque el autor, ha visto que efectivamente, siempre existen diferencias, cuyo valor para ser positivo habrá de ser de 10 milímetros ó algo más.

En resumen: la existencia de un soplo presistólico ó diastólico en la punta del corazón no autoriza en modo alguno, por sí solo, el diagnóstico de estrechez mitral, sino que es preciso atender á los otros síntomas que presenta esta enfermedad.

Tienen tanta importancia para el diagnóstico, como la presencia del ruido anormal auscultable, la vibración ó estremecimiento catáreo de la punta, la percusión dorsal de la aurícula izquierda y, sobre todo, el examen radioscópico de esta cavidad.

Los trazados del pulso yugular y electrocardiográficos son los que mejor demuestran el período en que se encuentra la dolencia, según exista ó no la onda auricular.

Tratándose de una lesión cuyo diagnóstico ofrece dificultades, y por tanto, muy dada á error, es necesario no desperdiciar ningún signo que pueda auxiliarnos en el diagnóstico, como la parálisis recurrential, la desigualdad de los pulsos radiales y la esfigmomanometría principalmente.

A propósito del diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones cardíacas del reumatismo, por el Dr. David B. Lees. (The Brit. Med. Journ., 12 octubre, 1912).

El Dr. David B. Lees, en una comunicación leída en Liverpool en julio próximo pasado, á propósito del diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones cardíacas del reumatismo, hace las proposiciones siguientes:

1.^a El reumatismo articular agudo y subagudo es una infección microbiana, más común y más virulenta en la niñez, y menos frecuente y, á menudo, menos virulenta en los adolescentes y adultos jóvenes.

2.^a Hay un síntoma constante que se presenta en todos los casos. Las artritis, nódulos, endocarditis y pericarditis, pleuresía, anginas, eritemas, corea y todos los otros síntomas de reumatismo pueden estar ausentes ó presentes pero *la dilatación del ventrículo izquierdo* se presenta invariablemente en todos los casos. Esta dilatación producida por toxemia, por miocarditis ó por ambas cosas á la vez, es uno de los síntomas más tempranos de la enfermedad.

El autor habló ya de este hecho en 1898, y en los 14 años transcurridos ha afirmado esta opinión, dándole la completa seguridad de que el síntoma es constante y, con grados de mayor ó m

intensidad, uno de los más precoces. Fundándose en el experimento de Gaskell (acción del ácido láctico sobre el corazón de la rana) se puede atribuir el fenómeno á la acidez de los humores. Las toxinas bacterianas, probablemente ácidas (y según Walker y Ryffel por el ácido fórmico) serán lo que determina, como en el experimento, la relajación de la musculatura del ventrículo. Por otra parte Poynton manifiesta la posibilidad de demostrar bacterias en los intersticios conjuntivos del ventrículo y degeneración grasa de la fibra muscular, y Carey Coombs de Bristol señala como frecuente la existencia de diminutos nódulos reumáticos en el tejido intersticial de los ventrículos. Ambas cosas sin duda, son la causa del fenómeno y explican que éste *no sea una complicación sino un hecho esencial á la enfermedad misma.*

Otros fenómenos reumáticos pueden ser más molestos al paciente y reclamar más urgente intervención, pero éste en todo caso debe preocupar la atención del práctico en todos los momentos del mal.

3.^a La dilatación del ventrículo izquierdo, puede ser fácilmente comprobada por atenta y delicada percusión de la región precordial. La línea inclinada que marca el borde izquierdo del corazón en el 3.^o, 4.^o y 5.^o espacio intercostal, en caso de reumatismo, alcanza casi siempre la línea mamilar, muy á menudo la rebasa por fuera un través de dedo, y en los casos graves, hasta dos. Al propio tiempo, se puede ver rebasar del borde esternal derecho, á la aurícula de este lado, un dedo en el 4.^o espacio intercostal correspondiente. Con esto coincide un apagamiento mayor ó menor del primer ruido en la punta, debilidad y difusión del latido ó impulso precordial, pequeñez del pulso y cierto refuerzo del segundo ruido en el foco pulmonar. Puede haber ó no soplos, pero lo anterior es lo esencial al proceso.

4.^a Lo primero y esencial del tratamiento para que tenga éxito con esta situación cardíaca, es el absoluto y prolongado reposo en cama, aunque los demás síntomas del mal ninguno por su parte lo reclamen.

5.^a Lo segundo y esencial también del tratamiento, es la medicación llamada antirreumática. De ésta, lo mejor es la combinación del salicilato y del bicarbonato de sosa (doble del 2.^o sobre el 1.^o) administrados en dosis crecientes.

6.^a Durante este tratamiento evitar el estreñimiento: sostener siempre la orina con una débil alcalinidad y suspender la medicación si se presenta intolerancia gástrica. Esta suspensión será de pocos días y se volverá al salicilato empezando por dosis la

mitad de las anteriores, sin perjuicio de ir subiendo gradualmente lo que se vaya tolerando.

7.^a Cuando la dilatación es grande, con ó sin endocarditis, y, sobre todo, si el pericardio se interesa, el mejor recurso es la aplicación permanente de la vejiga de hielo en la región precordial, tomando las precauciones de rigor á este recurso y colocando botellas calientes, caloríferos, etc., en las extremidades, para evitar el menor enfriamiento de los miembros. También las sanguijuelas pueden prestar buenos servicios.

MORENO

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Tratamiento de las anexitis por las aguas sulfuro-salinas por el Dr. D. Pedro Ramón y Cajal (*La Clínica Moderna*, 1.^o de noviembre 1912).

Confiesa el autor que ha sido para él una inesperada sorpresa el observar curaciones radicales de anexitis antiguas, algunas de ellas de abolengo blenorragico, por la mera acción de un tratamiento hidromineral; advirtiendo que algunos de estos casos tenían más de diez años de fecha, y habían sido sometidos á tratamientos rigurosos y perseverantes, bajo la dirección de especialistas experimentados.

Tal impresión le han hecho esos inesperados resultados, algunos de ellos seguidos de la concepción después de largos años de esterilidad, de dismenorreas y crisis de cólicos salpingianos con episodios de perianexitis más ó menos difusos, que no ha podido evitar cierta inquietud, al recordar la estadística, ya algo numerosa, de sus intervenciones por anexitis crónicas, ante la duda de que quizá algunas de éstas, podían haber sido evitadas, mediante un tratamiento hidromineral adecuado.

Expone á continuación algunas historias clínicas de mujeres afectadas de salpingo-ovaritis dobles, en su mayoría de larga fecha, y algunas de las cuales ofrecían todas las condiciones que se exigen para justificar un tratamiento operatorio.

De las cinco enfermas que comprende esta exposición clínica, tres han tenido descendencia, después de un largo período de esterilidad, y se ha comprobado inmediatamente después de la acción hidroterápica, la profunda modificación favorable de las

lesiones anexiales; llegando hasta la total reabsorción de focos hidrosalpingíticos crónicos, y probablemente también de colecciones purulentas enquistadas.

En todos los casos estudiados por el autor, ha coincidido con la resolución favorable, una reacción dolorosa de las lesiones salpingo ováricas, que en ocasiones ha exigido la suspensión, por dos ó más días, de las irrigaciones y el baño vaginal. Esta reacción dolorosa es la expresión de un proceso de hiperhemia activa, que espolea la circulación de los exudados estancados; á cuya acción pueden sumarse otros, ya de orden reflejo, ya tróficos, suscitados por la acción resolutive de estas aguas, cuya eficacia es indiscutible en los exudados articulares, intersticiales, etc., del reumatismo y de la gota, según evidencia la experiencia desde remotos tiempos.

Sin intentar desentrañar el mecanismo curativo de las aguas termales, en los diversos procesos uterinos y anexiales (que quizá permanezca todavía en el misterio), manifiesta que sus observaciones se limitan á la acción terapéutica de un balneario, conocido desde tiempos muy remotos, y singularmente acreditado en el tratamiento del reumatismo, gota y sífilis. Por su eficacia en esta última enfermedad, se le ha asignado el nombre, por algunos médicos, del Archena de Aragón. Estas aguas son las de Tiermas, de la variedad de las cloruradas-sódicas-sulfurosas, y cuya termalidad en las pilas y piscinas alcanza 39°.

«Pocos son, dice el autor, los casos de flegmasías anexiales sobre los cuales estamos autorizados á deducir reglas de indicación terapéutica, con relación á su naturaleza y característica anatómica de las lesiones persistentes, pero como juicio anticipado y que bien pudiera modificarse cuando dispongamos de una estadística más numerosa, nos permitimos afirmar que las anexitis infecciosas y preferentemente las blenorragicas, son las que nos han proporcionado éxitos más radicales; obteniéndose sensibles alivios, pero no curaciones absolutas en las ovaritis microquísticas».

«En cuanto á la influencia que las aguas salinas de Tiermas pueden ejercer en las anexitis agudas ó en las etapas de agudización de las antiguas, nuestra experiencia no puede aportar dato alguno, puesto que, sometiéndonos á las enseñanzas de los ginecólogos de más experiencia, tanto españoles como extranjeros, no las hemos conceptualado indicadas en estas circunstancias, por temor á una reacción local excesiva y á la posible difusión de los focos inflamados».

«En cinco casos de esclerosis para-uterinas dolorosas dependientes de parametritis curadas y de residuos cicatriciales consecutivos á pelveritonitis, con lesiones anexiales poco manifiestas ó ausentes en absoluto, las aguas cloruradas-sulfurosas han impreso una manifiesta regresión en los exudados organizados y prestado más laxitud á las citadas cicatrices intersticiales, pero nunca su acción resolutive y bonancible alcanzó el grado y la eficacia que en las salpingo-ovaritis y en las lesiones uterinas concomitantes».

Por lo interesante, transcribo al pie de la letra las cinco observaciones del Dr. Ramón y Cajal.

Primer caso. Joven robusta, de 35 años, de antecedentes artríticos (su padre murió de un aneurisma de la aorta), casada hacía seis años y afectada de una anexitis blenorragica doble con gran predominio en el lado derecho.

A los pocos días de contraer matrimonio explotó con gran violencia la infección gonocócica, produciendo fiebre alta, vómitos, timpanismo y dolores intensos. La tumefacción mal circunscrita en sus contornos formaba un manifiesto plastón en el lado derecho del abdomen, elevándose algunos traveses de dedo por encima del pubis y constituyendo una extensa tumefacción en el lado derecho de la vagina. Antes de iniciarse la resolución de la tumefacción de este lado, fueron invadidos los anejos izquierdos. Tres meses permaneció la paciente en la cama; durante ese tiempo los antiflogísticos más acreditados, como son la vejiga de hielo, las irrigaciones y los supositorios de glicerina ictiolada, nos proporcionaron una remisión de los síntomas generales, y una manifiesta disminución de los tumores anexiales.

Como suele ocurrir en esta enfermedad, fueron numerosas las recaídas que sufrió la enferma, en los seis años que con diversos intervalos estuvo sometida á nuestra observación, quedando como estigma permanente una tumefacción en la trompa y ovarios derechos del tamaño de medio puño, que por su forma prolongada y cilíndrica, ofrecía los caracteres de una bolsa salpingiana.

En estas condiciones fué la paciente dos años á los baños de Jaraba, sin encontrar un alivio ostensible, hasta que el año 1906 marchó á Tiermas, no para buscar alivio á la enfermedad genital, puesto que tanto la interesada como nosotros la considerábamos incurable, sino con el propósito de corregir unos trastornos articulares y neurálgicos que calificamos de reumáticos, confirmando la herencia artrítica en la paciente transmitida por sus padres. Tomó únicamente el baño á 38°. Al volver manifestóme la paciente que

todos los desórdenes genitales habían cedido por completo, y que se consideraba curada de la enfermedad. Efectivamente, un reconocimiento minucioso me permitió apreciar una total desaparición de la tumoración anexial derecha, percibiéndose únicamente un engrosamiento en forma de cordón en la trompa, de escaso diámetro y sin sensibilidad exagerada.

Un mes después del regreso de los baños la paciente concibió, y libró, cumplido el término del embarazo, un feto robusto que hubo que extraer con el forceps. Desde entonces sus funciones genitales han llevado una marcha completamente normal, sin haber sentido la más ligera molestia en los órganos enfermos, durante tantos años.

Segundo caso. Este caso es muy semejante al anterior, únicamente que la infección útero-anexial adquirió mucha mayor intensidad; tanto es así que la paciente, joven de 23 años, sana y recién casada, hubo de permanecer en cama (exceptuando pequeños intervalos de alivio muy relativo) unos 23 meses.

Su padecimiento inicióse con gran violencia y con reacción peritoneal imponente (vómitos, timpanismo con parálisis vesical, dolores intensos, etc., etc.) El útero infartado y dolorido se elevaba á dos traveses de dedo sobre la línea pubiana superior, exalando un flujo seropulento abundante. La trompa y ovario del lado derecho formaban una tumoración muy sensible, del tamaño de un puño próximamente, inmóvil y de forma abollonada, la cual formaba una clara eminencia en el abdomen, al lado derecho del útero en la región ovárica del mismo lado. Al cabo de unos meses de quietud absoluta en la cama, y de rigurosa aplicación de los medios más apropiados para reducir las flegmasias, fué invadido el lado opuesto, ó mejor dicho se avivó la inflamación en los anejos izquierdos, que ya venían resintiéndose algo desde los primeros días de la infección gonocócica. Pasaremos por alto la serie numerosa de recaídas en el proceso anexial, que puede decirse fueron tantas como menstruaciones tuvo la paciente, y consignaremos únicamente cómo se encontraban cuando se determinó á marchar á los baños de Tiermas. Había dolor constante en ambas regiones ováricas, que se irradiaban á los muslos y que se exageraban por multitud de circunstancias (esfuerzos, coito, menstruación, etc.) El tacto denunciaba la presencia de una tumefacción salpingo-ovárica manifiesta en el lado derecho y también en el lado izquierdo, aunque aquí de menor tamaño. La matriz estaba sensible, con el cuello muy blando, despidiendo flujo mucoso opaco, y la movilidad

de este órgano parecía estar restringida, inclinándose su eje mucho hacia adelante hasta al punto de ofrecer la actitud de las antero-versias patológicas.

Estos datos se refieren al estado de la paciente dos días antes de su marcha al balneario citado.

Quince días después, ya de retorno la enferma, la volvimos á reconocer, y si bien todavía los órganos enfermos estaban muy sensibles, observamos con satisfacción, que las tumoraciones anexiales habían disminuído considerablemente. Respecto al dolor debemos advertir que durante el tiempo que la enferma estuvo en los baños, los dolores se acentuaron, y que esta hiperestesia continuó dos ó tres meses más, posteriormente, aunque sin ese carácter irradiado que es peculiar de las lesiones ováricas.

Dos meses después la enferma concibió y libró un feto robusto, espontáneamente. Después ha tenido otros dos embarazos, y su salud general ha sido perfecta.

El tercer caso, demuestra más que los anteriores la evidente eficacia del tratamiento termal sobre estas ginepatías.

Trátase de una mujer fuerte y sin ningún antecedente patológico anterior, que como las anteriores fué infectada durante los primeros días de su matrimonio.

Su enfermedad databa de más de nueve años. Cuando comparció en mi consulta, la enfermedad estaba estacionaria hacía mucho tiempo, perturbando la salud general de la enferma con los dolores permanentes, la dismenorrea congestiva y trastornos neurósicos, molestos y persistentes.

El reconocimiento ginecológico permitió apreciar una salpingo-ovaritis dolorosa doble, con tumefacción predominante del lado izquierdo sobre el derecho. Existía además leucorrea uterina, disuria y una enterocolitis membranosa, con gran astricción de vientre. Como la enfermedad no había sido tratada todavía, aun cuando sin confiar gran cosa en sus resultados, prescribimos el tratamiento clásico de estas afecciones (irrigaciones calientes, supositorios de glicerina con ioduro potásico, ictiol y extracto tebáico, revulsivos, etc.)

Durante varios meses se continuó con estos medios, lográndose escasísimo alivio, tanto es así, que la paciente me manifestó su deseo de ser operada, por no serle posible soportar mucho más tiempo esa situación. Aconsejéle los baños hidrotermales indicados, y pocos días después de la vuelta del establecimiento balneario procedí á nuevo reconocimiento advirtiendo una ligera reducción

de la tumoración anexial, especialmente en el lado derecho; el izquierdo de forma esférica y bastante sensible (probablemente una salpingitis quística) había disminuído menos.

El resultado inmediato del tratamiento hidromineral fué de manifiesta mejoría, pero sin alcanzar, ni con mucho, la resolución completa del proceso.

Un año después me manifestó la paciente que estaba dispuesta á repetir la estancia en Tiermas y que suponía se encontraba mejor, pero no exenta en absoluto de molestias, consultándome sobre la significación de la supresión de sus reglas durante los meses de abril, mayo y junio del año pasado. Estas suspensiones menstruales no eran excepcionales en esta paciente, existiendo desde que enfermó grandes irregularidades en esta función, tanto en lo que se refería á su periodicidad como en lo tocante á la cantidad de hemorragia.

Considerando posible, una gestación aconsejé á la interesada la conveniencia de un reconocimiento antes de resolver nada sobre la oportunidad ó contraindicación del tratamiento hidromineral, resultando de este reconocimiento que se trataba de una concepción normal. El estado de los anejos parecía completamente normal.

Hace unos tres meses terminó su embarazo, por un parto normal y de término.

El cuarto caso, es de una mujer de 36 años que tuvo un parto normal hace doce años. Poco tiempo después enfermó de los anejos. No poseo datos precisos del modo de desenvolverse el proceso, que adquirió muy pronto un carácter tórpido y rebelde. Estuvo en la clínica de esta Facultad á temporadas durante tres cursos, sometida á una higiene adecuada y á un tratamiento riguroso y perseverante, consiguiendo aliviarla algo de sus molestias y reducir las lesiones anexiales.

Años después (el 1910) sufrió de una pelviperitonitis que me obligó á dar salida á una gran colección purulenta fraguada en el saco de Duglás. Los anejos continuaron dolorosos y tumefactos.

El año pasado fué la paciente á Tiermas viniendo muy aliviada de sus anexitis. Las menstruaciones son mejores y los dolores le molestan mucho menos. Las tumefacciones salpingo-ováricas han sufrido una reducción manifiesta.

El quinto caso, es más interesante que los anteriores, por la gravedad é importancia de las lesiones anexiales y por la antigüedad mayor, pues las manifestaciones iniciales se remontaban á 12 años de fecha.

Como las anteriores pacientes adquirió esta enferma una infección genital genocócica á los pocos días de su casamiento, notándose leucorrea, disuria, dolores á las regiones laterouterinas y trastornos dismenorréicos muy molestos. No guardó cama por entonces, y su enfermedad pasó desapercibida y desatendida por lo tanto, hasta que cinco años después, sufrió una grave recaída que la obligó á permanecer en el lecho durante dos meses.

Desde esta fecha data mi conocimiento del caso clínico, pues fui llamado para su asistencia entonces. El reconocimiento ginecológico demostró la existencia de tumoraciones anexiales grandes, más una flogosis perifocal del tejido conectivo, especialmente alrededor de los anejos del lado derecho. Sucesivamente el tejido conectivo paramétrico fué interesado casi en su totalidad, quedando al resolverse durezas difusas del mismo, y más abultados leanejos que antes. Estos desórdenes locales fueron acompañados de fiebre alta, con muy poca reacción peritoneal y dolores muy modos rados. La quietud en la cama, el hielo y las irrigaciones calientes, yugularon la flogosis perianexial, pero las trompas y los ovarios quedaron abultados, ofreciendo la trompa derecha los caracteres de una salpingitis quística de un tamaño mayor al de un huevo de gallina.

Más adelante tuve ocasión de ver en diferentes épocas á la interesada, la cual hacia ya la vida ordinaria, y siempre pude comprobar la presencia de la tumoración anexial, que estaba colocada al lado derecho del fondo de saco de Duglás, siendo algo movable y dolorosa al tacto.

El año pasado volvió á recaer la paciente, y esta vez con violencia tal, que llegamos á temer por su vida, y poco faltó para que realizásemos una intervención por vía vaginal. La bolsa salpingiana se inflamó, y todo el peritoneo pelviano participó de la exaltación de la inflamación anexial. Esta vez la paciente estuvo cuatro meses en cama, con fiebre alta é irregular, timpanismo, dolores intensos al vientre, tumefacción parauterina apreciable por la palpación abdominal y tacto vaginal. El útero era rechazado hacia adelante y algo á la izquierda por la formación de exudados en el fondo de Duglás y aumento considerable de la tumoración anexial, adquiriendo la trompa del lado derecho las dimensiones de una naranja grande. Por el lado izquierdo también se extendió la inflamación, apreciándose una sensible tumoración en la región salpingo-ovárica del mismo lado, de dimensiones más reducidas que en el opuesto. Por fin, después de una enérgica terapéutica se

obtuvo la resolución parcial del proceso, pero quedando muy tumefactos los anejos del lado derecho, y con manifiestos incrementos de los izquierdos.

Siempre creí que este caso caía dentro de la jurisdicción de la cirugía, tanto es así, que en diferentes ocasiones aconsejé á la interesada, se sometiese á una intervención radical; único modo de preservarle de alguna grave complicación como las sufridas anteriormente, tanto más cuanto la curación, después de tantos años de enfermedad, era, racionalmente pensando, imposible.

Tres meses después de la complicación pelviperitonítica sufrida, atendiendo á mis consejos fué á Tiermas el verano pasado. A fin de poder cerciorarme de los cambios que el tratamiento hidromineral pudiera imprimir en sus lesiones, procedí tres días antes á un escrupuloso reconocimiento. El estado de los anejos había variado poco. El del lado derecho se presentaba bajo la forma de un tumor esférico doloroso y poco movable; parecía soldado á la porción supra vaginal del cuello é invadía en una gran extensión el saco de Duglás. La matriz, poco movable, exalaba un flujo mucopurulento.

La trompa y ovario derecho, también abultados, formaban una masa alargada y sensible.

Durante la estancia en el balneario tuve ocasión de observar nuevamente á la enferma. Llevaba nueve baños, con irrigaciones por la tarde y chorro sobre la región hipogástrica. Quejábase de dolores difusos en toda la pelvis y en el bajo vientre, por cuya circunstancia le aconsejé suspendiera las irrigaciones y el chorro durante dos ó tres días, continuando, eso no obstante, con el baño general.

Grande fué mi sorpresa al encontrarme en este nuevo reconocimiento con que las lesiones salpingo-ováricas habían mejorado en un grado extraordinario. El tumor anexial izquierdo, aparentemente al menos, había desaparecido por completo; y en cuanto al derecho quedaban de él, como únicos vestigios, una bolsa pequeña, coarrugada, vacía al parecer y muy depresible.

Un mes después, ya de vuelta de los baños, el estado de la enferma era de curación radical, habiéndose desvanecido, aparentemente al menos, la lesión anexial.

Hace dos meses sufrió la paciente una ligera recaída, pero sin fiebre ni dolores intensos. La bolsa anexial del lado derecho volvió á reaparecer en forma de un tumorcito esférico, del tamaño de una nuez.

Hay que advertir que su esposo padece una blenorragia crónica abandonada, y que la reinfección fué muy posible.

De todos modos los efectos resolutivos en un caso tan crónico y tan grave son verdaderamente notables, y llama la atención que exudados enquistados durante años, hayan podido desaparecer en doce días de tratamiento hidromineral.

Dice el autor que podría adicionar otros muchos casos, algunos seguidos de fecundidad; pero que los más demostrativos entre los que constituyen su estadística, son los mencionados.

No deduce conclusiones definitivas sobre la especialidad de acción de las aguas salinas sulfurosas sobre las diversas formas clínicas de las ginepatías flogísticas, pero se considera autorizado para anticipar un juicio favorable de estas aguas, especialmente en las infecciones gonocócicas complejas. Es decir, en aquellas en que toda la vía genital ha sido invadida por el gonococo de Neisser. Y respecto á las lesiones anexiales, dice que jamás en los diversos casos observados por él ha dejado de obtenerse ó un gran alivio ó una total curación.

No le ha parecido tan eficaz su acción sobre las anexitis microquísticas, «hecho que no debe extrañarnos dada la especial lesión que constituye esta variedad rebelde de anexitis, la cual, por otra parte, no siempre es la expresión de un desorden inflamatorio, ni mucho menos de una infección gonocócica, sino que más bien parece ser la consecuencia de estados neurósicos que modifican la organización ovárica, determinando aberraciones en la evolución de la vesícula de Graff».

Concluye diciendo: «También modifica el tratamiento hidromineral favorablemente las vaginitis y endometritis gonocócicas y en demostración de esta eficacia podría citar algún caso. Mi experiencia es tan escasa con relación á otras lesiones ginecológicas que no me atrevo á aventurar juicio alguno sobre la virtualidad terapéutica de estas aguas, pero dada la solidaridad anatómica y funcional que existe entre las diversas esferas del aparato genital de la mujer, es lógico que en todos los procesos flegmáticos de este aparato se obtenga una acción favorable con las aguas *salino-sulfurosas-termales*».

La ablación del cuerpo amarillo al principio del embarazo en la mujer, por V. Cathala, (*La Gynécologie*, agosto 1912).

Según Frænkel, el cuerpo amarillo al principio del embarazo, es necesario para el desarrollo del huevo. En sus experiencias en conejas comprobó siempre la interrupción del embarazo cuando destruía los cuerpos amarillos ó practicaba la castración doble, en los veinte primeros días de la gestación.

Resultados parecidos obtuvieron en conejas, Magnus, Lane Claypton y Starling, Mlle. Niskoubina Nadiedja y Weymeersch; en la hembra del cobayo Mulon y en la perra Sokoloff.

Para Frænkel el embarazo se interrumpe en la coneja, cuando se destruyen los cuerpos amarillos durante su período de actividad. Pasado este período dicha destrucción no influye ya sobre la evolución del embarazo. Piensa que en la mujer ocurre lo mismo, y como en ella dicho período de actividad dura hasta el cuarto mes, deduce que se interrumpiría su embarazo durante los tres ó cuatro primeros meses, si se destruye el cuerpo amarillo.

Es interesante averiguar si esto es cierto, pues en presencia de una enferma que necesitase para su curación una ovariectomía al principio de su gestación, podría estar indicado retardar la operación algunas semanas, si se sospechase que el cuerpo amarillo residía en el ovario que había de extirparse; y lo mismo en los casos de ovariectomía doble, en los que la expectación se impondría, salvo urgencia, y aun entonces estaría indicado intentar la conservación de la parte de ovario que contenga al cuerpo amarillo.

Cathala describe el caso de una mujer á la que extirpó un quiste del ovario izquierdo, en el primer mes ó mes y medio del embarazo; en cuyo ovario extirpado encontró un cuerpo amarillo, voluminoso, en pleno desarrollo. Dicha enferma dió á luz á término una niña de 3.300 gramos.

En vista de ello, ha buscado otras observaciones en las que el cuerpo amarillo gravídico haya sido extirpado al principio de la gestación. Cita diez, en todas las cuales la operación fué hecha en los dos primeros meses.

De las once observaciones, en nueve el embarazo evolucionó normalmente hasta término. El aborto sobrevino en dos, pero en ellos cabe dudar si fué debido á la ablación del cuerpo amarillo, pues ambas mujeres habían presentado con anterioridad, una dos y otra tres abortos.

Cathala concluye que en la mujer el cuerpo amarillo no es indispensable para la nutrición del huevo al principio de la gestación; y que su ablación, en los primeros meses del embarazo, no puede ser considerada como causa de aborto.

¿Está justificada la interrupción artificial del embarazo en toda mujer tuberculosa? por el Dr. D. Eugenio Gutiérrez (1) (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, octubre 1912).

Como resumen de las doctrinas que el Autor expone en su artículo, establece las siguientes conclusiones:

1.º Que el embarazo suele agravar la tuberculosis, pero menos que el parto y puerperio; habiendo casos, aunque raros, en que las tuberculosas del pulmón han mejorado durante dicho estado.

2.º Que los fenómenos torácicos se agravan más en el último tercio de la gestación.

3.º Que por estas razones se aconseja como medida ventajosa provocar el aborto en los primeros meses, en beneficio de la madre; y provocar el parto, cuando surjan complicaciones al final, en beneficio del feto.

4.º Que si las lesiones son profundas, y, sobre todo, cuando ya exista infección general, el aborto, y con más frecuencia el parto prematuro, suelen producirse espontáneamente.

5.º Que hay casos en que conviene provocar el aborto para mejorar las condiciones de la enferma, cuando ésta es plurípara, y las lesiones tuberculosas son poco pronunciadas y limitadas á un solo pulmón.

6.º Que el parto prematuro no debe practicarse más que en casos de complicaciones graves (hemoptisis, lesión renal, etc.), por interés del feto, ya que á la madre no le alargaría mucho la vida.

7.º Que no tenemos datos seguros que nos indiquen cuándo la intervención es urgente.

8.º Que deben condenarse los medios radicales de esterilizar á la mujer, puesto que no se evita con ellos, en la generalidad de los casos, que la enfermedad siga su curso fatal; y si se hace en interés de la prole, ésta puede modificarse ventajosamente, aunque salga con debilidad orgánica.

(1) Comunicación discutida en las sesiones de la «Liga popular contra la Tuberculosis».

Tratamiento quirúrgico de las hemorragias por desprendimiento de la placenta normal, y viciosamente inserta, por el doctor Couvelaire. Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología. Berlín, 1912. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, septiembre, 1912).

El autor se limita en esta comunicación á presentar sumariamente el estado actual de las doctrinas y de la práctica de los tocólogos franceses, en el tratamiento quirúrgico de las hemorragias por inserción de la placenta en el segmento interior y de las hemorragias retroplacentarias.

Bajo el término general de tratamiento quirúrgico comprende: 1.º La hemostasia quirúrgica directa por **histerectomía**; y 2.º la hemostasia automáticamente realizada por el músculo uterino, después de la evacuación de su contenido por **histerotomía** (abdominal ó vaginal).

I. HEMORRAGIAS POR DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA INSERTA EN EL SEGMENTO INFERIOR. A. *Indicaciones del tratamiento quirúrgico*.—La mayor parte de los tocólogos franceses permanecen fieles á los métodos puramente obstétricos: 1.º Rotura amplia de membranas; 2.º Eventualmente, introducción en el interior del huevo, de un balón de Champetier de Ribes ó, á falta de balón, versión simple, sin extracción inmediata (Braxton-Hicks). Las estadísticas publicadas en París, Lyon y Toulouse estos últimos años, permiten formarse una idea precisa de los resultados obtenidos con este método terapéutico:

Pinard.....	162, — 10	mujeres muertas.
Champetier de Ribes.....	67, — 6	id.
Bar.....	153, — 14	id.
Maternidad de Lyon.....	167, — 13	id.
Ferré, de Pau.....	35, — 4	id.
<hr/>		
TOTAL.....	585, — 47	mujeres muertas.

Es decir, una mortalidad de 8,2 por 100. Pero exceptuando los casos desahuciados al llegar á la Clínica: Pinard 3,2 por 100. Champetier 4,6 por 100 y en la maternidad de Lyon 4,9 por 100.

Por tanto; para las mujeres con hemorragias debidas á inserción viciosa de la placenta, **la mortalidad en las clínicas**

francesas ha sido en el trascurso de estos últimos 20 años, de un 4 por 100.

La infección y la violencia en el curso de la evacuación del útero son responsables de tres quintas partes de casos de muerte.

El riesgo mínimo de muerte por hemorragia pura, que no es más que de 1,2 por 100, no justifica ni la práctica profiláctica del parto prematuro por cesárea, ni la práctica sistemática de la evacuación uterina por histerotomía en el curso del parto.

La mortalidad fetal oscila con los métodos obstétricos, entre el 44 y 60 por 100. Es debida con frecuencia á debilidad por prematuridad.

La conclusión que parece deducirse de todos estos hechos, es que **la práctica sistemática de la sección cesárea en los casos de hemorragia grave por inserción viciosa de la placenta, es injustificada.**

Con nuestros métodos obstétricos estamos suficientemente armados para luchar con éxito contra la hemorragia, si intervenimos desde que la indicación clínica se establece.

Siempre que el estado de la enferma haga esperar un éxito con la operación cesárea profiláctica, podremos asegurar el mismo resultado con los métodos obstétricos, aplicados en idénticas condiciones de asepsia y competencia técnica. Esta seguridad la tendremos *todas las veces que pueda ejercerse nuestra acción obstétrica, sin violencia, en un conducto pelvi-genital normal, desde el punto de vista de la permeabilidad, dilatabilidad y flora microbiana.*

Pero por poco que esta condición falte, debe orientarse resueltamente la terapéutica en sentido quirúrgico.

1.º **Distocia compleja.**—Casos en los que á la hemorragia por inserción viciosa se añade un obstáculo al parto fácil por las vías naturales. Utero fibromatoso, estrecheces pélvicas, estrecheces cicatriciales del cuello.

2.º **Insuficiencia de la dilatabilidad del cuello.**—Casos en los que es preciso obrar pronto y en los que el cuello no es dilatable ó lo es difícilmente. Casos en donde la ausencia de contracciones uterinas y la persistencia de la hemorragia, después de la colocación del balón de Champetier ó de la versión podálica, hacen necesaria la evacuación inmediata del útero.

3.º **Infección de las vías genitales.**—Como no hay que soñar que todas las mujeres estén colocadas en las mejores condiciones de vigilancia y asistencia desde su primera hemorragia; en los

casos en que las mujeres, *anemiadas é infectadas*, llegan á las maternidades al principio ó en el curso del trabajo, pero después de haber sufrido fuera exámenes, maniobras y aun taponamientos, será preferible operar á forzar el parto ó á esperar la posibilidad de que se haga sin violencia. La operación de Porro podría disminuir los riesgos de muerte, pues realiza quirúrgicamente la hemostasia y suprime el órgano que sirve de puerta de entrada á la infección.

B. *Técnica operatoria*.—La hemostasia puede obtenerse quirúrgicamente ya por ablación del útero (histerectomía), ya indirectamente, permitiendo al útero realizar automáticamente su hemostasia por retractilidad, después de la evacuación de su contenido por histerotomía abdominal (cesárea transperitoneal, supra-sinfisaria) ó vaginal (cesárea vaginal).

La **histerectomía** estará indicada: 1.º En la infección cierta ó probable del útero. 2.º Cuando sea preciso realizar inmediatamente una hemostasia definitiva. La operación de Porro parece preferible por su rapidez y simplicidad de ejecución.

La **cesárea vaginal**, peligrosa por la extensión de las incisiones uterinas cuando se quiere salvar al feto, no da sino una seguridad insuficiente, desde el punto de vista de la limitación de la pérdida de sangre durante y después de la intervención.

La **cesárea subperitoneal suprasinfisaria** no puede considerarse como operación de elección en los casos de placenta previa. Pretendiendo evacuar el útero con el menor riesgo de hemorragia y la mayor rapidez y simplicidad, no es cosa de acudir á una técnica de las más complicadas para la evacuación quirúrgica del útero grávido.

La **cesárea transperitoneal alta**, sería, en los casos en que la conservación de la matriz es posible, la operación de elección.

En resúmen: la cesárea transperitoneal, *á la antigua moda*, y la histerectomía parcial ó total, son los dos procedimientos que nos parecen llenar mejor las indicaciones excepcionales del tratamiento quirúrgico de las hemorragias por placenta previa.

II. HEMORRAGIAS POR DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA NORMALMENTE INSERTA. (HEMORRAGIAS RETRO-PLACENTARIAS Y APOPLÉGIAS ÚTERO-PLACENTARIAS. A. *Indicaciones del tratamiento quirúrgico*.—Los casos graves de hemorragia retro-placentaria dan aún una mortalidad de 40 por 100. La mejoría de los resultados se obtendrá, en cierta medida, por una orientación quirúrgica de la terapéutica.

El problema terapéutico es complejo: **pues aparte de los factores hemorragia é infección, el pronóstico depende del estado patológico en el curso del cual haya sobrevenido el accidente hemorrágico, y de las múltiples alteraciones orgánicas que haya provocado.** Excepcionalmente, el desprendimiento placentario sobreviene de repente, en una mujer con todas las apariencias de salud. Es evidente que **en los casos de hemorragia cataclísmica, una intervención quirúrgica puede detener la hemorragia y salvar á la mujer.** Estos casos son excepcionales.

Lo más frecuente es que el desprendimiento placentario sobrevenga en mujeres que presentan el cortejo sintomático de la toxemia gravídica. La cantidad de sangre es muy variable; moderada unas veces es considerable otras, pero el **síndrome clínico de shock hemorrágico no está siempre en relación con la cantidad de sangre perdida.**

La hemorragia retroplacentaria no se caracteriza siempre por un simple hematoma retroplacentario. El desprendimiento de la placenta puede ser el resultado de una verdadera apoplejía útero-placentaria. La pared uterina es asiento de una infiltración sanguínea colosal. Los ligamentos anchos pueden ser asiento de infiltraciones sanguíneas, que se remontan hasta cerca de las regiones renales.

Estas grandes lesiones deben ser consideradas como factor que agrava el estado general, como factor posible de hemorragias secundarias. En todo caso, este estado de la pared uterina, comprobado en el curso de una operación cesárea, exigiría la histerectomía.

El cuello uterino presenta con bastante frecuencia una *consistencia leñosa* especial.

La elección de método terapéutico dependerá del estado del cuello en el momento en que se presente la indicación de evacuar el útero. Pero **por poco que el cuello carezca de reblandecimiento y de dilatabilidad, es preciso renunciar á su dilatación obstétrica y recurrir de repente á los procedimientos quirúrgicos de evacuación rápida del útero.**

B. *Técnica operatoria.*—**La cesárea vaginal** ha sido utilizada por Fabre, que se declara partidario de ella. Bar no la proscribió sistemáticamente, pero la reserva para los casos «en que es preciso obrar de prisa, ó cuando el estado de la mujer exigiría, si se adoptase la vía alta, la ablación del cuerpo del útero, y cuando se duda acerca de este extremo».

La **cesárea abdominal**, preconizada por Pinard, ha sido utilizada por la mayoría de los tocólogos franceses.

La sección cesárea por vía abdominal irá seguida de **histerectomía**, siempre que la pared uterina sea asiento de grandes infiltraciones sanguíneas. Sobre este punto el acuerdo es unánime.

En los casos en que estas lesiones no existen ó son dudosas, Bar, Lequeux y Fieux prefieren la cesárea conservadora, que ha dado á Ribemont-Dessaigues y á Lequeux buenos resultados. Yo, aun para estos casos, prefiero la histerectomía.

La creencia, no teórica, de las hemorragias secundarias me hacen preferir la operación del Porro.

En resumen; la doctrina actual de los tocólogos franceses es la de que en las hemorragias retro-placentarias, los métodos obstétricos serán reservados á los casos en que el orificio cervical sea fácil y rápidamente dilatable sin rasgadura. En los demás, la evacuación quirúrgica del útero, seguida ó no de histerectomía, está netamente indicada. La vía abdominal, que permite comprobar la existencia de lesiones de apoplejía útero-placentaria, y para-uterina, debe ser preferida á la vaginal. Excepcionalmente, después de la evacuación del útero, será necesaria la hemostasia por histerectomía, para combatir una hemorragia incoercible.

III. Termina el autor su trabajo, resumiendo el estado actual de las doctrinas y de la práctica de los tocólogos franceses, acerca del tratamiento quirúrgico de las hemorragias por inserción viciosa de la placenta y hemorragias retroplacentarias, con las siguientes palabras.

«De un modo general, los parteros franceses tienen, en materia de hemorragias obstétricas, conservada la preeminencia á los métodos no quirúrgicos de hemostasia. Son partidarios de precisar las indicaciones reales de los métodos quirúrgicos, que deben reservarse para los casos, relativamente raros, en que los métodos obstétricos son impotentes ó peligrosos».

«Seguramente las soluciones quirúrgicas son con frecuencia de realización más rápida y más fácil. Pero lo que quita valor á sus éxitos, que no siempre son constantes, es la mutilación definitiva ó la disminución del valor obstétrico de la operada».

«Excepto los casos poco frecuentes en que la acción quirúrgica debe ser preferida, es preciso reconocer que la mejoría de los resultados terapéuticos, será la consecuencia, no de una

extensión injustificada de las indicaciones de los métodos quirúrgicos, pero sí de la asistencia médica de las mujeres embarazadas y del perfeccionamiento de la educación obstétrica de médicos y parteros».

P. ZULOAGA

SIFILIOGRAFIA

A. Neisser. Influencia que han ejercido las nuevas investigaciones diagnósticas y experimentales sobre las indicaciones terapéuticas de la sífilis y sobre la posibilidad de la inmunización y de la cura radical ó abortiva de la infección, por el profesor A. Pasini (*Rivista Insubra di Scienze Mediche*, 15 octubre de 1912).

I

A un sin diagnóstico clínico seguro, la investigación de los espirochetes y el suero-diagnóstico, nos permiten afirmar la existencia de una afección sifilítica.

Está demostrado experimentalmente que la generalización de los espirochetes es frecuentemente un hecho ya realizado antes de que el desarrollo del accidente primitivo sea clínicamente apreciable. Comprobado experimentalmente está también en las enfermedades debidas á tripanosomas, así como en las causadas por espirochetes, que la curación completa es tanto más fácilmente conseguida y con más rapidez, cuanto más pronto se emplea el tratamiento conveniente.

Corolario. En la terapéutica de la sífilis conviene no dejar pasar este momento que es el más favorable para una curación rápida y radical, y se debe empezar lo antes posible, una vez confirmado el diagnóstico. En los casos dudosos conviene, antes de nada, hacer investigación bacteriológica y suero-diagnóstica; pero el tratamiento podrá ser comenzado, aun sin confirmación diagnóstica (por lo menos en ciertos casos importantes: por ejemplo, tratándose de hombres casados), puesto que actualmente es posible por medio de investigaciones suero-diagnósticas, comprobar el estado real de salud (período de latencia y de curación real) aun cuando el enfermo no presente síntomas visibles durante todo el período de observación.

II

a) No existe una observación cierta que confirme la opinión de que la sífilis, después de su curación, deje una verdadera inmunidad. Animales y aun hombres curados realmente pueden, sin duda alguna, ser nuevamente infectados. La segunda infección sigue el mismo curso que la primera.

b) Por el contrario, una sífilis constitucional generalizada, especialmente en los primeros años que siguen á la infección, provoca en alto grado, pero no en absoluto, una insensibilidad de la piel para el veneno sífilítico inoculado de nuevo. Sin embargo, inoculado por procedimientos enérgicos una sustancia rica en espirochetes, se consigue vencer esta falta de susceptibilidad, y obtener super-infecciones locales.

Antes que la sífilis se haya hecho constitucional (en la primera semana después de la infección) las inoculaciones hechas, ya con virus extraño ya con virus propio, son fácilmente seguidas de nuevas lesiones sífilíticas; del mismo modo, cuando la enfermedad está en vías de curación, las inoculaciones pueden dar resultado positivo si se hacen en una región que constitucionalmente no sea ya influenciada. Las superinfecciones no se reproducen, pues, más que en condiciones especiales.

c) La forma bajo la cual se exterioriza el producto de la superinfección es conforme al grado de *transformación del tejido especial*.

Los tejidos no infectados aún, é impregnados de venenos, reaccionan á la manera de los procesos *primarios*; los tejidos atacados de sífilis *secundaria, maligna, terciaria*, presentan productos de superinfección correspondientes, es decir, secundarios, malignos terciarios. Pero también en los períodos terciarios más avanzados, existen productos de inoculación que se parecen de un modo extraordinario á las formas primarias, y que pueden ser explicados como una reproducción del poder reactivo normal del tejido.

III

No se ha conseguido hasta ahora encontrar un método de inmunización activa y pasiva para los animales (suero-terapia). Las investigaciones experimentales de Kraus y de Spitzer nos permiten suponer que sea posible una inmuno-terapéutica. También puede suceder que se llegue á la inmunización por medio de

cultivos puros de espirochetes, cuando estos microbios puedan ser cultivados en un medio seguro y de una manera abundante.

IV

Importa poco el momento en que se ha de instituir el tratamiento. Como método abortivo, lo más importante es siempre la cura general, aun cuando se llenen al mismo tiempo las indicaciones derivadas de los tratamientos locales y regionales.

V

En cuanto á mí, creo casi imposible curar á un sifilítico sin el empleo regular del método suero-diagnóstico. Puesto que sabemos que los síntomas clínicos solos no nos permiten formarnos una idea exacta del estado de salud de un hombre atacado de sífilis, no podremos dispensarnos de recurrir á este método. La reacción positiva es para nosotros una prueba segura de infección persistente; la reacción negativa, bien puesta en valor, nos da igualmente en la práctica informaciones precisas y decisivas para el diagnóstico y la terapéutica.

VI

De las investigaciones suero-diagnósticas hemos aprendido el hecho importante, aunque triste, de que hasta hoy el tratamiento ordinario de la sífilis era, por lo menos en la mayor parte de los casos, insuficiente.

La terapéutica, por consiguiente, debe transformarse fundamentalmente en el porvenir; tengo la convicción de que la mayor parte de los sifilíticos quedan sin curarse, y me fundo 1.º en el incalculable número de enfermos con afecciones post-sifilíticas (enfermedades del corazón, de la aorta, del sistema nervioso central) y 2.º en la rareza de las reinfecciones. En el porvenir la terapéutica no se contentará con la desaparición de los síntomas clínicos, sino que tratará de obtener en todos los casos una reacción constantemente negativa.

VII

El tratamiento general debe ser todo lo enérgico que tolere el organismo enfermo. La acción terapéutica depende de la cantidad

de medicamento incorporable. Por consiguiente, deben ser preferidos los métodos que perjudicando menos al cuerpo, dan la mayor certeza respecto á la incorporación de la cantidad. Las inyecciones deben preferirse á las fricciones y á las curas internas.

Verdaderos medicamentos antisifilíticos, es decir, que no solamente ataquen á los síntomas, sino que tengan poder de matar el espirochete, están experimentalmente demostrados los siguientes: mercurio, atoxil, arsenofenilglicina, salvarsán y preparados de antimonio.

Los preparados de yodo y de quinina son de resultado incierto.

Por lo que concierne á la terapéutica humana; hay que descartar el empleo del atoxil, que es dañoso á causa de su influencia sobre el nervio óptico. Al contrario el mercurio, como también la arsenofenilglicina y el salvarsán, son medicamentos de un gran valor, porque su acción es potentísima permaneciendo en el límite de las dosis no dañosas. No tenemos datos acerca de los preparados de antimonio contra la sífilis humana, pero su acción contra el espirochete es un hecho establecido en la sífilis de los animales.

VIII

Si bien el mercurio y el salvarsán, pueden cada uno de por sí producir la curación del enfermo mediante un uso suficientemente largo y enérgico, conviene preferir la cura combinada. Esta presenta las siguientes ventajas; sin llegar á una dosis tóxica para cada uno de los medicamentos, se puede, sumando sus acciones respectivas, alcanzar una dosis simultánea bastante poderosa; es un hecho admitido que algunas razas de espirochetes son mejor atacadas por el mercurio, y en cambio otras lo son por el arsénico. De aquí se deduce la utilidad de la cura contemporánea, desde el principio, del mercurio y del arsénico; á más de que es diferente el modo que cada uno de estos remedios tiene de atacar y matar al microbio.

Se espera hacer más activa aún la cura combinada, mediante la introducción de los preparados de antimonio.

IX

Si en el estado actual de las cosas no se puede negar que la *therapia sterilisans magna*, en el sentido de Ehrlich, es posible y realizable, en la práctica conviene atenerse actualmente, en lo que

á la cura de la sífilis respecta, á una terapéutica de formas crónicas. Sería conveniente emprender una cura compuesta por una parte de los métodos que destruyen rápidamente al espirochete y por otra de los que impiden su reproducción, obrando de una manera prolongada. Debe procurarse que el espirochete esté en contacto un año, por lo menos y más si es posible, con sus antídotos. Si en el curso del primer año, el suero-diagnóstico da un resultado negativo, se puede atenuar la cura, pero no abandonarla por completo.

X

Hay que tratar con constancia los casos tardíos, en los que el suero-diagnóstico es positivo, con ó sin manifestaciones terciarias intensivas, porque se sabe que en estos casos el cambio de la reacción positiva á la negativa es muy difícil de obtener, sin que se pueda dar explicación de este fenómeno.

XI

Respecto al empleo del salvarsán en la cura de las sífilides, nuestro método se basa en los siguientes principios: 1.º emprender el tratamiento lo antes posible; 2.º usar grandes dosis de «606» repetidas varias veces, exclusivamente por vía intravenosa; combinando con el salvarsán la arsenofenilglicina (tres ó cuatro inyecciones intramusculares, á razón de 0'30 á 0'50 gramos por semana); 3.º instituir al mismo tiempo una cura mercurial enérgica, casi siempre bajo la forma de *aceite gris*, y eventualmente de *asurol*; 4.º seguir este tratamiento un año, por lo menos, para que la acción continua y renovada del medicamento (sea con el «606» sólo, sea simultaneando con el mercurio) tenga influencia contra el espirochete.

Empleando este método, sólo se ha podido comprobar un caso de neuro-recidiva, sea por no haber permitido formarse nidos de espirochetes, sea que se les ha destruido antes de que se formasen en el interior de un nervio ó en los tejidos que le rodean. Tal localización puede hacerse nociva al nervio, por la reacción local que puede originar el medicamento, y también por cierto estado, más ó menos manifiesto, de destrucción. De todos modos no puede demostrarse la naturaleza tóxica de estas neuro-recidivas.

Algunas de estas conclusiones habría que discutir las, porque en la práctica ni ocurren ni pueden temerse determinados hechos, (los del párrafo II) que el autor de la nota da por ciertos, pero no es posible ocupar más espacio; ahora sí, el tratamiento propuesto hay que considerarle más que como enérgico, como perjudicial. Constantemente se viene demostrando que las dosis altas del «606» y además repetidas, producen tristes consecuencias. De las neurorecidivas, puede decirse, que hasta estos últimos tiempos, precisamente cuando se ha usado el «606», no se ha hablado de ellas, y no tienen nada de recidivas, sino que son consecuencia del empleo del salvarsán. Si además, se añade, como quiere el autor, una cura intensiva de mercurio, por inyecciones de *aceite gris*, aparte de que al enfermo no le quedaría tiempo más que para dedicarse al tratamiento, creo no podría ser resistido.

Conformes, en que se haga un tratamiento enérgico, intensivo y desde los primeros momentos, pero no tanto que se llegue al exceso, para no conseguir mejores efectos terapéuticos, y seguramente perjudicar á los enfermos.

Concepto científico de la sífilis hereditaria. (*El Siglo Médico*, 9 noviembre, 1912).

El Dr. Baldomero González Alvarez, publica un hermoso trabajo en el cual no sabemos que admirar más, si la lógica argumentación ó la valentía de sus afirmaciones.

El sumario que encabeza el artículo, contiene ya cosas como éstas: «*La sífilis congénita no es hereditaria*» y «*La sífilis conceptual no existe*». ¿Verdad que parecen conclusiones? Pero es lo cierto que el artículo es de mucho valor y pone de relieve la cultura y el extraordinario talento del Dr. Baldomero González.

El punto culminante está en el concepto de la herencia que el autor desenvuelve del siguiente modo:

«La herencia en Medicina es el paso á los descendientes de la modalidad anátomo-fisiológica celular que se transmite de la célula progenitora á la célula hija en el momento preciso de la fecundación; es la parte de cromatina nuclear afecta de aquella modalidad, que tal como es, pasa en substancia á constituir el núcleo de la célula hija y de todas las células del nuevo organismo, afectas todas, por tanto, de aquella modalidad hereditaria; y la herencia morbosa es la forma de la herencia evolutiva, en que

el carácter adquirido que se transmite es dependiente de enfermedad, es el paso de modalidades adquiridas por morbosidad; pero modalidades *fijadas*, sin cuyo requisito la herencia morbosa no existe.

Los autores y los médicos, dice el Dr. González Alvarez, llaman *sífilis hereditaria* ó *heredo-sífilis* á todas las manifestaciones de esta infección, que aparecen en el niño que no fué contagiado fuera del claustro materno. Pero ésta no es herencia de la sífilis, y es verdad, esto es un concepto equivocado de la sífilis hereditaria.

Y el autor, desenvuelve el tema con una claridad y precisión, que no deja lugar á dudas. El hecho relatado por Taylor y que refiere Alfredo Fournier, no es cierto. Así es la verdad, y así lo demuestra las observaciones y experiencia del autor, que somete á crítica severa, mejor que severa, justísima, á mi modo de ver, á otras leyes y teorías referentes á este asunto, que resume en las conclusiones siguientes:

I. La sífilis hereditaria es solamente la distrofia, no la infección.

II. La sífilis congénita del niño no puede ser de origen espermocvular. Es siempre útero-placentaria: es siempre de origen materno.

III. La sífilis concepcional no puede admitirse. Nunca el feto, ni el hijo sífilítico pueden contagiar á la madre, porque ya lo estaba: por el contrario, ésta es la que contagia al nuevo ser. La ley de Colles es producto de falsa interpretación de los hechos, juzgando indemne á la madre que era sífilítica antes ó al mismo tiempo que el feto. La impregnación es infección.

IV. El padre, directamente, no puede producir hijos sífilíticos, exceptuando la distrofia, sino indirectamente contagiando á la madre.

V. Todo hombre sífilítico debe esperar para contraer matrimonio á que se reduzcan al menor número posible las probabilidades de contagiar á la madre.

VI. Toda mujer casada con sífilítico debe tratarse como si fuera sífilítica tan pronto se sienta en cinta, por si acaso estuviera contagiada. Así podrá salvar á su hijo del contagio ó atenuar éste.

VII. Todo hombre sífilítico tratado y curado aparentemente, debe, al contraer matrimonio, sea cualquiera el tiempo transcurrido desde la manifestación primitiva, estar instruído de las reglas higiénicas profilácticas.

F. DOMINGO

BIBLIOGRAFÍA

Histerismo y pitiatismo, por el Dr. Ramón Alvarez y Gómez-Salazar. Conferencia oral dada en el «Instituto Rubio» de Madrid el día 15 de febrero de 1912. Tipografía la Académica, Barcelona.

Fué, es y acaso será por mucho tiempo el histerismo pretexto de los más atrevidos juicios, de las más fantásticas imágenes y de las más retorcidas frases, tanto para explicar su génesis como para limitar el campo de su sintomatología; así que no hay en la literatura médica, dedicada á la patología, capítulos en que, como en los consagrados á la histeria, se encuentren más teorías, más doctrinas y más controversias.

Actualmente, aunque Dubois, de Berna, Steyerthol y Dupré niegan al histerismo conexos suficientes para considerarle como verdadera entidad morbosa, la mayoría de neurólogos y mentalistas le admiten y describen como tal, tanto por la fisonomía propia que le externa, como por la estructura neuropática originaria que le interna.

De todas las concepciones patogénicas actuales del histerismo, ni la mutación de la potencialidad nerviosa de Pablo Gair; ni el sueño de algunas zonas corticales de Sollier; ni la obstrucción ó interrupción de las vías centrípetas de Orszanski; ni el aislamiento en lo inconsciente del complejo emocional representativo, con disturbios de los recuerdos volitivos de Jelgersm, que asemeja á las diasquisis de Monakow y á la seyunción de Nermiche; ni la neurosis de defensa, por represión del instinto sexual de Freud y Brenner; ni el estrechamiento del campo de la conciencia de Janet, con tendencia á la estática mental, como agrega Bianchi, han suscitado discusiones tantas y originado escritos tan numerosos como el pitiatismo de Babinski.

Babinski, yéndose más allá de la realidad, como dice Bianchi, y reaccionando contra la correspondencia entre los fenómenos observados y la figura clínica impresa al histerismo por la escuela

de Charcot, da la denominación de pitiáticos á los hechos que en los histéricos aparecen por sugestión y desaparecen por persuasión, excluyendo del cuadro clínico de la histeria los fenómenos distróficos y viscerales, que siempre, si discutidos, han sido admitidos por todos los observadores, pero que para Babinski son ó debidos al fraude, ó manifestaciones de enfermedades orgánicas no diagnosticadas.

Contra esta doctrina se levanta el Dr. Alvarez y Gómez-Salazar, y con mucha erudición, condición que en él ya ha sido por nosotros en otra ocasión estimada, como con elevado juicio y exacta observación de hechos clínicos, en este su escrito prueba con argumentos propios y extraños la sinrazón de Babinski, exponiendo y fundamentando cómo en el histérico aparecen dos hechos fácilmente comprobables y causantes de toda su sintomatología pitiática y no pitiática; siendo el uno la existencia de un sistema biológico nervioso particular que tiende á la disociación de funciones psico-orgánicas; siendo el otro, la necesidad de un reactivo emoción que obrando sobre esa base, con tendencia disociativa, determina á éste sistematizándole.

Aquí llega el Dr. Alvarez y Gómez-Salazar después de exponer una brevísima historia de lo que llama Edad antigua del histerismo; de consignar las enseñanzas de Charcot y Bernheim; de explicar con gran minuciosidad la doctrina de Babinski, y de mostrar el programa de discusión que Ernesto Dupré presentó á la Sociedad Neurológica en 1908 y anotar ampliamente las opiniones que se emitieron por cuantas eminencias tomaron parte en los debates; de fijar el concepto personal sobre la sugestión; de demostrar como el elemento emoción tiene poder en la sugestibilidad y es «el eje central que quizá puede aclarar, mejor que ningún otro, los fenómenos histéricos que Babinski considera como simulaciones conscientes»; y de relatar tres casos clínicos, uno de Sollier, y dos personales que comprueban hechos histéricos no admitidos sino como pitiáticos por Babinski.

Termina su notable trabajo el Dr. Alvarez y Gómez-Salazar con las consideraciones siguientes:

«No todo lo que es provocado por la sugestión es histerismo ni todo lo que es histérico es provocable por la sugestión».

«Ciertos dudadores, fóbicos y obsesos, así como los ties, la incontinencia de orina y otros estados similares, son susceptibles de curarse por la sugestión y la psicoterapia, sin que tales enfermos puedan clasificarse justamente en el cuadro de los histéricos».

«El pitiatismo no es una cualidad exclusiva del histerismo, porque también se presenta en otra clase de enfermos que no tienen ese carácter».

«A la histeria van asociados otros estados, tales como la mitomanía y la patomimia, cuya posible presencia es preciso tener muy en cuenta para no acumular á una enfermedad lo que es patrimonio exclusivo de otras que suelen añadirse».

«La idea auto-sugerida por la emoción sentimiento de que va impregnada y secundariamente por la mayor elaboración á que se halla sometida, tiene una virtud psico-orgánica considerable de objetivación de la que carece la inmediatamente sugerida por las razones expuestas».

«Y, por último, consideramos á la tendencia disociativa de los procesos psíquicos y á la emoción sistematizada, como caracteres esenciales del histerismo, capaces de explicar la producción, en el mismo, de los síntomas que Babinski no admite como de origen histérico por no ser reproducidos por la sugestión».

VALDIVIESO

Diversos artículos del Dr. Camilo Calleja.

Deglosados de la Revista profesional *Therapia*, donde se publicaron, hemos recibido unos artículos de terapéutica física en que su autor, nuestro distinguido amigo el Dr. Camilo Calleja, estudia sucintamente y por este orden: 1.º en Mecanoterapia las aplicaciones principales de la gimnasia y del masaje; 2.º en Termoterapia los efectos terapéuticos del calor y del frío; 3.º en Electroterapia algunas consideraciones y aplicaciones principales de la electricidad; 4.º en Fototerapia los variados efectos de la luz, incluyendo los rayos ultraluminosos; y, por fin, en un 5.º y breve artículo da una noción sobre la Radioterapia en el doble origen de las radiaciones: los rayos X y las especiales que además tiene el radio.

Sobradamente conocido es el Dr. Calleja en la literatura médica para hacer de esta breve reseña un detenido análisis. Baste decir que el autor examina, con juiciosas observaciones, el alcance terapéutico de los agentes físicos que recorre, haciendo en algún punto, como en las aplicaciones del frío, especial hincapié para restringir lo que á su juicio es empleo abusivo y para dar correcta

interpretación á la idea equivocada de que el frío es antitérmico y antiflogístico, cuando, en su sentir, no es más que un medio de favorecer indirectamente la termogenesis trastornada y excitar, dentro de los posibles límites, los naturales medios de defensa orgánica.

Aunque este criterio no está de acuerdo con el que sustentan la mayoría de los clínicos, las ideas del Dr. Calleja son razonadas, dignas de respeto y con ciertos especiales puntos de vista que, como en el lenguaje harto salpicado de neologismos, descubren en su autor un clínico en el obrar y un médico de estirpe filosófica por su modo de pensar y de exponer.

Otro folletito del mismo autor hemos recibido al propio tiempo. Es el artículo que, con el título de *Idea general de la Fisioterapia, termoterapia, electroterapia, fototerapia Roentgenterapia y radioterapia*, apareció en LA CLÍNICA CASTELLANA, en el mes de mayo último. Como ya le conocen nuestros lectores, su cultura habrá ya hecho el oportuno juicio y ello nos releva de hacerle aisladamente.

ANTONIO M. ROMÓN

CASOS Y CONSULTAS

Signos clínicos, para el diagnóstico cierto del chancro sifilítico uretral.

Es más que frecuente, que los médicos generales, se encuentren en la necesidad de hacer el diagnóstico del chancro sifilítico uretral, diagnóstico sencillo verdaderamente si se tienen en cuenta dos elementos, la induración del chancro y el bubón sifilítico ó infartos ganglionares.

Estos dos elementos de diagnóstico son considerados como patognómicos, de donde resulta que siempre que se aprecien bien, la existencia del chancro ó de la sífilis es un hecho.

En el chancro sifilítico uretral, uno de los labios del meato ó los dos labios, puesto que el chancro puede invadirlos, son asiento de esa induración específica, no inflamatoria, y perfectamente limitada, dando la sensación al tacto, de cuerpo extraño, que siempre acompaña al sífiloma.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo, la mayoría de las veces, con la blenorragia, infección de tipo inflamatorio, en la que los labios del meato, están hinchados, edematizados, salientes, y pastosos pero nunca duros, como la dureza específica del chancro, sifilítico.

Tomado el meato, en el sentido de su diámetro mayor, entre los dedos pulgar y medio, y estrujándolo suavemente, además de esta sensación de dureza tan diferente en los dos casos, se aprecia en el blenorragico, flujo purulento, pus concreto, blanco sucio ó amarillento, mientras que en el sifilítico es serosidad rojiza, muy líquida, que embadurna los tejidos á modo de barniz dándoles brillantez. Después de este estrujamiento y agotado el pus, en el blenorragico, el meato termina por trasudar líquido seroso, pero abandonado el miembro, se observa, que el volumen de la

hinchazón ha disminuído notablemente, por expresión, y además, el tacto, vuelto á practicar, aprecia más blandura en él, los tejidos están más flojos.

En el chancro sifilítico todo continúa igual. Los labios del meato, si el chancro es profundo y no se ve la exulceración, se han borrado, el meato da la sensación de una grieta, de bordes pegados uno contra otro, y puede salir alguna vez pus, pero es más fluido, en menor cantidad y siempre de color amarillo de ocre tirando al rojo. En estos casos el endurecimiento, ocupa la punta del balano, la mitad, y á veces todo el glande, quedando convertido en un órgano de dureza casi leñosa, rojo fuerte, pero sin aspecto de inflamación aunque esté aumentado de volumen. No ha habido más, que la sustitución de la blandura y flexibilidad de los tejidos, por la rigidez, cambiando el color rosa por el rojo azulado, debido tal vez á la dificultad circulatoria.

En cuanto á los fenómenos subjetivos, en la blenorragia, el enfermo aprecia verdadero escozor tantas veces como orina, limitado á la uretra balánica (1), mientras que en el chancro, más que escozor es molestia, y muy limitada, como en un punto, siendo de más importancia la resistencia que tiene que vencer el orín al salir por el meato, puesto que siendo éste inestensible, es un verdadero obstáculo que vencer. Por eso el enfermo, en lenguaje gráfico, dice que tiene que empujar para orinar, como si hubiera un tapón.

Los infartos ganglionares en el sifilítico son indoloros, afegmáticos, y resbalan fácilmente debajo de la piel, que por lo demás está en estado normal. Tienen un volumen mediano y están agrupados en pléyade, compuesta de cuatro ó seis, y uno en el centro más voluminoso que los demás, dominándoles, que ha sido llamado por Ricord, en lenguaje metafórico, el gobernador de la ínsula.

Cuando aparecen de este modo, los ganglios inguinales, tienen un valor tal de diagnóstico que Fournier no se ha recatado para decir, que son ellos para el diagnóstico el *mejor síntoma del chancro*.

Si no se presentaran así, y por su falta de expresión específica, dieran lugar á dudas, tenemos el recurso de investigar los ganglios de las demás regiones, axilas y cuello, en donde los ganglios

(1) Es cuando en realidad puede establecerse el diagnóstico diferencial en el chancro del meato, porque cuando la infección se extiende á lo largo de la uretra ya no cabe confusión.

están también infartados, de ese modo específico apuntado, y del conjunto de signos recogidos en todas las regiones podemos deducir el diagnóstico de sífilis con certeza, sobre todo, cuando el ganglio sub-occipital esté infartado.

Este ganglio es de volumen pequeño, á veces como un perdigón grueso, y siempre que lo he encontrado he podido diagnosticar la sífilis.

Este hecho me hizo diagnosticar una sífilis cuyo chancro, indudablemente uretral, pasó desapercibido.

Asistía á mi consulta un enfermo, con el fin de saber, si su blenorragia, cierta, porque el microscopio puso en evidencia el gonococo de Neisser, estaba curada. Ya hacía más de tres meses que fué dado de alta y no tenía flujo ni molestia alguna. En el reconocimiento me dí cuenta de los infartos ganglionares de la ingle, interrogando al enfermo, acerca de su chancro sífilítico, que negó sinceramente, afirmando que nunca se había dado cuenta de semejante cosa. Su historia genital, me afirmó más en mis sospechas; busqué los ganglios de las demás regiones y todos estaban infartados de este modo específico, apreciando claramente el ganglio sub-occipital izquierdo. Entoces, á pesar de las protestas del enfermo, que decía siempre le había tenido así, hice el diagnóstico de sífilis.

Quince días después, se comprobó el diagnóstico por la reacción de Warsermann, muy positiva, sin que todavía hubiera ninguna otra eflorescencia ó lesión sífilítica.

Desde aquel momento fué sometido al tratamiento mercurial. Han transcurrido unos meses, y el enfermo tiene placas mucosas de la garganta y lengua, los ganglios submaxilares fuertemente infartados, que desfiguran el rostro haciéndole cuadrado; esto es, se ha afirmado también el diagnóstico clínicamente.

Esta investigación de los ganglios me ha proporcionado algunos éxitos brillantes, que no hay para que comentar aquí, y por eso recomiendo eficazmente á mis colegas, den todo el valor que merecen, á este elemento clínico de diagnóstico, y desde luego, á la induración de los tejidos en el chancro sífilítico uretral, porque si no siempre, la mayor parte de las veces, diagnosticarán una sífilis, en sus primeros momentos, que de otro modo pudiera quedar ignorada para lo sucesivo.

F. DOMINGO

VACUNACION ANTITIFOIDEA

SUS APLICACIONES Y SUS VENTAJAS

POR EL

DR. MIGUEL G. CAMALEÑO

Médico-Director de Baños Nuevos de Fitero.

La fiebre tifoidea continúa siendo uno de los más mortíferos azotes de la especie humana, á pesar de los grandes esfuerzos que se han hecho para amortiguar sus terribles estragos. En España, según las estadísticas oficiales del quinquenio de 1900 á 1905, ha venido á causar unas 8.376 defunciones anuales, por término medio, y calculando la mortalidad de esta infección en un 15 por 100, hay que suponer el número de enfermos tíficos de cada año, en unos 58.600. Aunque en la actualidad se conoce perfectamente el microorganismo que la produce; aunque se sabe, casi por completo, en qué medios se hospeda este agente causal, cuáles son las vías más frecuentes que sigue para llegar al organismo humano y qué circunstancias son las más favorables para que tal cosa suceda, no se ha podido extinguir esta infección en proporciones equivalentes á lo conseguido con otras enfermedades análogas, como la difteria y la viruela, por ejemplo.

El aislamiento, la desinfección, el cuidado más metódico en el análisis de las aguas, para evitar las polucionadas por el bacilo infectante; la aplicación, en una palabra, de las más rigurosas medidas higiénicas, si bien es cierto que han conseguido disminuir la difusión y persistencia de las epidemias, también lo es que no han logrado, ni mucho menos, hacer desaparecer la enfermedad, que cuando encuentra circunstancias favorables para su desarrollo, se presenta con caracteres de verdadera plaga, que diezma las colectividades humanas, cuando en ellas son deficientes las condiciones higiénicas. Por esta razón se ceba con ensañamiento en los ejércitos en campaña, á los que causa mayor número de bajas que las más mortíferas batallas. En la guerra separatista de los Estados Unidos, tuvo más de 80.000 enfermos el ejército de operaciones. 73.393 enfermos con 6.965 muertos hubo en el ejército alemán, durante la campaña franco-alemana. De los 246.000 hombres de que constaba el ejército ruso del Cáucaso, cuando la guerra turco-rusa, tuvo 24.473 enfermos con 8.900 muertos. El ejército americano durante la guerra con nuestra nación vió mermadas sus filas con 20.788 casos tíficos, de los cuales murieron 1.580. En la guerra del Transvaal se presentaron en el ejército inglés 31.118 casos con 5.877 defunciones. El ejército ruso de la Mandchuria, tuvo durante la guerra con el Japón 17.073 casos de fiebre tifoidea, causando esta enfermedad un 30 por 100 del total de las defunciones. Durante la expedición de los aliados en China el año 1900, el ejército francés, fuerte de 14.500 hombres, tuvo 633 casos con 100 defunciones. En los seis últimos meses de 1909 el ejército español de Melilla, con un efectivo de poco más de 38.000 hombres tuvo 750 enfermos tifoideos, de los cuales murieron 130.

La fiebre tifoidea ha sido, pues, la secuela acaso más temible de todas las campañas militares.

Los hombres de ciencia se han convencido de lo inútil del empeño de acabar con el bacilo de Eberth, pues la abundancia y rapidez con que se reproduce, la imposibilidad de impedir en absoluto su difusión por los infinitos medios que le sirven de vehículo, la aptitud que adquiere de permanecer algún tiempo en estado latente, hacen verdaderamente ilusorio este afán.

Precisamente uno de sus albergues es el mismo cuerpo humano, en el que puede vivir como huésped inofensivo para el sujeto que le hospeda; pero éste por medio de sus deyecciones (con las que no se toma precaución ninguna, por ser de individuo sano) va repartiendo el virus letal, que al llegar á otros seres humanos, desarrolla sus perniciosos efectos. Sabido es el gran papel que en la etiología de la fiebre tifoidea se concede hoy á los portadores sanos de bacilos.

Por todas estas razones, y teniendo en cuenta lo ya conseguido con otras enfermedades, se pensó que sin descuidar la guerra al microbio, era preferible y acaso más eficaz, preparar al hombre expuesto á las agresiones de aquél, dándole medios de defensa para neutralizar y hacer inútiles sus ataques; para «aguerrir al individuo contra las infecciones y hacerle inmune á la acción de los agentes microbianos, merced al uso de ciertos medios ó recursos que la propia Naturaleza crea en la defensa de la vida de los organismos superiores, contra esas hordas de parásitos microscópicos que por todas partes les asedian», como dice Martín Salazar, en su excelente obra acerca de la Inmunidad. Natural era pensar en imitar los procedimientos de que la

Naturaleza se vale, puesto que ella es nuestra gran maestra y sólo copiándola, siguiendo sus pasos, es como se han podido conseguir los brillantes resultados higiénicos y terapéuticos de que en la actualidad nos enorgullecemos.

Cuando un organismo sufre una enfermedad infecciosa, suele quedar casi siempre, después de curado, inmune por más ó menos tiempo, contra un nuevo ataque de la misma enfermedad; siendo la particularidad más notable, que la duración de la inmunidad es independiente de la intensidad del mal ó, lo que es lo mismo, que una afección levísima ofrece iguales garantías inmunizantes que la forma más grave.

Este hecho, apoyado por lo que de antiguo viene observándose con la vacunación antivariolosa, sugirió á los hombres de ciencia, la idea, bien natural por cierto, de provocar artificialmente la aparición de la enfermedad que se trataba de evitar en la forma más atenuada posible, con el objeto de evitar los peligros y molestias que ésta puede originar, aprovechándose de los beneficiosos efectos ulteriores que trás de sí deja. Y para conseguir estos resultados, se pensó en el empleo, contra diferentes infecciones, la fiebre tifoidea entre ellas, de las vacunas bacterianas.

Cuando en el organismo humano ó animal se introducen directamente y en suficiente cantidad, microbios patógenos ó sus toxinas, se origina en este organismo, en grado más ó menos marcado, una reacción defensiva de sus células y de sus humores, que tiene por objeto escudarle contra el gérmen y evitar en lo posible sus agresiones. Estos efectos se consiguen, según nos lo enseñan los estudios experimentales, provocando una activa formación de anticuerpos defensivos, creando ó exaltando las propiedades aglutinante,

bacteriolítica, opsónica y bacterecida del suero de los vacunados, exagerando el poder fagocitario de las células aptas para esta función, haciendo, en una palabra, imposible la vida del microorganismo infectante, ya de por sí de débil resistencia por la escasez de número y atenuación de virulencia en que ha sido introducido.

Para que las inoculaciones de vacuna bacteriana den los resultados apetecibles, es indispensable guardar determinadas reglas de precaución, sin cuya observancia podrían ser seguidas de efectos desagradables ó perniciosos. La primera inyección ha de ser de muy pequeña cantidad de producto y éste de escasísima virulencia. En las siguientes se irá gradualmente aumentando en las dos mencionadas circunstancias, hasta llegar á la dosis máxima tolerable. Las inyecciones deberán hacerse subcutáneas y en los sitios en que menos pueda molestar la reacción local que, casi siempre se presenta. Se guardarán las reglas generales de asepsia que no hay por qué mencionar. El paciente será cuidadosamente vigilado y se le prohibirán transgresiones higiénicas.

Como la fiebre tifoidea es una infección generalizada, en la que el microbio infectante pulula en la sangre y por ella es conducido á todas partes, dando lugar á una verdadera septicemia, la producción de anticuerpos, la movilización de todos los mecanismos de defensa, ha de ser más pronta y fácil que en las afecciones en las que el microbio se acantona en sitios determinados, y en las que los efectos generales son debidos á la repartición de las toxinas creadas por estos microbios, es decir, á una intoxicación, como sucede en la difteria, entre otras. Por eso desde un principio se esperó sacar gran partido de la vacunación antitífica y,

como se verá, los hechos han venido á confirmar plenamente la suposición.

Las primeras tentativas de vacunación en los animales datan de hace más de 25 años y fueron hechas por Chantemesse y Widal, Shiga, Brieger, Kitasato, Wassermann, y Besredka. Aunque en los animales de laboratorio, el bacilo de Eberth produce efectos muy distintos de los que en el hombre ocasiona, se comprobó claramente que la vacunación previa con cultivos bacilares, les hacía inmunes, resistiendo, después de algún tiempo, la inoculación de cantidades de bacilos en proporciones mucho mayores que las que hacían enfermar y morir á otros animales testigos.

Los primeros ensayos de vacunación en el hombre fueron hechos por Kolle y Pfeiffer; en Alemania, y por Wright, en Inglaterra. Este último autor, después de haber observado que en 84 individuos vacunados, de una colectividad de 214, no se presentó ningún caso de fiebre tifoidea, en tanto que en los 130 restantes, viviendo en iguales condiciones que los primeros, hubo 16 atacados, aconsejó al gobierno inglés el empleo de la vacunación en las tropas de la India y en las de operaciones en la guerra del Transvaal. La primera estadística referente á cerca de 20.000 vacunados militares, aunque demostró la disminución de morbilidad y de mortalidad, no aportó resultados muy convincentes, lo que unido á la intensidad de la reacción que muchos sujetos presentaban, dió lugar á que se abandonase este método por algún tiempo. Posteriormente se usó en el ejército alemán la vacuna de Pfeiffer y Kolle, en los soldados, que voluntariamente se prestaron á ello, de las tropas de Africa que sostuvieron la campaña contra los Hereros. Los resultados fueron tan brillantes, que puede decirse que desde entonces

entró esta práctica de lleno en varios países que hoy la emplean en grande escala, como son Francia, El Japón, Alemania, Inglaterra y los Estado Unidos del Norte de América.

Los inconvenientes observados durante las primeras tentativas de vacunación fueron imputables á la defectuosa preparación de las vacunas y á la poco graduada y brusca manera de hacer las inoculaciones. En un principio se empleaban vacunas cuya única dosificación, digámoslo así, era su antigüedad, es decir, la edad del cultivo; pero sin que se tuviese en cuenta ni el grado de proliferación de éste ni la intensidad de su virulencia. Este inconveniente fué subsanado más tarde por la introducción en la práctica del recuento bacteriano, del mismo modo que se ejecuta el de los glóbulos de la sangre en la hamatimetría, con lo que conocido el número de bacilos existentes en cantidad determinada de líquido, se pueden luego hacer diluciones con suero fisiológico en proporciones necesarias para conseguir la cifra apetecida. Por eso al hablar hoy de la intensidad de las vacunas, se dice que tienen tantos ó cuantos millones ó billones de bacterias por centímetro cúbico. Además los cultivos se hacen con una (monovalentes) ó varias razas (polivalentes) de bacilos de origen y virulencia conocidos.

Por otra parte la debida graduación de tiempo y dosis de las inoculaciones que se hacen para cada vacunación, evita los intensos efectos reaccionales que en un principio se observaban. La primera inyección se hace con una relativamente pequeña cantidad de bacilos de un cultivo reciente; en las sucesivas se va aumentando el número de bacilos y la edad del cultivo. En total suelen hacerse de tres á cinco inyecciones, (según la clase de vacuna) con una semana

próximamente, de intervalo de una á otra. El volumen del líquido inyectado no pasa, en la que más, de centímetro y medio.

Las vacunas antitíficas proceden todas ellas de cultivos de bacilo de Eberth en diferentes medios. Autores ha habido, como Castellani, que se han atrevido á usar vacunas de bacilos vivos, pero esta práctica es imprudente en demasía, ya que no sólo expone al peligro de una infección grave, sino que puede convertir al vacunado en portador de bacilos, lo que favorecería, en lugar de combatirla, la propagación de la enfermedad. Por eso hoy no se emplean más que, ó cultivos de bacilos muertos por agentes físicos ó químicos, ó emulsiones bacilares autolisadas.

La vacuna de Pfeiffer y Kolle es un cultivo en gelosa, esterilizado á 60°. La de Wright-Leishmann, cultivo en caldo, esterilizado á 53°, para evitar la congulación de los albuminoides, adicionándole 0,4 por 100 de lisol. Russel utiliza un cultivo en gelosa, esterilizado á 56°, al que se añade 0,25 por 100 de tricresol. Chantemesse emplea una emulsión de bacilos en agua fisiológica, calentada á 56° y débilmente antiseptizada. Renaud, emulsiona en agua fisiológica un cultivo en gelosa que es sometido después á la acción de los rayos ultravioletas producidos por una lámpara de cuarzo. Vincent usa una vacuna polivalente preparada con ocho razas de bacilos tíficos y dos de bacilos paratíficos. El cultivo, hecho en gelosa, se pone á macerar en agua fisiológica, dejándole en autólisis á 38° durante 24 ó 48 horas (según la potencia que á la vacuna quiera dárse); se centrifuga después el producto para alejar los bacilos vivos que pudieran quedar, y se esteriliza mezclándole con éter, que se elimina antes de usar la vacuna, por simple evaporación

á 38° en la estufa ó á baño-maría. Como según los países y las estaciones la virulencia de los bacilos varía, será conveniente que en la vacuna entren razas bacilares del país donde el vacunado va á residir.

El resultado que se apetece, ó sea la inmunización, se consigue con toda clase de vacuna, pero las reacciones primitivas molestas, que á la inyección siguen, varían de unas á otras. En general puede decirse que las vacunas procedentes de cultivos en caldo provocan reacciones más intensas que las originadas por cultivos en otros medios, á causa sin duda de los albuminoides que aquéllas contienen. De todos modos, con los perfeccionamientos aportados á la técnica de preparación é inoculación de las vacunas, no sólo se han atenuado considerablemente los molestos fenómenos reaccionales del principio, sino que se ha conseguido anular casi por completo la llamada *fase negativa*. Así se ha designado la disminución de resistencia á la infección que, como resultado del conflicto ó lucha que sigue á la introducción en el organismo de productos bacilares, sobrevénia en las dos ó tres primeras semanas, y que ponía al sujeto vacunado en situación peligrosa por la mayor aptitud ó predisposición á contraer entonces la fiebre tifoidea. Pero desde que no se emplean las dosis masivas que en un principio se usaron, parece ser que no se observa fase negativa. Los trabajos de Friedberger y de Moreschi, las estadísticas de Leishann, las comprobaciones de Firth, de Leslay, de Spooner, están unánimes en demostrar que la fase negativa no se ha presentado jamás entre los millares de hombres vacunados en estos últimos años en la India, Egipto, Chipre, Malta, Gibraltar y Estados Unidos. En varios de estos países se han multiplicado las vacunaciones en tiempos de epidemia,

sin que de esta práctica haya resultado ningún inconveniente. Hasta se ha visto que muchos individuos á los que se vacunó en el período de incubación de la fiebre tifoidea, atravesaron bien todos los períodos de la enfermedad, cuya evolución, si en algo se modificó, fué en sentido favorable.

La reacción producida por las inoculaciones se reduce, casi siempre, á un ligero dolor local que se presenta en el sitio de la picadura á las pocas horas y cuya duración no excede de cuatro ó seis; tumefacción del tamaño de un duro, por 24 ó 48 horas; á veces linfangitis ligera, y raramente cefalea con fiebre escasa de un día de duración. Estos fenómenos son generalmente más intensos en las dos primeras inoculaciones que en las subsiguientes. Los dolores violentos, fiebre elevada y supuración, á veces, que se presentaban frecuentemente en los primeros tiempos de la vacunación antitífica, no se observan ya por las razones antes apuntadas.

* * *

Lo que á la ligera acabo de exponer, constituye lo que pudiera llamarse el funcionamiento técnico y científico de la vacunación antitífica. Falta ver ahora qué resultados ha dado en la práctica este procedimiento.

No he de detenerme á citar todas las estadísticas publicadas de ocho años á esta parte, pues á más de ser cosa pesada y enojosa, se prestaría á incurrir en muchas repeticiones. Basta decir que los datos conocidos alcanzan la respetable cifra de más de 300.000 individuos vacunados; siendo cada año mayor el número de los que sufren las inoculaciones preventivas, pues también va siendo mayor, á medida que el tiempo pasa, el convencimiento entre el

público de que la morbilidad y la mortalidad de la fiebre tifoidea disminuyen de un modo considerable á consecuencia de la vacunación, lo que unido á su inocuidad y á que la duración del período en que el individuo queda inmune es de dos ó tres años, explica el auge creciente que va tomando esta práctica en el extranjero.

En 1910 entre 14.286 individuos vacunados que había en el ejército de los Estados Unidos, no hubo más que cinco casos sin ninguna defunción; en tanto que entre los militares sin vacunar, hubo 418 invasiones con 32 defunciones. En tres años se vacunaron en el mismo ejército más de 60.000 hombres, que recibieron todos tres inoculaciones, no observándose entre ellos más que 12 casos de tifoidea, que curaron.

En 1911 la división de maniobras de Texas, compuesta de 17.000 hombres, tuvo que hacer un servicio penosísimo (en la frontera de Méjico) sometida á todos los rigores, intemperies y penalidades de la vida de campaña, sin que en ella se presentara más que un caso de tifoidea. Claro es que todos sus individuos estaban vacunados. En cambio antes de la vacunación, sufrió una columna de 11.000 hombres, en la misma comarca, una epidemia tífica que atacó á 1.759 individuos.

En Francia tiene gran aceptación en la actualidad la vacuna polivalente ó *autolisato* de Vincent. Con este preparado se habían ya hecho en octubre pasado más de 20.000 vacunaciones. Los resultados con ella obtenidos han sido los siguientes: Durante la terrible epidemia marroquí de 1911 se han registrado 65 invasiones de fiebre tifoidea por cada 1.000 hombres, entre los militares del ejército francés de ocupación; en los vacunados no se ha observado ningún

caso, ni aun de embarazo gástrico febril. La inmunidad alcanzada se ha mantenido durante la epidemia del año actual. El general Lyautey ha hecho constar en una orden del día el caso de dos compañías enviadas á operaciones, de las que una estaba vacunada y la otra no. La segunda fué diezmada por la fiebre tifoidea, en tanto que la primera quedó completamente indemne.

En este mismo año de 1912, se ha padecido una epidemia de origen hídrico en Avignon, que ha causado de 1.500 á 1.600 invasiones entre los vecinos de dicha ciudad, con una mortalidad bastante crecida. La guarnición, compuesta de 2.053 hombres, tenía 525 vacunados antes de la epidemia, vacunándose durante ella 841: en total 1.366. Pues bien, entre estos individuos no se observó ningún caso, en tanto que entre los 687 no vacunados se presentaron 155 invasiones, muriendo 21 atacados.

La mejor prueba de la excelencia de los resultados, está en la pronta y fácil aceptación de este método por el vulgo, que siempre suele ser desconfiado y receloso. En el ejército inglés, donde la vacunación es voluntaria, de los 70.000 hombres de tropas de la metrópoli de que consta el ejército de la India, se vacunaron 4.682 en 1906, 10.155 en 1907, 16.009 en 1908, 45.566 en 1909 y 58.481 en 1910. En el Japón se vacunaron 2.977 en el año 1908 y 24.795 en 1909. En los Estados Unidos, país más radical en sus determinaciones, la vacunación es obligatoria (compulsory) en el ejército, desde el 1.º de julio de 1911 á todos los jefes, oficiales y soldados de menos de 45 años, sin que esta medida suscitase protestas ni del público ni del cuerpo médico. Y en este país, así como en las colonias inglesas y francesas, la vacuna es solicitada por muchas mujeres, para ellas

y para sus hijos, sin que sea obstáculo para la difusión cada vez mayor de este método, la consideración de las ligeras molestias que se provocan, que en realidad no son mayores que las causadas por la clásica y universalmente aceptada vacuna antivariolosa.

Todos los informes oficiales que se han publicado por el Royal College of Physicians, de Londres, por el Royal Army Medical College, por la comisión del War-Office, en Inglaterra; por la comisión médica alemana presidida por Koch; por la comisión médica de los Estados Unidos presidida por el Surgeon Général O'Reilly, han sido unánimes en afirmar el alto grado de protección que confieren las inoculaciones de vacunas antitíficas, entre los soldados de las colonias inglesas y alemanas y en los del ejército de los Estados Unidos. La Academia de Medicina de París recomendó sin restricciones su empleo, en informe solicitado por el Ministerio de la Guerra francés. En el XIII Congreso francés de Medicina, celebrado el pasado mes de octubre, se admitió sin discusión que ante los resultados aportados por las numerosas estadísticas de que se hizo mención, no se podía poner en duda la bondad y eficacia de la vacunación antitifoidea.

En lo que todos los autores han insistido es en que esta intervención profiláctica no debe ejecutarse más que en individuos perfectamente sanos, sin tara morbosa y exentos de toda afección aguda ó crónica, sobre todo de naturaleza tuberculosa. Debe aplazarse en los sujetos debilitados ó agobiados.

*
* *
*

Recientemente y en vista del escaso resultado que se ha obtenido con las inyecciones de suero antitífico empleadas

por Chantemesse, Kraus, Macfadyen, Rodet y Lagriffoul, Jez, Aronson y otros, se ha tratado de extender la aplicación de la vacuna al tratamiento de la fiebre tifoidea, fundándose en que cuando se ha usado en individuos atacados ya de la enfermedad, en período de incubación, no sólo no ha producido los temibles efectos agravantes que *a priori* se sospechaban, como consecuencia de la disminución de resistencia originada por la llamada fase negativa, sino que, según diferentes observadores, la evolución del proceso morboso ha parecido más breve y benigna. En realidad no puede negarse á la vacuna un valor indiscutible ya como antígeno específico capaz de determinar rápidamente un estado de inmunidad contra el bacilo de Eberth y sus toxinas, ya como método curativo capaz de crear, durante el curso de la infección, una reacción defensiva precoz del organismo, que aumente la resistencia natural de éste contra las agresiones del agente infeccioso. Las vacunas contienen endotoxinas y exotoxinas de los bacilos tíficos, es decir, los principios biológicos esenciales y activos de estos microbios, por lo que provocan en los humores de los vacunados una formación abundante y pronta de anticuerpos defensivos. El bacilo tífico se deforma, adelgaza y se hace granuloso, en el suero de los vacunados, á los pocos días de hecha la vacunación. Meakins, Foster y Hollis en América, Chantemesse, Ardin-Delteil y Courmont y Rochaix en Francia, han preconizado el valor de la vacunoterapia antitífica, de cuyos resultados se muestran muy satisfechos, siempre que se emplee en los primeros días del curso de la infección. Por cierto que Courmont y Rochaix defienden el uso de la vacuna antitífica, tanto en sus aplicaciones proflácticas como en las terapéuticas, en forma de enemas. Cada uno de

estos se compone de 100 centímetros cúbicos de vacuna á la que se añaden diez ó doce gotas de láudano, introduciéndose el líquido bastante alto en el recto por intermedio de una sonda blanda. Según lo autores estos enemas (de los que tres, con intervalos de cinco días constituyen una vacunación completa) no producen reacción general ninguna.

Ni el poco tiempo transcurrido ni los resultados alcanzados hasta ahora, permiten hacer, respecto al empleo terapéutico de las vacunas, las categóricas y definitivas afirmaciones que se hacen en cuanto á su papel preventivo el cual como ha dicho Chantemesse, ya no es discutido por nadie.

*
* *

Réstame, para concluir, hacer desde estas columnas una llamada de atención á las autoridades sanitarias y á los médicos que por su competencia y representación oficial están en condiciones de hacerlo, para que traten de implantar en nuestro país una medida sanitaria que permite conservar muchas vidas jóvenes y robustas, que disminuye considerablemente el número de enfermedades peligrosas para el individuo y para la sociedad y que, por consecuencia, ahorra muchas penas y grandes sumas de dinero invertidas en la larga asistencia de tantos enfermos.

El Cuerpo de Sanidad Militar, especialmente, es el más interesado en que este método profiláctico se generalice pronto y en grande escala, ya que su misión principal es la de conservar la salud del ejército, y en el ejército es donde precisamente la fiebre tifoidea hace más numerosas víctimas. Yo no dudo que tan reputado Cuerpo tratará de que esto se haga, contando, como cuenta en su seno, con hombres de tan acreditada competencia científica y dotados

por añadidura de ese espíritu de abnegación y sacrificio que tantas veces han hecho ostensible en todas las ocasiones, demasiado frecuentes por desgracia, en que ha habido que poner á prueba sus servicios. Algún paso importante se ha dado ya en este sentido: uno de los más distinguidos médicos militares, el Dr. Martín Salazar, Inspector general de Sanidad Exterior, cuya autoridad científica en lo que concierne á enfermedades infecciosas está universalmente reconocida, decía en un artículo que este año publicó en la *Revista de Sanidad Militar*, lo siguiente, tratando de la conveniencia de llamar la atención del Gobierno, para que se facilitase la vacunación antitífica á los individuos del ejército de Africa: «Mi opinión es que hay ya suficientes fundamentos científicos para tomar esta medida, y que el Ministro de la Guerra debiera estudiar la forma más apropiada de llevar á cabo, con las mayores garantías de éxito, esta práctica sanitaria».

Si, pues, la vacuna antitifoidea se ha mostrado inofensiva y eficaz, lógico es que aprovechando la experiencia ajena, se recomiende con entusiasmo su empleo, porque, como dice Landouzy tratando de esta cuestión, «es mejor, más fácil, menos aleatorio y más económico, prevenir que curar».

LAS INYECCIONES DE "606"
EN EL
TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS
POR EL
Dr. Félix Domingo

En tanto que los enfermos huyen del «606» y se resisten á sufrir el tratamiento, algunos médicos continúan empleándolo, quieras ó no, con una tenacidad que maravilla. Ni siquiera les ha distraído el «914» que parece disimular los efectos del «606», ó por lo menos ha despistado á los enfermos de un camino ya conocido, y bien pudiera arsenobenzolar á los sifilíticos «con la última moda», continuando su labor de *sterilizans magna* con las tres inyecciones sucesivas, administradas invariablemente, como si fuera cosa de espiritismo.

El arsenobenzol no ha podido ser considerado nunca como base del tratamiento contra la avería, aunque se haya recurrido á la táctica de intercalar, como dicen los autores, curas mercuriales entre las inyecciones de «606». Con esto se ha afirmado más la inutilidad del medicamento de Ehrlich, para curar por sí solo una sífilis, y ha sido él el intercalado á las curas mercuriales, puesto que no se obtienen mejores efectos curativos con este sistema mixto,

que cuando se empleaban ó emplean solamente las inyecciones de aceite gris.

Si en un principio se le dió más valor al «606» estaba disculpado, pero hoy, estamos ya todos conformes en esta manera de ver, aun aquellos que no lo confiesen, puesto que admiten y consideran condición necesaria, el de mercurializar á los enfermos, tratados, ó en tratamiento con el arsenobenzol.

El profesor Gaucher, últimamente, expone una serie de casos clínicos para demostrar este aserto.

En las observaciones publicadas, se ve claramente que el «606» no tiene más valor que una cura mercurial por inyecciones de aceite gris, y alguna vez es inferior á ésta, si es que no provoca mayor gravedad en las lesiones de evolución.

Observación núm. 2. Mujer de 28 años. Placas mucosas vulvares en octubre 1911. Recibe tres inyecciones de 0,40, 0,40 y 0,60 de «606». En 2 de febrero 1912 roseola de retorno, muy clara.

Nosotros señalamos á este propósito, dice el Dr. Gaucher, que después del empleo de «606» se observan estas roseolas de retorno *mucho más frecuentemente que otras veces.*

Núm. 3. Mujer de 23 años. Chancro y ganglios inguinales. Sufre el 15 de enero, tres inyecciones, de 0'15 después de 0,30 y 0,30 de «606». El 22 de enero roseola y cefalea violenta.

Núm. 4. Hombre de 35 años. Sifilítico desde hace 11 años. En 1900, gomas de las piernas, en 1907, sífilides ulcerosas. Actualmente keratosis sífilítica de la región plantar derecha. Curó por el mercurio. El 5 de marzo de 1910, placas mucosas labiales que curaron. El 23 de enero de 1912,

las placas vuelven á presentarse. En setiembre, se practican tres inyecciones de «606» de 0,30 centigramos cada una. Actualmente, dos meses después, el enfermo tiene placas ulceradas de las comisuras y leucoplasia lingual. Esto prueba, que *el «606» no impide las recidivas de las lesiones terciarias tenaces.*

En otras observaciones, hasta 31 que publica en *Journal des Praticiens*, va discurriendo de este modo el Profesor Gaucher, manifestándose un poco apasionado en su crítica.

Pero estos casos clínicos del Profesor Gaucher, no tienen nada de extraordinario, son historias corrientes, en donde se anotan hechos clínicos que todos observamos á diario. Yo mismo he publicado, y ya desde el año pasado de 1911, casos clínicos muy semejantes.

Es indudable, que para el tratamiento de las sífilis que ordinariamente aparecen en nuestras consultas, no está justificado el empleo del «606»; vale algunas veces, para lo mismo que las curas mercuriales de aceite gris, y otras expone á accidentes verdaderamente graves, que cuando el clínico los puede sospechar, entonces está seriamente contraindicado. Me refiero á los casos que se ha dado en llamar, neuro-recidivas, por el «606».

Sabido es como la sífilis acepta un tipo clínico para aparecer en los diferentes sujetos. Una de estas formas, es aquella, en la que los enfermos apenas si tienen más manifestación que el chancro, y simplemente una ligera alopecia, y alguna placa mucosa del velo del paladar, poco persistentes. Los síntomas esenciales, consisten en trastornos vagos del estado general, quebrantamiento, algunos dolores, molestias indefinidas, falta de fuerza, pérdida del sueño y del apetito. Por lo general estos enfermos se quejan constantemente pe

un dolor fuerte de cabeza, que en último resultado la sífilis queda reducida á eso durante un tiempo más ó menos largo.

Si aplicais á estos enfermos una inyección de «606» el cuadro que se desarrolla es brutal, pero todo él dependiendo del sistema nervioso central, por intoxicación arsenical.

A este tipo clínico de sífilis, es al que pertenecen los enfermos que sufren grandes neuritis ópticas y se quedan ciegos, á consecuencia de una inyección del «606». Fijándose bien en las historias clínicas publicadas, por los diversos autores, en las que presentan enfermos con ceguera ó neuritis después del arsenobenzol, no encontrareis otros síntomas más salientes que los fenómenos de encefalitis.

Por estos dos hechos ciertos y demostrados es por lo que nunca debe emplearse en la cura de los sifilíticos, en los primeros meses, el arsenobenzol más que en aquellos casos que se pretenda resolver una cuestión social y siempre teniendo mucho cuidado de saber bien lo que se hace. Estos casos de sífilis nerviosas, son una contraindicación formal del salvarsán.

Quedan pues muy restringidas las indicaciones del «606» que en realidad es un medicamento de recurso. De aquí es de donde nacen las prescripciones del medicamento.

Cuando en los enfermos de sífilis, las lesiones mucosas ó de la piel, permanecen indiferentes al tratamiento mercurial bien instituído, y continúan su evolución, es un recurso el empleo del arsenobenzol, obteniéndose resultados provechosos. Después debemos continuar la cura mercurial, consiguiendo mantener la curación de las lesiones, con la circunstancia favorable para el arsenobenzol, que si repitieran las manifestaciones, el mercurio bastaría ya por sí sólo para curarlas.

Este hecho, comprobado por mí y cuyas historias clínicas tengo ya publicadas, es muy digno de anotarse, por las ventajas que reporta á nuestros enfermos, ya quebrantados por un tratamiento interminable, durante el cual sus lesiones permanecen inmodificables, haciendo perder la esperanza, no ya de una curación, sino de simple mejoría. El «606» sirve para esto, bueno es decirlo, y presentar el hecho frente á las opiniones de sus detractores.

Otra de las indicaciones del «606» la encontramos en aquellas sífilis graves, de úlceras destructoras y perforantes, en las que la cura mercurial hay que confesarlo sinceramente, es una ilusión. Estos enfermos, sino fuera el arsenobenzol están condenados á muerte.

Y de este modo es como hay que considerar el valor terapéutico del «606». No es un agente medicamentoso que pueda sustituir al mercurio, ni tampoco un medicamento que deba de desaparecer en absoluto de la terapéutica de la avería.

Los que pretendan sostener lo primero cometerán una serie de imprudencias, algunas graves, que su obsesión desgraciada les dará validez para ser calificadas en cualquier sentido, y los que se mantengan en el segundo aspecto de la cuestión, se despojarán de un elemento de curación que alguna vez les daría resultados positivos.

Para nosotros el tratamiento de los enfermos de sífilis, queda reducido á las curas mercuriales con inyecciones de aceite gris, empleadas de un modo oportuno, y no sistemáticamente, llegando á mercurializar á los sifilíticos intensamente, pero sin provocar trastornos locales ó que afecten á su estado general, durante dos ó tres años, desde la aparición del chancro ó desde el momento en que se nos

presenten á la consulta sea cualquiera el período de la enfermedad en que se encuentren y respecto del arsenobenzol llenar con él las indicaciones que dejo apuntadas anteriormente.

No creo posible someter á reglas fijas y determinadas el tratamiento de los enfermos de sífilis, considerando como artificial la construcción de los métodos y reglas aconsejados en la curación de la avería. Por otro lado, existe mucho de sistemático en la aceptación y distribución en la cura, de los medicamentos, puesto que, limitándose exclusivamente á este punto del valor terapéutico del «606» yo aseguro, que en los primeros meses de una sífilis, no vale para nada que pueda ser superior á la cura mercurial por inyecciones de aceite gris, y siempre tendremos el temor de provocar un despertamiento ó la gravedad de los síntomas nerviosos, cuyo hecho es suficiente por sí sólo, para desterrarle en absoluto de esas combinaciones caprichosas, no me merecen otro concepto, con las curas mercuriales.

La única conclusión cierta y positiva del «606» que puede aceptarse concediéndole todo su valor terapéutico, es lo repito, considerar al arsenobenzol como un medicamento de recurso:

1.º En las sífilis, cuyas lesiones evolucionan indiferentes á las curas mercuriales por el aceite gris.

2.º En las casos de sífilis graves, que no den tiempo á la cura mercurial, pero siempre para continuar la cura con el mercurio, abandonando el «606» una vez conseguido el efecto buscado.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

Tesis de París, por A. Martingay. **Entero-colitis tóxicas, sobreagudas de la segunda infancia.** (*La Presse Médical*, 27 de noviembre de 1912).

El profesor Hutinel describió en 1899, con el nombre de *cólera seco*, una forma de entero-colitis extremadamente maligna. Los accidentes por él observados en varios niños eran tan graves y se parecían tan poco á los tipos de enteritis señalados en los tratados clásicos, que creyó útil reunirlos en un mismo grupo de hechos clínicos, adecuados para constituir una entidad morbosa definida.

El mismo año y después en 1909 en colaboración con Génévier, M. Méry relató dos casos análogos de enteritis crónica subaguda.

Habiendo tenido Martingay ocasión de observar un nuevo caso, ha creído que estos hechos merecían ser reunidos en un estudio, muy bien hecho, de este síndrome.

Las numerosas investigaciones que ha emprendido, le han llevado á sentar, ante todo, la conclusión de que la entero-colitis tóxica sobreaguda es una afección rara. Ataca á la segunda infancia, principalmente á los sujetos de procedencia neuro-artrítica pertenecientes á las clases acomodadas, en los que suelen encontrarse algunos antecedentes intestinales, sobre todo el estreñimiento habitual.

Los accidentes estallan muy bruscamente. Se caracterizan por vómitos incoercibles, estreñimiento pertinaz y toda una serie de síntomas nerviosos. La alteración de la cara es rápida, ostensible y profunda, tomando el aspecto de la de los coléricos. Estos accidentes se acompañan, pero no siempre, de eritemas variados y polimorfos.

La evolución es rápida, ya hacia la curación con convalecencia lenta, interrumpida por recidivas, ya hacia la muerte por colapso.

En el diagnóstico hay que cuidar de no confundir esta enfermedad con la apendicitis tóxica, la meningitis tuberculosa, los vómitos acetonémicos, la

insuficiencia hepática aguda; en algunos casos con los envenenamientos y la oclusión intestinal. Cuando existe una erupción cutánea, se la diferenciará de ciertas formas de fiebre eruptiva grave y de los síndromes malignos con eritemas que sobrevienen en el curso de ciertas infecciones, como la fiebre tifoidea, la escarlatina, la difteria, etc.

La autopsia, muy cuidadosa, que el autor ha podido hacer en su caso personal le ha demostrado la existencia de lesiones mínimas, que no guardan relación con la gravedad de los síntomas. El intestino era asiento de una enteritis folicular de mediana intensidad con reacción inflamatoria al nivel de los ganglios mesentéricos. Los demás órganos estaban sanos.

El pronóstico es siempre muy grave.

Desde el punto de vista patogénico, los antecedentes de los enfermos, los caracteres clínicos del síndrome, las lesiones observadas, demuestran el origen intestinal de estos fenómenos agudísimos, que parecen ser la expresión de un ataque brutal del organismo por una toxemia, cuya naturaleza no es posible precisar.

El tratamiento preventivo consiste en vigilar el estreñimiento y en evitar transgresiones de régimen. El curativo se basará esencialmente en la dieta hídrica y en los medios que aseguren la evacuación intestinal.

Del valor del sulfato de magnesia en terapéutica. Sus propiedades purgantes en inyecciones hipodérmicas, por P. Gaillard. (Thèse de Doctorat, 1912. Jouve, ed., París).

Esta tesis muy bien documentada, viene á ser una confirmación de los trabajos expuestos ante la Sociedad Médica de los Hospitales de París, por Robin y Saurdel, de los cuales tienen noticia los lectores de LA CLÍNICA CASTELLANA, por una nota aparecida en el mes de julio del presente año, en la que el doctor Durruti resumía dichos trabajos.

Como el asunto es de importancia creo útil para nuestros lectores el conocimiento de las siete siguientes conclusiones de esta monografía:

1.^a Además de su bien conocida acción purgante, se presta el sulfato de magnesia á cierto número de aplicaciones terapéuticas interesantes: ha sido utilizado en aplicaciones locales de una solución saturada, en la erisipela; en inyecciones intrarraquídeas, para calmar los espasmos tetánicos; en inyecciones intramusculares, en el reumatismo articular agudo; en inyecciones subcutáneas en la epilepsia y en el corea.

2.^a El sulfato de magnesia puede ser utilizado como purgante en inyecciones hipodérmicas, principalmente en ciertos casos en los que no puede utilizarse la bucal: intolerancia gástrica, disfagia, comas diversos, tétanos, meningitis, etc.

3.^a El autor se ha servido de una solución acuosa de sulfato de magnesia al 25 por 100, cuidadosamente esterilizada; inyectada bajo la piel á la dosis de medio ó un centímetro cúbico, determina evacuaciones en los dos tercios de casos, próximamente.

4.^a El efecto se manifiesta de siete á ocho horas después de la inyección.

5.^a Esta puede ser hecha en todas las regiones; sin embargo, el sitio de elección parece ser el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal.

6.^a Practicada la inyección con los habituales cuidados de asepsia, no determina dolor, ni inflamación local, y no da lugar á ninguna acción nociva que pueda contraindicarla.

7.^a El sulfato de magnesia, así empleado, ha parecido obrar, principalmente, excitando las fibras musculares del intestino y favoreciendo el derrame de la bilis.

Las verdaderas y las falsas dispepsias, por A. Cawadias. (*Paris Médical*, 23 de noviembre de 1912).

En este trabajo pretende su autor determinar claramente el síndrome gástrico *dispepsia*, y separarle de los falsos síndromes ó falsas gastropatías de Dejerine, de las dispepsias psicógenas de Strumpell.

Las verdaderas dispepsias.—Reina una gran confusión en las descripciones de las dispepsias propiamente dichas, es decir, de los trastornos funcionales de la digestión gástrica. Unos descomponen el síndrome en numerosos elementos, describiendo por separado la hiperclorhidria, la hipersecreción en ayunas ó síndrome de Reichmann, la hipersecreción digestiva ó síndrome de Boas, la hipoclorhidria, la apepsia, el espasmo del píloro, la atonía gástrica, la gastralgia, etc. Otros, como Robín, agrupan estos elementos. Siendo solidarias las funciones del estómago en estado normal, también deben serlo en estado patológico. Al hiperfuncionamiento motor, secretorio, sensitivo, corresponde la dispepsia hiperesténica, en la cual se encuentra la hiperclorhidria (á veces los síndromes de Reichmann y de Boas) el espasmo del píloro ó la hiperquinesia gástrica y fuertes dolores. La hipoclorhidria con atonía gástrica constituye la dispepsia hiposténica. Por último, la vieja dispepsia flatulenta—dispepsia de fermentaciones, de Robín—que frecuentemente se complica de aerofagia, constituye el tercer síndrome dispéptico.

Estas son las verdaderas dispepsias en las que por los métodos de exploración se encuentran alteraciones *reales* del estómago. El tratamiento *gástrico* (régimen, alcalinos, amargos, según el tipo de la dispepsia), es el principal agente de curación de estos estados, que no deben confundirse con la mal llamada *dispepsia nerviosa*, denominación impropia que presume de una patología no demostrada.

Las falsas dispepsias.—Síndrome distinto del precedente, y que en realidad no pertenece á la patología digestiva, sino á la psiquiatría.

Una emoción ó una serie de disgustos y contrariedades, son el fundamento de este síndrome que se desenvuelve en predispuestos nerviosos, en los asténicos.

Vagos trastornos digestivos, neuralgias intercostales ó cutáneas abdominales dirigen la atención del enfermo hacia su estómago, creyéndose atacado de una afección gástrica. El apetito es caprichoso, exagerado unas veces, disminuído otras. Aparecen el peso y el dolor epigástrico, que se presentan de un modo irregular en cuanto á su duración, intensidad y horas de aparición. Estos síntomas son acompañados de otras vagas y mal precisadas sensaciones, pero en medio de esta vaguedad y confusión se pueden hacer resaltar los caracteres siguientes; irregularidad en su forma y aparición; falta de relación con el régimen alimenticio; agravación por los disgustos y preocupaciones; desaparición por las distracciones y placeres; fuertes reacciones nerviosas (ahogos, sensaciones raras, pérdida de conocimiento, ansiedad, angustia, etc.)

La exploración del estómago demuestra la integridad del órgano, sin que revele otras alteraciones que variación irregular del quimismo gástrico, que por su inconstancia y poca intensidad carecen de significación.

Hay casos, sin embargo, en que estas alteraciones del quimismo son acentuadas y permanentes, en los cuales se trata probablemente de verdaderas dispepsias sintomáticas de una neurastenia.

En resumen, que las falsas dispepsias son síndromes psíquicos. Nacen por auto ó heterosugestión y pueden desaparecer después de una psicoterapia por persuasión. Tienen, pues, los caracteres que Babinski atribuye á los fenómenos pitiáticos ó histéricos, de donde el término de dispepsias pitiáticas ó histéricas con el que suelen designarse.

Una exploración detenida del funcionamiento gástrico, nos pondrá en la vía del diagnóstico, que no se afirmará en este sentido más que cuando se haya eliminado, por exclusión toda afección gástrica verdadera.

Al lado de los falsos gastrópatas y de los dispépsicos pitiáticos, se deben colocar los simuladores gástricos, que con un objeto determinado tratan de engañar á la familia y al médico.

Por lo que se refiere al pronóstico, no hay que olvidar que las falsas gastropatías están ligadas á un estado mental particular y que de él depende la evolución de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento, la dispepsia verdadera será tratada según los clásicos preceptos descritos en los tratados. La dispepsia psicógena se modificará con la psicoterapia persuasiva expuesta en las recientes obras de Thomas y Dejerine y Gauckler. Hay que esforzarse, ante todo, con estos enfermos en

reglar su alimentación, y sin llegar á las curas de sobrealimentación preconizadas por los médicos alemanes y americanos, convendrá alimentarles suficientemente.

G. CAMALEÑO

Síntomas precoces de los tumores del mediastino, por J. Lloyd-Roberts.

Este asunto interesante ha sido objeto de una comunicación del doctor J. Lloyd-Roberts, ante la *Liverpool Medical Institution*, basada en su reciente estudio de 36 casos. Los síntomas se fundan en la compresión de órganos inmediatos, de los cuales llama el autor singularmente la atención sobre la obstrucción venosa y de éstas sobre la gran vena ázygos. Cuando este vaso resulta más ó menos ocluido por compresión como en casos de pericarditis mediasténica, hay anasarca general con derrames de la pleura y del peritoneo, con orina normal en su composición. En estos casos el corazón late normalmente, el pulso es ordenado y regular sin soplo, produciéndose los síntomas por compresión sobre la cara superior y la aurícula derecha. Cuando la compresión de la vena ázygos, es alta, hay infiltración serosa en las paredes del vientre, lomos y miembros inferiores, sin que la ascitis sea proporcional. En la mayor parte de los casos la infiltración era bilateral y en algunos unilateral, cuando la compresión se ejerce por debajo de la novena vértebra dorsal, en que se juntan las venas de ambos lados. La dificultad respiratoria puede encontrarse aislada, pero es más frecuente en casos de obstrucción venosa, como ha demostrado el Dr. T. R. Glinn con casos de gran alteración del frémitus vocal.

La disnea de esfuerzo es síntoma frecuente, especialmente en casos de gomas independientemente de sus dimensiones.

La compresión de los troncos nerviosos, provoca la aparición de síntomas precoces, como la de los nervios intercostales, produciendo dolor en la espalda y costados. capaz de simular una pleuresia. La compresión del frénico en algunos casos ha producido dolor en el hombro por la comunicación con el nervio acromial superior. La compresión del simpático, produce desigualdad pupilar y la del pneumogástrico, parálisis laríngea, alteraciones en el pulso y ocasionalmente disfagia, vómito ó hipo.

Diferentes doctores que tomaron parte en el desenvolvimiento de este asunto hicieron resaltar los siguientes hechos:

El gran valor de las vibraciones vocales, alteradas en esta clase de tumores.

La paraplegia que puede ser el primer síntoma por invadir la neoplasia la columna vertebral.

La infrecuencia de síntomas generales y de caquexia en las neoplasias malignas de la raíz del pulmón. Que la parálisis de la cuerda vocal de un lado, puede no alterar el timbre de la voz, y que aquélla es más frecuente en el aneurisma aórtico, que en las neoformaciones mediastínicas. Los tumores malignos del esófago pueden determinar la parálisis laríngea bilateral como síntoma precoz.

M. ROMÓN

Nuevo tratamiento quirúrgico de la úlcera de estómago, por el Dr. D. Celestino Alvarez, Director-propietario del Sanatorio Quirúrgico de Oviedo. (*El Siglo Médico*, 2 de noviembre de 1912).

El distinguido cirujano ovetense, aventajado alumno que fué de esta Facultad de Medicina, ha publicado un notabilísimo trabajo sobre cirugía del aparato digestivo, el cual por las nuevas orientaciones que tiene, creemos está llamado á tener gran resonancia en la ciencia.

«*Antecedentes.*—En el año de 1897 fui llamado para visitar en Pravia una señora de cuarenta años, que padecía de un tumor situado sobre la columna vertebral y al nivel de las vértebras séptima, octava y novena; tenía el volumen de una naranja pequeña, de consistencia blanda, prominente y muy movable sobre su base. Además, sufría desde hacía treinta y ocho meses de gastralgias frecuentes, aunque poco abundantes, vómitos alimenticios, dolor epigástrico con irradiaciones posteriores é intolerancia para todo alimento, con exclusión de la leche.

Todos estos síntomas habían hecho pensar con fundamento á los médicos que la habían visto antes que yo, en el diagnóstico de una úlcera de estómago.

La operación del tumor fué practicada sin contratiempo, pero no sin antes advertir á la familia nuestros temores de que los vómitos clorofórmicos pudiesen aumentar las gastrorragias, comprometiendo seriamente á la enferma. Afortunadamente nada sucedió. Pero mi sorpresa fué grande cuando unos días después de la operación la enferma me comunica que sus grandes molestias gástricas habían desaparecido completamente, recobrando el estómago su tolerancia para toda clase de alimentos.

Cinco años después, la curación continuaba siendo perfecta.

Sorprendido por la curación rápida de la úlcera, pensé en la relación de causa á efecto, es decir, el papel que á la intervención quirúrgica hecha para la extirpación del tumor pudiera caberle en la curación del proceso ulceroso.

Para demostrar esta relación, me propuse repetir la intervención sobre otros enfermos ulcerosos; pero bien entendido, sin el tumor de la espalda que presentaba la enferma referida.

En 1899 se presenta á mi consulta otra enferma que desde hacía cinco años padecía dolor estomacal después de la ingestión de alimentos, vómitos, primero alimenticios y después sanguinolentos, pirosis, en una palabra, intolerancia gástrica para toda clase de alimentos. La persistencia de estos fenómenos llevaron á la enferma á un grado de desnutrición considerable, haciéndola sufrir repetidas lipotemias.

Para ejecutar mi proyecto necesitaba operar esta segunda enferma en un sitio análogo al que ocupaba el tumor extirpado á la primera, ó ir á bastante profundidad para dividir las ramas nerviosas de la región, á lo cual atribuía yo el resultado del primer caso.

Las consecuencias operatorias fueron benignas, y en cuanto á los resultados relativos á la afección gástrica, fueron los siguientes: Al cuarto día desaparecieron las gastrorragias comenzado la enferma á tolerar algunos alimentos (sopa, pescados, huevos, etc., etc.), los dolores epigástricos y los vómitos desaparecieron lentamente, siendo á los quince días normal el funcionamiento gástrico. Esta curación dura seis meses, al cabo de los cuales se reproducen los síntomas.

La historia de estos dos casos clínicos fué publicada con más detalles en *La Medecine Moderne*, de París, en mayo de 1903.

Con la publicación de este asunto en la revista antes citada, y las dos comunicaciones presentadas á la Real Academia de Medicina Española, hechas por el ilustre Dr. San Martín, de gloriosa memoria, quedó el asunto, la cuestión detenida, bien á pesar mío, más bien que por apatía ú olvido, por escasez de material clínico.

En los comienzos del año actual, me proponía hacer algunos experimentos en perros, por consejo del sabio profesor de Fisiología de Madrid, Dr. Gómez Ocaña, de quien seré eterno deudor, por sus consejos.

Mi objeto en los experimentos era intervenir en los nervios intercostales, cerca de los agujeros de conjunción, para ver qué modificaciones pudieran sobrevenir en el quimismo estomacal. Con tal motivo dicho profesor me envió para coadyuvar á estos trabajos, á su interno D. Estanislao del Campo.

Mis trabajos en este sentido fueron malogrados á causa de una afección contagiosa, que se desarrolló entre los animales, obligándonos á sacrificarlos.

Otras ocho observaciones, estudiadas con todo detenimiento, y acompañadas del resultado del análisis del jugo gástrico, antes y después de la intervención correspondiente, le sirven al autor para las deducciones siguientes:

«Una rápida ojeada sobre las anteriores observaciones nos demuestra la eficacia del tratamiento. Los enfermos sin excepción mejoran de tal manera que al poco tiempo no sufren trastorno digestivo alguno, notándose, sin embargo, algunas diferencias en la rapidez y franqueza en la mejoría. Sin entrar por ahora en detalles sobre clasificaciones y teorías patogénicas del

ulcus que pudieran tener alguna aplicación para explicar estas diferencias, dejaremos sentado nuestro parecer de que, como es lógico, la curación es tanto más tardía cuanto más crónica sea la afección y más avanzadas las lesiones anatómicas (Observaciones IV y VIII). Otra ojeada sobre el resultado de los análisis del jugo gástrico antes y después de la intervención nos pone de manifiesto que las modificaciones del quimismo estomacal no siguen paralelas á la desaparición de los síntomas; es decir, que en la mayoría de los casos hay disparidad entre el Laboratorio y la Clínica. De aquí surgen dos cuestiones:

1.^a ¿Cómo explicarse la curación, clínicamente hablando, de los casos en que persiste la hiperclorhidria é hiperacidez?

2.^a ¿Por qué en unos casos hay tan notable modificación en el quimismo y en otros no?

Sin la pretensión de dar contestaciones definitivas sobre estos hechos, un tanto paradójicos, intentaremos, no obstante, interpretarlos lo más lógicamente posible.

Sabemos que el estómago normalmente no segrega jugo gástrico más que en los períodos de la digestión, y que en estado de vacuidad sólo contiene moco. Pero en los ulcerosos en la inmensa mayoría de los casos hay hiperclorhidria, hay síndrome de Reichman. La fisiología nos dice á su vez que la secreción normal empieza siendo psíquica y dependiente de un modo principal de la inervación del neumogástrico, y que secundariamente hay otra secreción refleja determinada por las excitaciones que los alimentos producen sobre los plexos submucosos de Meissner. Esta es escasa, tardía y poco ácida. Pero como nos decía el distinguido profesor auxiliar de Fisiología de Madrid Dr. Medina, «el fenómeno cambia en caso de úlcera gástrica, en que la secreción refleja es abundante y muy ácida, y es la que, haciendo irrupción tardíamente en el estómago, que ya casi está vacío, excita más y más la mucosa duodenal, causa de que espasmódicamente se cierre el píloro, y esto á su vez del dolor tardío de los ulcerosos. El ácido al seguir retenido en el estómago determina ó sostiene la autodigestión, y ejerce su acción hiperexcitadora sobre los plexos de Meissner, provocando así nueva secreción refleja, que agrava la situación del ulceroso, hasta que el vómito se encarga de aliviar al enfermo».

Esta secreción refleja, secundaria, dependiente de la inervación del simpático, es probablemente la que se modifica ó suprime por el acto operatorio, ya que con la elongación de los pares intercostales producimos una conmoción más ó menos intensa sobre el gran simpático. Modificada esta secreción ó suprimida fuera del acto digestivo, puede continuar la acidez exagerada durante aquel acto fisiológico sin que el estómago proteste, porque encuentra líquidos con quien mezclarse y diluirse, y proteínas con quien combinarse

y cumplir su cometido. En una palabra, y como decía el jefe de clínica del Sanatorio, Sr. Fernández-Getino, al notar ya en el primer caso la disparidad de que hacemos mención: «es que la secreción de continua que era se hace »intermitente, quedando sólo la producida durante el acto digestivo».

Para comprobar en cierto modo esta hipótesis propuso dicho compañero que se hiciese un rápido lavado de estómago en estado de vacuidad, antes y después de la intervención y analizar el líquido del lavado. El objeto era ver si dicho líquido contenía CIH antes de operar y después no.

En los primeros casos no se pudo hacer más que la mitad de la prueba, puesto que ya estaban operados; el análisis del líquido resultante del lavado no acusó ácido clorhídrico.

En los dos últimos casos se hizo la prueba completa y el líquido del lavado preoperatorio dió una marcada acidez con presencia de CIH. En el último caso la hiperclorhidria en estado de vacuidad era tal que, pasados rápidamente por el estómago 300 c. c. de agua y analizado el líquido del lavado, acusó una cantidad de ácido clorhídrico igual á la cifra normal en estado de digestión.

Este enfermo sigue en observación y aún no le hemos hecho el segundo lavado. En el otro no se encontró ácido clorhídrico en el segundo lavado, ó post-operatorio.

Es muy probable, pues, que la hipótesis se confirme, á juzgar por estos resultados.

Los análisis se multiplicarán á medida que vayan aumentando los casos, y entonces, con más datos ya, podremos hacer juicios más seguros.

Para contestar á la segunda cuestión tampoco tenemos datos firmes en que apoyarnos. Desde luego hay diferencias entre el grupo en que la elongación se hizo de los pares 6.º, 7.º y 8.º y el de 5.º, 6.º y 7.º con ó sin resección del 5.º á favor de este último grupo; pero si nos fijamos bien en los antecedentes de los enfermos, vemos que de uno ú otro modo no hay modificación apenas del quimismo gástrico en aquellos en que la lesión es crónica, en alcohólicos habituales, con dilataciones de estómago más ó menos acentuadas, es decir, en los que es de suponer un proceso de gastritis crónica, acaso con hiperplasias é hipertrofias glandulares, que puestas en función forzosamente segregarán más jugo, más elementos ácidos que aquellos en que no se den tales alteraciones anatómicas y el trastorno sea puramente funcional.

Las estadísticas, con el tiempo, se encargarán de confirmar ó desechar esta explicación.

Claro está que cuando las lesiones anatómicas sean muy notables, tanto por las alteraciones estenósicas de los elementos glandulares y motores del órgano, como por las cicatrices que produzcan estenosis acentuadas del píloro, la operación de que tratamos nada podrá contra estas lesiones, y en tales

casos no estará indicada. En las estenosis será un punto importante del diagnóstico el distinguir las orgánicas de las espasmódicas aunque éstas vayan acompañadas de las primeras, pero en pequeño grado.

La intervención, modificando la secreción refleja ó suprimiéndola en estado de vacuidad del estómago, suprimirá la causa del espasmo y cesarán los dependientes de este fenómeno, si la parte orgánica de la estenosis permite un vaciamiento regular del estómago. Por el contrario, cuando por estrechez orgánica no pueda vaciarse, la excitación producida por el éxtasis sobre la mucosa contrarrestará la acción inhibitoria de la intervención y el enfermo no conseguirá beneficio alguno á no ser por la clásica gastro-enterostomía, que en tales casos seguirá salvando la situación.

Como se ve por lo expuesto, la estadística, aunque poco numerosa, es, sin embargo, harto demostrativa para no atribuir la curación á casualidad ó coincidencia de mejorías espontáneas; las historias de los enfermos hasta el momento de la operación y la constante mejoría de todos después de la misma, confirman claramente la eficacia del tratamiento.

¿Persistirá la curación? He aquí el gran problema. Los primeros casos datan ya de hace más de seis meses, sin que hasta la fecha hayan sufrido contratiempo alguno, pues con frecuencia recibimos noticias de ellos y éstas son satisfactorias. Los últimos son de fecha tan próxima que nada podemos decir. El tiempo, único maestro, dirá la última palabra sobre este importantísimo punto.

Para conseguir la curación por este procedimiento ¿bastaría la elongación de dos pares, de uno ó acaso de un solo lado? Nosotros, como hemos empezado con tres y los resultados han sido tan brillantes, continuamos igual en todos —salvo el cambio de par de que hemos hecho mérito,—por temor á no obtener éxito limitando más la intervención.

Por no alargar demasiado este artículo—que ya resulta extenso por demás,—no exponemos los resultados obtenidos en algunos casos de hiperclorhidria, los cuales serán objeto de estudio en nuevo trabajo por uno de nuestros compañeros, á la par que se hagan más completos los estudios del asunto que motiva éste.

Réstame, para terminar, hacer patente mi agradecimiento á mis compañeros de sanatorio doctores López-Fanjul y Fernández-Getino, por su valiosa y entusiasta cooperación, así como á la Diputación provincial de Oviedo, que noticiosa de mis trabajos, puso á mi disposición dos salas del Hospital provincial para operar los ulcerosos pobres que ingresaron en este establecimiento benéfico.

E. DURRUTI

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

El parto en 238 menores de 12 á 16 años, por el Dr. Josué A. Beruti. (*Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina*, septiembre, 1912).

El autor hace un interesante estudio con la base de 238 partos ocurridos en la Maternidad P. A. Pardo de Buenos Aires, en un período de 15 años, de cuyo análisis deduce las siguientes conclusiones:

I. La precocidad concepcional es muy frecuente en algunas maternidades de Buenos Aires.

II. Esta precocidad está determinada por la concurrencia simultánea de dos momentos, que á veces no coinciden en otros países: la pubertad y la vida genital.

III. La frecuencia con que ocurre el parto en las menores de 13 á 16 años sigue aproximadamente una progresión aritmética.

IV. La época de la aparición menstrual no difiere en estas jóvenes, de la establecida para nuestra latitud.

V. En las menores de 12 á 16 años, tanto la preñez como el parto y el puerperio, evolucionan en condiciones excepcionalmente favorables. Porque:

a) Los trastornos y complicaciones del embarazo son raros.

b) Ni la placenta previa, ni la eclampsia aparecen con frecuencia mayor á la habitual.

c) Las estrecheces pélvicas no existen y si existen son insignificantes, resultando neutralizadas por la mayor dilatabilidad del canal óseo.

d) Las presentaciones estrictamente fisiológicas sobrepasan la normal.

e) El trabajo de parto es excelente y su duración total resulta más corta que el de las primíparas mayores.

f) Los alumbramientos son perfectamente normales y regulares.

g) La evolución puerperal es eximia.

h) La lactancia natural materna es suficiente en las 2 primeras semanas del puerperio.

VI. La mortalidad y morbilidad materna general y puerperal es inferior á la normal.

VII. Estas menores están menos expuestas á lesiones útero-vagino-perineales que las primíparas de más años.

VIII. El número de partos operatoriamente terminados es más bajo que el común. La mortalidad fetal es muy reducida.

IX. El niño es algo más pequeño que el normal, pero su inmejorable desarrollo ulterior no es alterado.

X. Hay una ligera desproporción de peso feto-placentario.

XI. La proporción sexual está en favor de los varones.

XII. Por todas las razones aducidas y teniendo en cuenta que en estas menores el embarazo y el puerperio, lejos de ser desfavorables, son estados más favorables aún que en mujeres de mayor edad, considero que se puede hablar de una verdadera *nubilidad precoz*, desde que las funciones de la reproducción, no obstante la temprana edad de 12 á 16 años, tienen lugar sin la menor dificultad ó incidencia, como á los 18 ó 20 años, que al decir de los autores, constituye la edad fisiológica y sin accidentes de la maternidad.

El organismo puberal de estas menores, cuyo desarrollo generativo está en plena actividad, al sufrir el poderoso impulso de una fecundación, pasa de golpe á ese estado de aptitud ó madurez concepcional que yo denomino *nubilidad precoz*, ya que ésta, como lo demuestra el presente estudio, en nada difiere de la nubilidad tempestiva.

Joulin dice «que los órganos de la generación son solidarios; y desde que la concepción es posible, el desarrollo del útero es bastante perfecto para que la gestación no sea perturbada». Y un fenómeno fisiológico muy conocido es la rapidez asombrosa con que se suelen desarrollar en la púber los órganos de la generación. Si á esto se añade la facilidad ó inocuidad con que evolucionan el parto y el puerperio, desprenderáse de todo lo dicho, que el pronóstico de ambos procesos después de los 18 años no es mejor que antes de los 16.

Un caso extraordinario de embarazo doble, por el Dr. Salvador Preciat. (*La Escuela de Medicina*, Méjico 15 de septiembre de 1912).

El autor refiere el siguiente caso, que por lo curioso transcribo íntegro:

«Una mañana fui llamado para atender á la señora X que estaba con una hemorragia abundante al través de los órganos genitales. Los datos que obtuve por el interrogatorio, fueron los siguientes: Hacía 15 días había sufrido un dolor en la región hipogástrica, fijo, sin irradiaciones, y que no podía comparar á nada de lo que antes hubiera experimentado. A los tres días de haberle principiado, y con motivo de haber levantado á uno de sus niños, sintió húmedos sus órganos genitales externos, y, al observar sus ropas, vió con sorpresa que era una hemorragia; por lo que se vió obligada, de *motu proprio*, á ponerse en reposo y á tomar unas gotas de hidrastis canadensis; que en otras ocasiones le habían dado resultado, pues en el lugar en que se encontraba no había médico, y para que acudiera á atenderla se necesitaba que transcurrieran doce horas por lo menos.

Como continuara dicha hemorragia, se consultó al médico más cercano al efecto de si podría ser trasladada la enferma á esta ciudad, sin peligro alguno,

pero se le aconsejó que no lo hicieran hasta que desapareciera la hemorragia, y que continuara con las gotas supradichas, por creerlo necesario así; pero la enferma, temerosa de que continuara con mayores proporciones la efusión sanguínea, como en alguna otra ocasión había sucedido, tuvo que fingirse buena para poder ser traída aquí, lo que se verificó, en automóvil, con algunas precauciones, debido á su estado de debilidad.

Al llegar á ésta, la paciente aumentó la dosis del medicamento usado y logró que la sangre desapareciera, volviendo, sin embargo, al dejar aquel, y por dicha causa fué llamado para atenderla. Me refirió que hace 4 y 3 años, respectivamente, había padecido hemorragias semejantes, en las que su vida había corrido serio peligro, y durante las cuales había perdido un feto: en el primer caso de 5 meses, y en el segundo de 2 meses. En la última ocasión quedó sufriendo de metrorragias frecuentes, y, notando que el vientre se la abultaba de un modo extraordinario aunque no exagerado, se resolvió á consultar á un médico, quien opinó que se trataba de un tumor en la matriz, y que necesitaba sujetarse á una operación quirúrgica; pero como tal determinación no le agradara, consultó con otro médico que opinó que estaba embarazada, y que las hemorragias eran debidas á una desgarradura del cuello de la matriz. Habiendo quedado sujeta al tratamiento adecuado, cedieron dichas hemorragias, y el embarazo siguió su curso normal, habiendo dado á luz la señora X una niña á término.

Un año cinco meses después de su parto, cuando suspendió la lactancia á su hijita, volvió la enferma á tener sus reglas con toda regularidad, durando éstas cinco días más ó menos, dos veces, suspendiéndosele de nuevo á causa de otro embarazo, según los síntomas que tenía y que le eran bien conocidos. A los dos meses después de esta nueva suspensión de período, fué cuando aparecieron el dolor en el hipogastrio y la hemorragia de que hablé al principio de esta relación.

Al continuar mi exploración me encontré con un abultamiento en el epigastrio, ovoide, de 10 centímetros en su mayor diámetro, inclinado hacia la derecha y doloroso á la palpación. La vagina estaba llena de coágulos sanguíneos y el cuello de la matriz entreabierto, dejando pasar la yema del dedo índice, y dejando ver por allí el escurrimiento de sangre, que me obligó á poner un taponamiento para impedir que se debilitara más la enferma; pues el aborto, del que yo creía que se trataba, era inevitable.

Al día siguiente quité el tapón é hice un lavado con agua hervida, como en la víspera, después del cual me dijo la enferma haber sentido un dolor más fuerte y arrojado algo, que, examinado, resultó ser un gran coágulo. En el cuello uterino estaba detenido un cuerpo extraño que extraje sin dificultad, y el cual no era otra cosa que el huevo fecundado con su placenta respectiva, y de dos meses próximamente. Debo advertir que al principio de mi tratamiento

administré unas cucharadas con extracto fluido de *viburnum prunifolium* y láudano de Sydenham, que supendí al observar el producto arrojado.

Después de la expulsión del feto los dolores disminuyeron notablemente, y la sangre se redujo á una pequeña cantidad. A la palpación, el tumor que antes se observara, había disminuído como 3 ó 4 centímetros, y no era ya dolorosa la región aun á una presión marcada, por lo que se notó desde luego un alivio manifiesto. La enferma continuó sujeta á mi tratamiento y consejos encaminados á su pronto restablecimiento, que logramos á los 12 días, en que abandonó la cama y sin poder dedicarse á sus habituales quehaceres, para evitar alguna recaída, pues la matriz continuaba con las dimensiones anotadas, sin sufrir la involución correspondiente.

A los 15 días del susodicho aborto, y á los tres de haberse levantado la paciente, creí que ya no sería necesaria mi asistencia médica, porque no presentaba ninguno de los síntomas de antes y que ella misma se sentía bien. A las dos horas de haberme separado de la casa, en esta mi última visita, la enferma sintió de nuevo un dolor intenso y volvió su hemorragia de manera considerable, por lo que fuí llamado violentamente; pero como no acudiera por no haberseme dado el recado, fué llamado un médico que casualmente pasaba por la casa, y que fué el mismo que la atendió cuando la desgarradura del cuello de la matriz, y por lo que, sin previo examen y atendiendo al conocimiento de la enferma y que yo no me presentaba, recetó la preparación *Ergotole*, esperando tener una junta conmigo para determinar lo más conveniente.

Por fin, juntos vimos y reconocimos á la enferma, y, en vista de los resultados de nuestro reconocimiento, propusimos un raspado, porque sólo por retención de algunos restos del producto arrojado podían repetirse las hemorragias y estar el cuello abierto de manera notable. Habiendo mostrado el producto al Dr. Z, ratificó nuestro diagnóstico y el tratamiento propuesto. La operación fué acordada para el día siguiente; pero como amaneciera yo enfermo y no pude asistir á ella, se vió obligado él á hacerla por sí solo, sin anestesia alguna, por temor de la enferma al cloroformo. El aludido doctor me refirió los detalles de la operación practicada y díjome haber extraído restos de las membranas y de coágulos en estado de putrefacción, algo adherentes y de un olor nauseabundo.

La enferma siguió después muy débil pero sin molestias, ya sin dolor, y sin hemorragias. Mas, al tercer día sintió un ligero escurrimiento y un dolor intenso, y, sin esperar más, ni observarse, pero asustada por tanto contratiempo, llamó al médico que la operó. Este extrajo un gran coágulo, y al colocar el espejo vaginal se le abocó al extremo interno un cuerpo extraño retenido en el cuello de la matriz, y... ¡oh sorpresa!... se trataba de un nuevo feto, muy bien formado, del sexo masculino, como de 15 centímetros de extensión, habiendo sido arrojada luego la placenta correspondiente. Después de

haber expulsado ese feto de 4 meses (?), quedó la enferma sin molestia alguna, ya bien, sin hemorragia, y sin que le volviera el dolor.

De la historia que con los mayores pormenores me ha sido posible recoger y, que he relatado, deduje lo siguiente:

Primero: Se trató de un embarazo doble de épocas ó fechas distintas y terminados en abortos en distintas épocas.

Segundo: El raspado á que se sujetó á la señora, no se verificó de una manera completa, pues de haberlo sido, el aborto habría sido provocado por el médico mismo en el momento de la operación, por lo que dicho raspado se redujo tal vez al cuello de la matriz.

Algunas consideraciones sobre las hemorragias del alumbramiento, por el Dr. Francisco Botín. (*Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*, noviembre 1912).

Comienza el autor diciendo que se propone sólo llamar la atención de médicos no especialistas y comadronas, sobre las hemorragias cuya génesis es debida á mala asistencia en el período del alumbramiento, por querer precipitar, sin indicación alguna, este tiempo del parto con maniobras intempestivas sobre el útero ó anexos fetales, maniobras que considera son las culpables de la inmensa mayoría de las hemorragias post-partum.

Para cohibir estas hemorragias, cuando la placenta permanece aún en el útero, se ve obligado el médico, en algunos casos, á introducir la mano en la matriz y practicar el alumbramiento artificial. Reconoce á esta intervención como una de las más graves en Obstetricia y en ocasiones muy difícil de practicar, existiendo ocasiones, cuando la adherencia patológica entre la placenta y la pared utérica es muy íntima, en que tocólogos muy experimentados se vieron obligados á extraer la placenta casi cotiledón por cotiledón.

Aun en condiciones favorables, añade, cuando no hay adherencia patológica de la placenta y ésta se deja desprender con facilidad, la pérdida de sangre durante la maniobra es de consideración: y como al recurrir á ella casi siempre la recién parida está debilitada por hemorragia anterior, sumadas ambas pueden causar y han causado en ocasiones la muerte de la mujer.

Otro peligro de esta intervención son las infecciones, más funestas y más graves en estos casos.

Dice, que algunos médicos, muchas comadronas y muchísimas mujeres tienen la idea de que la expulsión de las secundinas ha de seguir con corto intervalo á la salida del feto y que si transcurre media hora sin tener lugar el alumbramiento, consideran indicación de intervenir el hecho de no salir la placenta, aunque no haya hemorragia ni ninguna otra complicación. Cuando

por este injustificado motivo se interviene y sobre todo cuanto menos tiempo haya pasado de la expulsión fetal, es cuando son más frecuentes y copiosas las hemorragias, porque inmediatamente después del parto la matriz tiene un período de tiempo de reposo fisiológico, que suele durar de diez á veinte minutos, pero que puede ser más largo, y que hay que respetar; durante este tiempo el útero no se contrae, y si con cualquier maniobra se produce un desprendimiento parcial placentario, como no se verifica la retracción gradual de la musculatura uterina al compás del desprendimiento, como cuando éste es normal, los vasos útero-placentarios quedan abiertos y la hemorragia es la consecuencia.

Es muy general la práctica de friccionar la matriz á través de la pared abdominal, y de hacer tracciones del cordón umbilical cuando, pasados por ejemplo veinte ó treinta minutos de la expulsión fetal, las secundinas no son expulsadas; y aunque, á decir verdad, el tirar del cordón va siendo por fortuna cada vez menos frecuente, en cambio con el amasamiento no sucede así; y si al principio se amasa con suavidad, se va haciendo con más violencia y más profundamente á medida que pasa el tiempo y la placenta no sale. Estos masages dan lugar á desprendimientos parciales, las delgadas paredes de los vasos útero-placentarios se desgarran, la matriz no se contrae, ó lo hace incompletamente, y sobreviene una primera hemorragia más ó menos abundante, y que para cohibirla obliga á nuevo amasamiento; éste produce con mucha frecuencia la salida del coágulo retroplacentario que, empujado por la mano que amasa, escapa por el lado donde la placenta está desprendida, coágulo que es necesario para que el alumbramiento se verifique normalmente, pues ya sabemos por qué mecanismo se desprende fisiológicamente la placenta las más de las veces.

Desde el momento que ha tenido lugar lo que acabo de referir, ya terminó lo fisiológico, y, aunque no siempre haya complicaciones ni hemorragias de consideración, el alumbramiento ya es anómalo y las pérdidas son desde luego mayores que las que observamos de ordinario, cuando todo se verifica por sí solo y sin violencias ni apresuramientos por parte de quien asiste al parto.

A pesar de estos avisos desagradables que hemos relatado, y suponiendo que la hemorragia cese, si la expulsión de las secundinas todavía se retrasa, vuelve á amasarse, y entonces, con más facilidad que anteriormente, se repite la hemorragia. Esta vez se recurre ya á procedimientos más enérgicos, y se practica la maniobra de Credé, que es muy útil cuando está indicada, pero que cuando la placenta permanece adherida al útero en gran parte aún, no suele dar resultado y si aumentar la hemorragia; nuevo amasamiento, más sangre, y ya está planteado el conflicto, y la introducción de la mano en la cavidad uterina puede ser necesaria y sin vacilaciones, provocado todo por un primer

masaje sin indicación ninguna. Estos proceder son también los causantes á veces de la formación del anillo de contracción y desgarros en el tejido placentario ó en las membranas, con las consecuencias consiguientes.

Hay también la creencia de que apenas nacido el feto, el útero ha de estar constantemente contraído, sin tener en cuenta que la contracción permanente y definitiva sólo debe verificarse después de terminado el alumbramiento, pues mientras la placenta esté efectuando su desprendimiento, la matriz se contraerá lo mismo que durante el trabajo, rítmica y regularmente, de tiempo en tiempo, y el empeñarse en que esté constantemente contraída por medio del masaje, dará lugar á hemorragias por los mecanismos dichos anteriormente.

De lo dicho puede sacarse otra consecuencia, y es que el 95 por 100 de las hemorragias en el período del alumbramiento, son debidas á estas manipulaciones intempestivas. ¿Cómo se comprende si no, que los que tienen por norma (y entre ellos me cuento) no alterar con maniobra alguna la marcha del alumbramiento y prescindir, siguiendo el consejo de eminentes tocólogos, del factor tiempo cuando nada obliga á intervenir, pasamos años sin ver una hemorragia de consideración y sin tener que practicar un alumbramiento artificial por maniobras internas?

Para evitar todas las graves complicaciones que enumeradas quedan, es necesario limitarse á ser sólo espectador en el período del alumbramiento, atento siempre á lo que pueda sobrevenir; pero mientras no haya indicación, no interrumpir ni siquiera con pequeñas maniobras, que siempre son peligrosas, la marcha natural de este período, sin preocuparse porque su terminación se retrase más de lo corriente en algunos casos, pues puedo asegurar que más exágit y más fisiológicamente posa todo cuando la expulsión de las secundinas se retarda que no cuando se precipita.

Respetar siempre el descanso fisiológico en que entra la matriz después del parto fetal, ¿Qué, pasado este momento, el útero empieza á contraerse regularmente de tiempo en tiempo? Paciencia y esperar, que aunque hay casos en que pasan dos y tres horas, la expulsión es normal y espontánea.

A cada contracción del útero ha de seguir naturalmente una relajación; pero en tanto no acompañen á ésta síntomas que indiquen una hemorragia, la relajación es fisiológica y necesaria, como antes dije, y no hay motivo para no respetarla.

Si transcurrieran tres cuartos de hora ó una hora, por ejemplo, del parto, y las secundinas no se desprendiesen por falta de contracciones uterinas, entonces se fricciona ligeramente, y sólo lo necesario para lograr una contracción, repitiendo la misma maniobra de cuando en cuando, si aquélla sigue faltando.

Yo, en el caso que más he tenido que esperar, han sido cuatro horas y media, verificándose perfectamente el alumbramiento, y raro será que tarde

más de este tiempo en desprenderse la placenta. Generalmente, en esos casos de retención de seis, ocho y más horas, está ya desprendida, encontrándose en cualquier punto del tramo útero-vaginal, donde queda detenida por no saber apreciar las signos físicos que lo indican. Para extraer estas placentas no hay necesidad de meter la mano para nada, siendo en estos casos cuando el Credé produce efectos teatrales.

Alumbramientos que han durado de una á dos horas he asistido con más frecuencia, y cuando los partos han sido laboriosos, y la recién parida, generalmente primeriza, rendida por lo largo del trabajo, pedía descanso, la he dejado dormir, bajo mi vigilancia directa, bien cubierta su vulva con grandes compresas esterilizadas que envuelven á la vez el cordón umbilical, y generalmente, después de un sueño reparador (que en dos casos que recuerde duró tres horas), al despertar, la placenta estaba suelta en el útero, y con sólo un esfuerzo de empujar, hecho por la mujer, tuvo lugar la expulsión, sin la más pequeña complicación.

Asistiendo al alumbramiento de este modo, que es la conducta más aconsejada, serán contadas las complicaciones que tengamos y, por lo tanto, los motivos de intervenir, porque la adherencia patológica de la placenta es muy rara, y casi todas las veces que se interviene es por hemorragia ó por no conceder á la expulsión placentaria más de una ó dos horas á lo más de espera. Haciendo, pues, lo que acabo de indicar y prescindiendo del tiempo hasta pasadas por lo menos cuatro horas, disminuirán de un modo asombroso las graves metrorragias del alumbramiento, y el desprendimiento placentario por maniobras internas sólo estará indicado una vez en cada 300 partos aproximadamente. Esto es lo que se desprende de estadísticas numerosas: Liepmann, tres veces en 1.000 partos; Gutiérrez, la misma proporción.

Finalmente, y aunque sea repetir algunos conceptos expuestos en el curso de este trabajo, estableceremos, á modo de conclusiones, las siguientes:

Que el alumbramiento artificial por maniobras internas, tal como dejamos aclarado en lo que ha de consistir esta intervención, es de mucha gravedad, y el tocólogo evitará el practicarlo, siempre que sea posible y que el estado de la mujer no exija una maniobra rápida.

Que la mayoría de las veces que se introduce la mano en la cavidad de la matriz para extraer una placenta, es innecesario.

Que para practicar la operación que en la primera conclusión se expresa, se debe extremar la asepsia, sin olvidar el más pequeño detalle, y excepcionalmente se acudirá á procedimientos rápidos para aseptizarse lo mejor que se pueda, cuando el peligro en que se encuentre la enferma sea tan eminente que no dé lugar á espera.

Y, por último, que el 95 por 100 de las hemorragias en el período del alumbramiento, son causadas por la conducta de la persona que asiste al parto.

Vómitos incoercibles del embarazo, por Ingraham. (*Journ. of the Am. med. ass.*, 6, enero, 1912 y *Arch. mens. d'Obstétrique et de Gynéc.*, noviembre, 1912).

Con motivo de un caso de vómitos incoercibles, el autor hace una especie de revista general del asunto.

Después de una rápida historia, analiza los tres tipos de estos vómitos: reflejo, nervioso y tóxico; y expone las diversas teorías etiológicas emitidas. Insiste bastante en las modificaciones, trastornos urinarios, y cambios azoados, y deduce conclusiones para las indicaciones en el embarazo, insistiendo sobre la prueba de la glucosuria alimenticia.

Estudia las relaciones de estos vómitos con la atrofia amarilla del hígado y emite las siguientes conclusiones.

Los vómitos incoercibles son generalmente el resultado de una autointoxicación, en la cual las glándulas tiroides, paratiroides y suprarrenales juegan un capital papel.

Son de importancia el examen de la eliminación urinaria y especialmente la prueba de la glucosuria, que permitirá fijar la indicación operatoria.

Cuando se practique la interrupción del embarazo, la anestesia clorofórmica está contraindicada á causa de las lesiones hepáticas.

Debe ensayarse siempre una terapéutica opoterápica (tiroides, adrenalina, etc.).

Una manifestación poco común de autointoxicación gravídica, por el Dr. Juan A. Gabastou. (*Revista de la Sociedad Médica Argentina*, julio y agosto, 1912).

El autor cita el caso de una enferma de 26 años de edad, que, casada á principios del mes de diciembre próximo pasado y habiendo sido siempre perfectamente reglada, se suspende la menstruación á partir del 9 de enero, fecha en que la ve por última vez. A los quince días de su amenorrea comienza á vomitar, al principio matinalmente, para hacerlo después á continuación de las comidas, y al cabo de poco tiempo vomita todo lo que ingiere razón por la cual ingresa en un hospital, donde la someten á un tratamiento á base de inyecciones de suero artificial y alimenticias, según la enferma. A pesar del tratamiento, persisten los vómitos con su carácter de incoercibilidad absoluta, desnutriendo y postrando rápidamente á la enferma. En ese estado continúa hasta dos meses y medio ó tres de su amenorrea, cuando súbitamente y sin poder atribuirlo á la influencia de algún agente terapéutico, deja de vomitar y comienza á tolerar en su estómago toda clase de alimentación. Conjuntamente

con la cesación de sus vómitos, refiere la enferma, sin precisar exactamente la fecha, que sus pechos se hicieron dolorosos, aumentaron de volumen y comenzó una secreción al principio lactescente, para hacerse francamente láctea en seguida.

Dada de alta en esas condiciones continúa la asistencia en su domicilio particular, en el cual á pesar de alimentarse intensamente, no solamente no consigue reponer su estado general, sino que nota que sus brazos y piernas comienzan á atrofiarse y que la marcha se hace dificultosa al principio, por debilidad de sus miembros, inferiores hasta imposibilitarla, al cabo de poco tiempo, hasta para ponerse de pie. Conjuntamente aparecen dolores que localiza especialmente en el trayecto de sus nervios ciáticos, por su mayor intensidad y nota que sus pies se hinchan. En ese estado ingresa en la sala II del Hospital San Roque, de donde es remitida á la clínica obstétrica, debido á su estado de embarazo.

Examinada, se observa á la enferma en posición decúbito lateral, con los miembros inferiores flexionados fuertemente, la pierna sobre el muslo y este último hacia el vientre, llamando desde luego la atención el estado de desnutrición á que ha llegado habiendo desaparecido todo su panículo adiposo, y de los músculos, considerablemente atrofiados, sólo hacen relieve los bordes de sus envolturas aponeuróticas y sus inserciones tendinosas. Por lo demás es una mujer regularmente constituida, con su esqueleto delgado pero bien desarrollado, sin estigmas de raquitismo, ni desviaciones de la columna vertebral, no hay ganglios visibles ni palpables; se comprueba un ligero edema en los miembros inferiores, en la región maleolar.

La motilidad para la marcha se encuentra completamente abolida, solamente es posible hacer efectuar á la enferma un ligero movimiento de extensión, para el cual debe ayudarse con sus manos, volviendo, no bien deja sus piernas en libertad, á su primitiva posición de flexión. El reflejo patelar se encuentra totalmente abolido. No hay signo de Babinski.

A la palpación se encuentra doloroso el trayecto de los nervios en sus sitios de elección (puntos dolorosos de Valleix). Hay igualmente doble signo de Lasegue y de Bonnet como manifestación de ciática doble. No hay term-anestesia y la sensibilidad táctil y el dolor se encuentran conservados, aunque algo disminuídos.

Los miembros superiores se observan igualmente muy atrofiados, especialmente en las manos, las que pueden entrar en la categoría de las «manos de mono», por la atrofia de los músculos interóseos y la desaparición de las eminencias tenar é hipotenar. Hay igualmente puntos dolorosos en el trayecto de los gruesos troncos nerviosos aunque no tan intensos como en los miembros inferiores.

Las funciones táctil y el calor se encuentran conservados.

Se practica una punción lumbar por medio de la cual se extrae cierta cantidad de líquido cefalo-raquídeo, el que sometido al análisis por el distinguido jefe de laboratorio Dr. Widacovich, no revela particularidad alguna ni macroscópica ni microscópicamente. Igual resultado se obtiene con la orina que se somete á la misma observación.

Examinada la enferma en la esfera genital, se comprueba un útero en el tercer mes de su desarrollo que por su consistencia y los antecedentes tan precisos inducen al diagnóstico de «embarazo interrumpido en el tercer mes de su desarrollo, con retención de huevo íntegro, por igual espacio de tiempo».

El resto de los órganos y funciones de la vida vegetativa se encuentran conservados, alimentándose la enferma con apetito y moviendo con regularidad su vientre.

El día 14 de junio, ante la inminencia de una ruptura del huevo y sus consecuencias si ella no llegara á observarse inmediatamente de producida, se resuelve provocar la evacuación del contenido uterino. Para ello, previa anestesia clorofórmica, se procede á dilatar el cuello de la matriz por medio de los dilatadores comunes de Hegar; y se obtiene una dilatación suficiente para permitir el paso de dos dedos. Con ellos se extrae, primero un fetito momificado de tres meses y luego, previo legrado digital y con ayuda de pinzas se consigue extraer la placenta, en cuyas maniobras la enferma pierde alguna cantidad de sangre.

Queda en buenas condiciones de su intervención obstétrica, iniciándose un tratamiento á base de masages que aun en la actualidad continúan practicándose y esperando lleguen á curarla de sus parálisis. En caso necesario se recurrirá á aplicaciones de electricidad.

Analizando detenidamente los hechos en la historia clínica que acabo de referir, dice el autor, surge claramente la idea, de que nos encontramos en presencia de un caso, que ratifica completamente el concepto de Pinard, cuando sostiene, que los vómitos incoercibles del embarazo, no deben constituir un capítulo aparte, como entidad mórbida, en la patología del embarazo, sino estudiarse como un síndrome, derivado de una causa única y general, que es la autointoxicación gravídica. En efecto, los hechos posteriores al establecimiento de los vómitos graves, en nuestra enferma, vienen á demostrar, que el tóxico productor de aquel estado, ya sea producido por la placenta, el hígado ó por insuficiencia funcional de las glándulas de secreción interna, ha hecho su primera manifestación con el cuadro de intolerancia gástrica absoluta, por medio de una patogenia susceptible de analizar, para atacar más tarde el cilindraxís que constituye la fibra nerviosa, en una forma tal, que aun desaparecida la causa que la producía (el embarazo), ha continuado su proceso de desintegrar aquellos elementos, hasta producir el cuadro de parálisis que acabamos de ver.

Otras consideraciones sugiere, á mi juicio, el cuadro observado en lo referente á la patogenia de los vómitos incoercibles, teniendo en cuenta la localización en los nervios periféricos, observada posteriormente á su producción, y sería el que el producto tóxico tuviese como iniciación de su acción, un efecto electivo y de iniciación sobre el centro del vómito ó sobre los nervios de él emanados, es decir, que los vómitos del embarazo fueran producidos por una neuritis del origen tóxico.

Ahora bien, en presencia de este concepto general de la intoxicación gravídica, cabe preguntarse: ¿por qué ella se traduce en tan múltiples manifestaciones, produciendo unas veces la eclampsia, otras atacando el apartan digestivo, el sistema cutáneo, urinario, etc., según que el veneno que circula en la mujer embarazada, actúe localizándose electivamente, para cada caso en particular, en cada uno de esos órganos ó sistemas?

Cabe la respuesta, siempre en el terreno de las hipótesis, que las distintas manifestaciones de la autointoxicación del embarazo, según su localización, son debidas á taras orgánicas hereditarias ó adquiridas en los individuos que las presentan, que hacen de esos puntos vulnerables del organismo, un *locus minoris resistencie*.

Después de citar las opiniones de Sydenhan y Mauriceau, Puzos y Delourye, Simpson, Kast, Hervieux, Pinard, Tuillant, Puyo y Job, deduce las conclusiones siguientes:

1.º La polineuritis es una complicación del embarazo, cuya gravedad depende en cada caso, de su grado de toxicidad.

2.º Su profilaxis consiste en aplicar con todo rigor el precepto de Pinard: evacuar el útero en toda mujer atacada de vómitos incoercibles y cuyo número de pulsaciones exceda de cien por minuto. Sin embargo los vómitos no siempre preceden á los fenómenos de polineuritis, su coexistencia no es de rigor.

3.º Las alteraciones gástricas y los fenómenos paralíticos son de origen tóxico, cuya naturaleza por ahora desconocemos.

4.º Las lesiones que él produce en los troncos nerviosos son idénticas á las que se observan en las intoxicaciones por el fósforo, el mercurio ó el arsénico.

5.º Las lesiones medulares constituyen la excepción y son el último estado de la intoxicación gravídica, en la gama del sistema nervioso.

El ahumage iodado en la infección puerperal, por Gaston Daniel y Pierre Coste. (*Gazette des Hôpitaux*, 10 septiembre, 1912).

El ahumage iodado de Longe consiste en vapores de iodo obtenidos quemando iodoformo y dirigidos sobre la parte del cuerpo que se quiere desinfectar.

Aplicando al útero este método parece obrar: 1.º Localmente del mismo modo que la cauterización del endometrio con tintura de iodo. 2.º Sobre el estado general por la absorción de estos vapores por los vasos del útero y su paso al torrente circulatorio.

Los autores han empleado este medio de tratamiento en un caso de parto prematuro de un niño de 7 meses, muerto y macerado. Diez días después del parto, entra la enferma en el hospital de la Concepción de Lyon, con 39º y 120 pulsaciones. Después de hacerla la dilatación uterina con los tallos de Hegar, introducen en el útero un drenaje curvado en forma de U. En una de sus extremidades adaptan un tubo de salida de los vapores del aparato de ahumage de Raillard. Hacen así un lavado gaseoso de la cavidad uterina con iodo naciente, saliendo después vapores por el otro orificio del tubo de drenaje. Después de esta sesión de ahumage, no hacen inyección alguna vaginal ni uterina, sino sólo simple cura vulvar. El método, dicen, que no es nada doloroso. Las consecuencias operatorias fueron excelentes y la enferma curó en algunos días.

Terminan con una breve descripción de los distintos procedimientos empleados para realizar el ahumage iodado en ginecología.

ZULOAGA

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

El valor de las operaciones descompresivas en el curso de complicaciones intra-craneanas de origen ótico con algunas consideraciones especiales sobre el tratamiento de la meningitis ótica, por W. Milligan (Manchester). (*Sociedad Americana de Oto-rino-laringología*, noviembre 1912).

Los primeros síntomas de la meningitis son la hiperemia, el edema de la papila y una cefalalgia persistente, se deberá entonces hacer el examen del líquido céfalo-raquídeo.

Esta descompresión cuando se impone, será larga y practicada en el lóbulo tempora-esfenoidal ó la mayoría de las veces en la fosa cerebelosa. El autor cita algunos casos curados por este método.

Estudio sobre la meningitis, por Samuel I Kopetzky.

1.º Hay una analogía en los síntomas á que da lugar la compresión cerebral y lo que presenta la reacción de los tejidos meníngeos á la infección microbiana. 2.º La infección del sistema nervioso central, particularmente en las membranas envolventes del cerebro se manifiesta por un aumento de la tensión

del líquido cerebro-espinal, con perturbaciones funcionales del vago, de los centros vaso-motores y respiratorios. 3.º Los síntomas dominan el cuadro clínico de la meningitis, modificado hasta cierto punto por otros factores. 4.º La evidencia del aumento de tensión es realizable por las medidas manométricas de la presión sanguínea, por el estudio sistemático y repetido del fondo del ojo, por los resultados de la punción lumbar y una observación minuciosa del carácter y respiración.

Tres casos de meningitis curados con el empleo de la uretropina y el extracto de leucocitos de Hiss, por James Garfield Dwyer (de New-York).

Harris felicita á J. Dwyer, por los buenos resultados obtenidos con este producto.

Flexner, dice se deben hacer las inyecciones en el canal raquidiano para obrar más enérgicamente.

El Dr. Kenefick pregunta si solo las infecciones estreptocócicas son justificables de este tratamiento y el Dr. Dwyer dice que él le aplica á todos los casos de meningitis supurada.

Las afonías, por Blocq (*Arch. méd. belges*, agosto 1912).

Hay que distinguir tres clases de afonías.

1.º Afonías que revelan lesiones anatómicas que han atacado el órgano fonador.

En la *tuberculosis laringea* la afonía no aparece ordinariamente si no en un período muy avanzado. Se pueden encontrar lesiones muy extendidas que son compatibles con una voz mejor ó peor conservada. Por otra parte, en algunos casos de tuberculosis pulmonar, en los cuales la laringe está completamente normal, se puede observar una afonía por falta de aproximación de las cuerdas á consecuencia de astenia muscular ó por falta de fuerza de ventilación pulmonar.

En la *laringitis crónica* portadora de alteraciones vocales se observa desde el simple enronquecimiento hasta la afonía completa. Estos desórdenes ofrecen la particularidad que no retroceden por el reposo.

La *laringitis catarral aguda* puede ser acompañada de una afonía transitoria que se explica por una perturbación de inervación de los planos musculares subyacentes á los músculos inflamados.

Los diferentes *pólipos y tumores de la laringe* dan lugar á disfonías variadas y en ciertos casos á afonías. El volumen y sobre todo el sitio del

tumor ejercen una gran influencia sobre la aparición más ó menos precoz del síntoma. Cuando el pólipo es pediculado se puede observar la afonía intermitente.

Es fácil comprobar que el *carcinoma* se acomoda bien á la integridad vocal; en efecto, la afonía absoluta es raramente observada, lo contrario de lo que pasa en la tuberculosis laríngea en el tercer grado.

En las *parálisis laríngeas* de origen central (tabes, esclerosis en placas, siringomielia) la afonía es relegada á último término de la tabla ó cuadro sintomático. Por el contrario las parálisis laríngeas de origen periférico, son una causa frecuente de afonía:

Las parálisis del nervio laríngeo superior que inervan el músculo cricotiroideo anterior pueden conducir á la afonía por paresia de las cuerdas vocales.

La parálisis bilateral y completa del nervio laríngeo inferior, da lugar á la inmovilidad completa de las dos cuerdas vocales con pérdida de la voz. Esta afección muy rara puede ser producida por aneurisma doble del cayado de la aorta, cáncer del esófago é hipertrofia total del cuerpo tiroides. Cuando los nervios son atacados en su totalidad, las cuerdas adoptan la posición cadavérica y la voz es imperceptible. Si sólo son atacados los aductores la glotis está bien por la contracción de los abductores, pero la afonía es total.

En la parálisis unilateral del recurrente la más frecuente de todas las laringoplegias, la afonía no existe si no muy rara vez, por existir compensación con la cuerda sana.

La parálisis completa de un solo aritenoides compromete la glotis respiratoria ocasionando una afonía absoluta.

2.º En la exposición de las diversas categorías de afonías, se encuentra la *afonía histérica*, que no responde á ninguna lesión, y puede considerarse como funcional. Su ataque imprevisto es de lo más característico, así es que hay falta de conexión entre la causa activa y el efecto producido; la imitación á veces, causa es de su aparición.

La imagen laringoscópica es muy variable: algunas veces la laringe está normal; otras el grupo adductor es el atacado; en fin, la abducción de las cuerdas es rara.

3.º Al lado de las dos modalidades de afonías descritas, hay que señalar la *afonía simulada* imposible de diferenciar sobre todo de la afonía histérica, la comprobación de una placa de anestesia de la región faríngea (signo de Thaon de Will), de una zona de anestesia más ó menos dolorosa á la presión al explorar la sensibilidad (signo de Sellier), pueden hacer reconocer el histerismo.

BIBLIOGRAFIA

Bosquejo clinico de la fiebre de Malta, (Tesis doctoral presentada por D. L. Saenz de Cenzano, Zaragoza 1912).

Trátase de un trabajo premiado con la merecida nota de Sobresaliente, en el que su autor expone con riguroso método el estado actual de lo que hoy se sabe acerca de la *fiebre ondulante*, fundamentándolo en una escogida bibliografía y en la observación personal de varios casos clínicos cuidadosamente estudiados.

La exposición detallada y completa de la especie morbosa, demuestra que su autor tiene dotes muy estimables de observador y de clínico. Nada importante ha sido omitido, señalando y separando, con acertado juicio crítico, lo que tiene verdadero interés de lo que no puede considerarse sino como accidental y secundario.

Algo exagerada es á mi juicio, la significación patognomónica que concede á la suerorreacción aglutinante, teniendo en cuenta que numerosos hechos clínicos y experimentales han venido á demostrar que el valor de la aglutinación melitoclócica es inferior á lo que en un principio se había creído, y que además la aglutinación del micrococus melitensis se efectúa muchas veces con suero no melitocócico, según lo han demostrado Négre y Raynaud, Saissawa y Lucitelli, entre otros.

Por lo demás, el trabajo es digno de ser conocido en su totalidad, como lo demuestran las siguientes conclusiones que literalmente se copian:

•1.^a La Fiebre de Malta es una enfermedad infectocontagiosa producida por el micrococus melitensis de Bruce y que teniendo como punto de partida la cuenca del Mediterráneo se encuentra hoy extendida por lo restante del Globo.

2.^a El micrococus melitensis se ha encontrado en distintos órganos y líquidos orgánicos aun después de la muerte; su morfología no está todavía bien estudiada, resiste poco á temperaturas extremas y á los agentes físicos y químicos. Es expulsado en gran cantidad con la orina y leche de los animales enfermos.

3.^a La enfermedad es común al hombre y á los animales; teniendo como organismo preferido, pero no exclusivo, la cabra, quien la trasmite al hombre por intermedio de su leche.

4.^a La vía principal de introducción en el organismo es el aparato digestivo, sin embargo de lo cual, casi nunca se logra encontrar el germen en aquél ni en sus productos de secreción ni de excreción; también se ha determinado el contagio por vía hipodérmica ó subcutánea.

5.^a El consumo de leche cruda de cabras infectadas ó también los derivados de aquélla (quesos, cuajada, etc.), es el principal medio de transmisión y expansión de la enfermedad, pudiendo serlo también de los objetos ó alimentos contaminados con las orinas de aquellos animales.

6.^a La característica de la enfermedad es la variabilidad de los síntomas, su polimorfismo y muy especialmente la marcha de la fiebre y los periodos de aparente curación y recaídas.

7.^a A pesar de su característica, siempre puede comprobarse el *bloc sintomático de Cantaloube*, que consiste en las ondulaciones de la fiebre, los sudores, los trastornos intestinales, los dolores, la astenia y las recaídas, en el que debe fijarse la atención especialmente en los países donde se sufre la enfermedad para hacer pronto un diagnóstico clínico.

8.^a La confusión con distintas enfermedades sólo debe subsistir los primeros días, pues gracias á la propiedad de aglutinación que el micrococus melitensis provoca en el suero sanguíneo á los enfermos de *fiebre de Malta*, la sero-reacción de Wright aclarará las dudas, debiendo tener presente que esta propiedad puede desaparecer momentáneamente en los enfermos y por tanto repetirse la operación en caso de resultado negativo.

9.^a El pronóstico no es grave en relación con la vida del sujeto, pero económicamente puede serlo de gran importancia, ya que dada la duración de la enfermedad, una epidemia puede tener funestas consecuencias económicas para la región.

10. El tratamiento deberá ser sintomático, ya que hasta la fecha ni los sueros ni los medicamentos considerados como específicos han dado resultado, debiendo además tener en cuenta que los antifebriles son más perjudiciales que favorables.

11. Dada la importancia económica que una epidemia puede tener, deben los Estados adoptar medidas profilácticas para evitar su propagación, teniendo en cuenta que si las cabras de Malta cuya exportación por sus buenas condiciones lecheras han sido la principal causa de la propagación de la enfermedad á los demás países, está demostrado que el ganado lanar también la padece.

12. Considerando que la melitococia todavía no es bien conocida del público y en especial de los ganaderos, debe procurarse en la Prensa profesional y política; en conferencias, etc., vulgarizar los conocimientos que de ella se tienen para que adopte y no se opongan á las medidas de profilaxia general é individual que deben adoptarse.

Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar, (Comunicación presentada por el Dr. Román G. Durán al II Congreso español Internacional de la tuberculosis celebrado en San Sebastián.

El trabajo del Dr. Durán es muy digno de la recompensa que el Congreso de San Sebastián le ha otorgado. Aunque breve como por necesidad han de ser esta clase de trabajos, es completo. Nada omite el autor de cuanto pueda guiar al médico práctico en el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

Metódico, razonado y escrito en estilo de elegante y con sobria severidad, como reclama todo asunto científico, me produce la impresión de uno de esos libros que todo médico debiera aprenderse de memoria para conservar *in mentis* un índice que por sus pasos contados, le lleve á la finalidad que se propone sin omisiones ni olvidos. Una nota muy simpática tiene para mí el folleto del Dr. Durán, y es la de desarrollar toda su labor dentro de ese terreno clínico cuyos elementos están al alcance de todos, aún de los más alejados de los centros de investigación que las modernas conquistas del laboratorio proporcionan á unos pocos favorecidos por la fortuna: y yo creo sinceramente que para aquéllos y no para éstos, por su número y circunstancias, es para quienes deben escribirse la mayor parte de las obras de medicina.

Una de cal y otra de arena: en cambio no participo de la opinión sustentada por el autor de que los rayos X prestan escasísimos servicios diagnósticos en la tuberculosis incipiente. Lejos de eso, me ha parecido ver en mi modestísima experiencia, que este recurso se ha anticipado á la clínica hasta en períodos de uno y de dos años. Sea el que quiera el valor de este pequeño detalle, el trabajo de nuestro compañero el Inspector de Sanidad de esta Provincia, no sólo honra á su autor, sino que por lo completo, sencillo y útil, debe ser leído y releído por todos los que nos dedicamos á la práctica corriente de la medicina. Mi sincera felicitación. A cada uno lo suyo.

DR. MORENO

CASOS Y CONSULTAS

Por qué, cuándo y cómo deben suturarse las rasgaduras vulvo-perineales obstétricas.

El ilustrado compañero que hace la consulta acerca del asunto que resumo en el enunciado, reconoce que en la mayoría de los partos de primíparas, se produce siempre una rasgadura de la horquilla vulvar y periné, sin que sea suficiente para evitarlo, la protección del periné, por bien que se ejecute.

Claro es que la profilaxis de dichos desgarros no depende sólo del médico, ya que los factores hiperquinesia, estrechez vulvar, gran cabeza, presentaciones occipitoposteriores, de cara y de nalgas, etc., entran con mucho en su etiología y son imposibles de evitar y muy difíciles de contrarrestar. Pero dejando todo esto, ya que el capítulo de profilaxis no se nos consulta, voy á limitarme á exponer, lisa y brevemente, mi personal opinión sobre el tratamiento de las rasgaduras vulvo-perineales obstétricas.

Hay compañeros que opinan que estos desgarros no deben suturarse, fundamentando su opinión en que se trata de heridas contusas, y en que cuando son pequeños *pegan solos*. Yo no lo creo así; yo pienso que el mejor tratamiento de estas rasgaduras es su coaptación.

¿Por qué? Aparte de la hemorragia que producen, algunas veces de bastante intensidad, la herida resultante de estos desgarros constituye una gran puerta de entrada para las infecciones. Su inmediata proximidad (continuidad en las completas) con el ano siempre séptico; la dificultad de conservarlas asépticas, por estar bañadas constantemente por los loquios y frecuentemente por la orina; todas estas circunstancias y otras, que por lo sabidas no enumeró, hacen que *estas heridas se infecten siempre*, más ó menos.

Ahora bien; estas infecciones, que muchas veces el médico experto consigue localizar y dominar, son punto de origen de infecciones graves del puerperio, bien por propagación por medio del conducto genital al cuello uterino y a endometrio, ya porque á causa de la falta de protección que el periné supone para los genitales internos, son éstos más accesibles á los agente

patógenos, ya, también, por propagación linfática de dicha infección (recuérdese la riqueza vascular linfática del periné) que da lugar á pelvicolitis más ó menos difusas, graves y rebeldes. Hace poco tiempo ví en un pueblo de esta provincia un caso de esta naturaleza; y hará dos años que traté á la esposa de un distinguido compañero, residente en una ciudad próxima á esta población, cuya señora estuvo grave á consecuencia de una parametritis de origen perineal. Estos casos son bastantes frecuentes.

Pero aparte de estos trastornos inmediatos, no debe nunca el médico olvidar los accidentes tardíos que pueden presentarse. En las rasgadas completas, la falta de la función del esfínter anal crea una situación expuesta y penosa á la parida: el ano entreabierto, con la mucosa rectal más ó menos prolapsada y sensible; la salida involuntaria de gases y aún de materias fecales, hacen la vida social imposible y la privada molestísima, á quien tiene la desgracia de que la ocurra.

Se me dirá que estos casos son los menos; pues aun en los de rasgadas incompletas, aparte de los peligros inmediatos de infección que antes indiqué, existen serios accidentes tardíos. La vagina, abierta constantemente y sin protección perineal, deja paso franco á las bacterias hasta el cuello uterino, por lo que no dejan de ser frecuentes las metritis en estos casos. Más aún; las paredes vaginales, á causa de la falta de su apoyo natural, descienden poco á poco y con el tiempo, siguiéndolas en su descenso su porción superior, primero (colpocelos) y, más tarde, la vejiga (cistocele) y el útero (prolapso) con todas sus consecuencias.

Todos estos motivos son razones suficientes para que suturemos los desgarros vulvo-perineales.

¿Cuándo? En todos los tratados de obstetricia se mantiene el criterio de las suturas inmediatas al alumbramiento, y, á lo más, transigen con esperar algunas horas, en aquellos casos en que por tratarse de rasgadas de cierta importancia, la técnica de su restauración exige ayudantes, bien para su ejecución, bien para la anestesia.

Esta práctica seguí yo algunos años; pero la experiencia me ha enseñado lo inconveniente de hacer estas suturas en un tiempo tan inmediato al parto. Fuera de los casos, muy pocos por fortuna, en que existen hemorragias de importancia consecutivas á estos desgarros—en cuyo caso la hemostasia mejor es la sutura inmediata, por cuya razón debe hacerse á continuación del alumbramiento—en todos los demás yo acostumbro á aplazarlo unas cuantas horas, de 12 á 20. Razones: 1.^a En los momentos que siguen al parto, sobre todo en las primíparas que son las que más fácilmente se desgarran, la mujer se encuentra rendida, agotada y suplica encarecidamente se la deje descansar; 2.^a Es muy fácil mantener aséptica la herida durante ese breve plazo; 3.^a La herida al cabo de esas pocas horas está en iguales ó mejores condiciones de

cicatrización. Ventajas: 1.^a Vía expedita para tratamiento uterino en caso de metrorragias, que después de 12 horas no son ya de temer; 2.^a En los casos de edema vulvar, muy frecuente en las expulsiones lentas en primerizas, es de gran utilidad no suturar el desgarro hasta que el edema desaparezca; pues de no hacerlo así nos exponemos ó á que la sutura desgarre los tejidos, si se aprietan demasiado los puntos, ó á que, si no se aprietan, queden demasiado flojos cuando el edema desaparece y no queden perfectamente coaptados los bordes de la herida, en cuyo caso la sutura resulta inútil; 3.^a Hasta que el edema no desaparece, no es tan fácil darse exacta cuenta de la extensión, profundidad y demás caracteres del desgarro, condiciones que se precisa conocer bien para su restauración perfecta.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, yo creo que los desgarros vulvo-perineales deben suturarse de 12 á 20 horas después del parto. Nunca después de las 24.

¿Cómo? Una vez bien cerciorados de la extensión y profundidad del desgarro, de su altura en la vagina y de si interesa ó no el esfínter anal, se desinfectará bien dicha rasgadura por medio de un abundante lavado antiséptico, procurando evitar que queden en sus superficies coágulos sanguíneos. Después, y según los casos, se hará la sutura del modo siguiente:

Si el desgarro es completo, sutura independiente de los bordes del esfínter anal, de la mucosa vaginal y de los músculos y piel del periné. Si la rasgadura es vagino-perineal sutura de la vagina primero y después del periné.

Y si sólo es vulvo-perineal, bastarán algunos puntos profundos (uno, dos, tres, etc.) dados con aguja de Emmet, para que comprendan los planos profundos y superficiales del periné, pues de lo contrario, en el espacio desgarrado que quedase tras la sutura, se acumularía flujo loquial que produciría infección del mismo, fiebre, rotura de la sutura cutánea, etc.

En todos los casos, la sutura se hará con seda ó tranza bien esterilizada; yo prefiero la tranza; los puntos serán entrecortados é independientes, á fin de poder quitar uno de ellos, si se infectase, conservando los demás. Bien averiguados los dos extremos del desgarro, antes de su sutura, hay que procurar que las partes suturadas guarden entre sí las mismas relaciones que antes de rasgarse, para lo cual se confrontarán los bordes de la herida antes de dar cada punto y antes de anudar todos. Con este fin y para volver á hacer otro lavado antiséptico abundante después de dar todos los puntos, no se anudarán éstos hasta terminar de dar todos, confrontarles y lavar la rasgadura. Una vez anudados se lavará de nuevo la sutura y se protegerá con una compresa esterilizada ó, en su defecto, con gasa iodofórmica.

En cuanto á tratamiento post-operatorio no es preciso más que procurar que la sutura esté limpia, para lo cual es suficiente lavarla después de cada micción con un líquido antiséptico y tenerla protegida siempre en la forma

indicada. Se aconsejará á la enferma la conveniencia de que guarde reposo absoluto y permanezca con los muslos juntos.

Si el esfínter anal se ha suturado, hay que evitar que las primeras deposiciones destruyan su sutura, para lo que es suficiente someter á la parida á dieta líquida los cinco primeros días, y el quinto, darla 30 gramos de aceite de ricino, aconsejando que la pongan un enema de 100 gramos de glicerina, seguido de una irrigación rectal de agua hervida. Después de las deposiciones se lavará bien la sutura.

Los puntos deben quitarse á los 8 ó 10 días. Si alguno se infectase se le separará inmediatamente.

Esto es lo que yo hago y, como con ello me va muy bien, lo que yo aconsejo.

PEDRO ZULOAGA

INDICE ALFABÉTICO DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO

ARTICULOS ORIGINALES

	<u>Páginas.</u>
Artritis crico-aritenoidea reumática, Dr. Alfredo Rodríguez Vargas.....	171
Curiosidades odontológicas, Alejandro Pita Seoane..	238
Diarreas de verano (Algunas consideraciones sobre las), Dr. Luis Moreno.....	1
Estenosis cicatricial del esófago, Dr. Misael García..	29
Extractos hipofisarios en Obstetricia, Dr. Pedro Zu- loaga.....	297
Gota (El masaje en la), José Sanz Sato.....	26
Leucoplasia bucal fisurada (Del empleo de la alta fre- cuencia en un caso de), Dr. Blas Sierra.....	16
Masoterapia, José Sanz Sato.....	331
Medicación alcalina en grandes dosis (Los edemas pro- ducidos por la) Dr. Eloy Durruti.....	81
Retención urinaria en la mujer, Dr. Rodrigo E. Ce- brían.....	314
Sífilis (Las inyecciones de aceite gris y sales insolu- bles de mercurio en el tratamiento de la), Dr. Félix Domingo.....	145
Sífilis (Las inyecciones de «606» en el tratamiento de la), Dr. Félix Domingo.....	409
Teratológico. Una persona con treinta dedos (Caso raro), Dr. Casimiro Calleja.....	97
Tubercúlides de la conjuntiva ocular, Dr. Pablo Al- varado.....	161
Tuberculosis (Los anticuerpos en la), Dr. Isaías Bobo Díez.....	217

Tuberculosis del perro, del gato y de los pájaros á la especie humana (Medios profilácticos para evitar el contagio de la), <i>Feliciano Estevez</i>	242
Usagre, <i>Dr Félix Domingo</i>	102
Vacunación antitifoidea. Sus aplicaciones y sus ventajas, <i>Dr. Miguel G.-Camaleño</i>	393
Vómito (Su tratamiento), <i>Dr. Antonio M. Romón</i>	229

REVISTA DE REVISTAS

A blación del cuerpo amarillo al principio del embarazo, en la mujer. <i>V. Cathala</i>	372
Aborto infeccioso en un útero fibromatoso. <i>Kuffer</i>	278
Aborto que dicen terapéutico en las tuberculosis. <i>Pinard</i>	52
Acción de las sales de vanadio y de las tierras raras, sobre el desarrollo del bacilo tuberculoso. <i>Frouin</i>	246
Adamon.....	184
Adrenalina (empleo terapéutico de la). <i>Gaisbock</i>	340
Afonías (Las). <i>Blocg</i>	438
Ahumage yodado en la infección puerperal (El). <i>Gaston Daniel y Pierre Coste</i>	436
Algunos accidentes generales de la vida genital de la mujer. Sus relaciones con las distrofias pluriglandulares. Patogenia. Tratamiento. <i>P. Dalché</i>	266
Amaurosis saturnina seguida de hemianopsia pasajera, de origen cortical, en el curso de una crisis aguda, reciente de cólico de plomo. <i>Mosny, Dupuy, Saint-Girons</i>	195
Amaurosis súbita y estado meníngeo en el principio de una fiebre tifoidea. <i>Widal y Weill</i>	136
Ambliopía estrábica; su causa, su curación. <i>Lagrange</i>	239
Anafilaxia sérica (accidentes de) de forma anormal. Manifestaciones neuríticas. <i>P. Thaon</i>	253
Anemia perniciosa (síntoma inicial y patogenia de la). <i>O. Schaumann</i>	345
Anestesia local en ginecología. Histerectomía hecha bajo anestesia regional. <i>E. Ruge</i>	63
Anexitis (tratamiento de las) por las aguas sulfuro-alcálinas. <i>P. Ramón y Cajal</i>	363
Asepsia (la) y la infección de las orinas tuberculosas. <i>M. Rafin</i>	72
Asma bronquial y afecciones similares (tratamiento del) por las sales de calcio. <i>C. Kayser</i>	178
Ataques epileptiformes por inflamación auricular periódica que proviene de adenoiditis. Curación. <i>Trékop</i>	283
Autointoxicación gravídica (Una manifestación poco común de). <i>A. Gabastou</i>	433
B acteremias puerperales (tratamiento intravenoso, mercurial de las). <i>Becerro de Bengoa</i>	269
C áncer del esófago y del cardias (tratamiento del) por el agua oxigenada. <i>S. Fradiss</i>	113
Cisticerco intraocular y su tratamiento. <i>Wicherkwicz</i>	137
Cloroformización y cápsulas suprarrenales. <i>Delbet, Herrenschildt y Bawvy</i>	51
Cólera y embarazo. <i>J. Pezzini y R. Pirani</i>	276
Colirios yodurados en el tratamiento de la catarata. <i>Chevallereau</i> ...	197

Complicación de Bezold (dos casos de) consecutivos á otitis aguda, curados por amplia abertura del flemón cervical. <i>P. Santiuste</i>	251
Concepto científico de la sífilis hereditaria. <i>B. González Alvarez</i>	384
Deslinde clínico de la tabes. <i>Massary</i>	134
Diagnóstico de la estrechez mitral. Sus causas de error. <i>A. Mut</i>	353
Diagnóstico precoz de carcinoma del tercio superior del esófago (un nuevo signo de). <i>Guarnaccia</i>	282
Diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones cardíacas del reumatismo. <i>D. B. Lees</i>	361
Diabetes complicada con el embarazo (contribución al estudio del tratamiento obstétrico de la). <i>Voudouris</i>	191
Disentería bacilar en Casablanca y su tratamiento por el suero anti-disentérico. <i>Grall y Hornus</i>	115
Eclampsia (tratamiento de la) por el método profiláctico, en las clínicas de Berlín. <i>Stroganoff</i>	130
Embarazo doble (Un caso extraordinario de). <i>S. Preciat</i>	426
Embarazo (Vómitos incoercibles del). <i>Ingraham</i>	433
Embolia de la arteria central de la retina, en el curso del embarazo. <i>Teillais</i>	281
Enfermedad de Chagas. <i>N. Lozano</i>	336
Envenenamiento por las setas (lo que debe hacerse en los). <i>Desfosses</i>	249
Escarlatina (los trabajos recientes sobre la etiología de la). <i>C. Levaditi</i>	181
Esclerotomía perforante anterior como medio de normalizar la presión intraocular. <i>Lagrange</i>	137
¿Está justificada la interrupción artificial del embarazo en toda mujer tuberculosa? <i>E. Gutiérrez</i>	373
Estenosis cicatriciales graves del esófago (tratamiento por los métodos endoscópicos é intervenciones quirúrgicas combinadas). <i>Sagnou y Alamartine</i>	264
Focos pneumónicos tuberculosos curables. Estudio clínico y patológico. <i>F. Besançon y P. Braun</i>	347
Gangrena genital de origen distócico. Desaparición de casi todo el útero, de la uretra vaginal, del bajo fondo vesical y de la pared anterior del recto. Restauraciones múltiples. Curación. <i>G. Potel</i> ..	58
Ginecopatías en relación con las neurosis y artritis. <i>Botin</i>	125
Gingivitis expulsiva (tratamiento de la). <i>Adair</i>	41
Heliomarina (la cura). Su práctica, sus indicaciones; sus resultados. <i>L. Jaubert y G. Rivier</i>	35
Helioterapia de la tuberculosis primitiva de la conjuntiva. <i>Rollier y Borel</i>	138
Hemiplejías (pronóstico de las). <i>H. Claude</i>	255
Hemorragias del alumbramiento. <i>E. Gutiérrez</i>	184
Hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio (tratamiento quirúrgico de las). <i>Recasens</i>	277
Hemorragias por desprendimiento de la placenta normal y viciosamente inserta (tratamiento quirúrgico de las). <i>Couvelaire</i>	374
Hemorragias del alumbramiento (Algunas consideraciones sobre las). <i>F. Botin</i>	429
Histerectomía vaginal hecha bajo anestesia regional. <i>E. Ruge</i>	63
Infección descendente de las vías urinarias en la fiebre tifoidea. <i>A. Lemierre y P. Abrami</i>	203
Influencia que han ejercido las nuevas investigaciones diagnósticas y experimentales sobre las indicaciones terapéuticas de la sífilis y sobre la posibilidad de la inmunización y de la cura radical ó abortiva de la infección. <i>A. Neisser</i>	379
Intoxicación por los calomelanos (un caso de). <i>Claret</i>	246
Investigación de la sangre por el reactivo de Meyer y el albuminato de manganeso. <i>Mulsan</i>	68

Investigación y caracterización de la globulina en las orinas, <i>Robert y Parisot</i>	336
Inyecciones de cocaína (tratamiento profiláctico de los accidentes consecutivos á las). <i>Gruet</i>	42
Inyecciones hipodérmicas (Del valor del sulfato de magnesia en terapéutica. Sus propiedades purgantes en). <i>P. Gaillard</i>	416
Laringitis tuberculosa (su tratamiento en las alturas). <i>De Reynier</i> ..	284
Las leyes de la urea y de los cloruros de las orinas divididas de los dos riñones; aplicación á la fisiopatología de los riñones. <i>F. Cathelin</i>	286
Las verdaderas y las falsas dispepsias. <i>A. Cavadias</i>	417
Lactato de santalilo.....	184
Leucemias (terapéutica de las). <i>J. Rieux</i>	42
Leucocitos de Hiss (Tres casos de meningitis curados con el empleo de la urotropina y el extracto de). <i>James Garfield Dwyer</i>	438
Mancha de Mariotte en los casos de neuritis óptica. <i>Szafnicki</i>	279
Meningitis ótica (El valor de las operaciones descompresivas en el curso de complicaciones intra-cranianas de origen ótico con algunas consideraciones especiales sobre el tratamiento de la). <i>W. Milligan</i>	437
Meningitis (Estudio sobre la). <i>Samuel I Kopetzky</i>	437
Metástasis de los tumores malignos al nivel de los nervios óculomotores. <i>Chaillous</i>	66
Modo de terminación del simpático en el iris. <i>Schock</i>	194
Neoformaciones malignas (tratamiento de las) por las soluciones coloidales de metales pesados (electro-selenio). <i>N. Trinkler</i> ..	260 y 341
Neuritis óptica asociada á mielitis. Neuro-mielitis óptica de Devie. <i>Lapersonne</i>	67
Neuritis óptica durante la lactancia. <i>Villard</i>	196
Operación de Freund en el enfisema pulmonar. <i>Arcangeli</i>	119
Parto en 238 menores de 12 á 16 años (El). <i>A. Beruti</i>	425
Poliartritis reumática (su tratamiento por las inyecciones de fibroli-sina). <i>S. Riosalido</i>	48
Polineuritis craneanas óculo-motrices, en particular después del tratamiento por el arsenobenzol. <i>Antonelli</i>	67
Reacción de Wassermann (el antígeno en la). <i>Demouliere</i>	265
Relaciones de la inflamación flictenular del ojo con la tuberculosis. <i>Rosenhanch</i>	280
Renal (contribución al estudio experimental de la función). <i>Wohlge-muth</i>	69
Ristena.....	184
•606• (técnica de su aplicación por la vía rectal). <i>L. Portillo</i>	31
Selenio (el) en el tratamiento del cáncer. <i>N. Fiessinger</i>	121
Segunda infancia (Enterocolitis tóxicas, sobreagudas de la). Tesis de París. <i>A. Martingay</i>	415
Sífilis hereditaria (concepto científico de la). <i>B. González Alvarez</i> ..	384
Síntomas precoces de los tumores del mediastino. <i>J. Lloidy-Roberts</i> ..	419
So Kodu ó enfermedad provocada por mordeduras de ratas. <i>Per-dizet</i>	247
Sueroterapia en las nefritis. <i>Botalla-Gambetta</i>	74
Sueroterapia local en la difteria, escarlatina y procesos supurativos. <i>Lorey</i>	179
Sulfato de magnesia (el efecto purgante de las inyecciones de). <i>A. Robin y M. Saurdel</i>	38
Tapones (su aplicación y utilización con el aceite con sulfoformo). <i>S. Bauer</i>	193
Tratamiento de casos graves de escarlatina con suero procedente de escarlatinosos convalecientes. <i>Reiss y Jungmann</i>	118
Tratamiento quirúrgico del peritoneo. <i>Recasens</i>	123
Tuberculinoterapia de la tuberculosis pulmonar. <i>Renon</i>	176

Tuberculosis (diagnóstico de la) por el método de Marmoreck. <i>V. de Bonis</i> y <i>G. Renga</i>	112
Tuberculosis ocular y su tratamiento. <i>Abadie</i>	65
Tumores en la vejiga (tratamiento quirúrgico de los). Indicaciones y resultados tardíos. <i>E. Giraud</i>	286
Tuberculosis urinaria (tratamiento de la). (Tuberculina y nefrectomía). <i>Legueu</i> y <i>Chevassu</i>	198
Úlcera del estómago (Nuevo tratamiento quirúrgico de la). <i>C. Alvarez</i> . Una enfermedad hasta ahora ignorada, caracterizada por temblor, trastornos psíquicos, pigmentación parduzca de ciertos tejidos y cirrosis hepática. <i>Fleischer</i>	420
Ureabromina.....	117
Uretero-pielo-nefritis (resultados actuales del tratamiento de las) por el cateterismo ureteral y lavados de la pelvis renal. <i>Ch. Périneau</i>	184
Urodiagnóstico y uropronóstico de los vómitos graves del embarazo, por el percloruro de hierro. <i>V. L. Lorier</i>	70
Urotropina en la meningitis (observaciones experimentales sobre la acción de la). <i>Van Caneghem</i>	191
Vagotonía constitucional y morbosa de Eppinger y Hess, y sobre algunos métodos de investigación semiológica del sistema nervioso simpático. <i>N. Pende</i>	285
	45

BIBLIOGRAFIA

Alegatos (Luis Zapatero), por <i>F. Domingo</i>	289
Artículos diversos (Dr. Camilo Calleja), por <i>Antonio M. Romón</i>	388
Boletín de la Sociedad Barcelonesa de Oto-rino-laringología. Tomo I, 1911. (Publicado por la Junta de Gobierno), por <i>Alfredo Radriquer Vargass</i>	142
Cerebro y médula (Diagnóstico topográfico de las enfermedades del). (Dr. Robert Bing), por <i>Valdivieso</i>	211
Corazón (Métodos de examen del). (Drs. Merklen y Heitz), por <i>G. Camaleño</i>	288
Escarlatina (La). (A. Lasage), por <i>Suñer</i>	212
Fiebre de Malta (L. Saenz de Cenzano), por <i>G.-Camaleño</i>	440
Ginecología (Lecciones clínicas de). (Dr. Sebastián Recasens), por <i>Zuloaga</i>	75
Histerismo y pitiatismo (Dr. Ramón Alvarez y Gómez-Salazar), por <i>Valdivieso</i>	386
Radium (Informaciones útiles sobre el). (Dr. Alfredo Gallego), por <i>L. Moreno</i>	77
Röntgen (El método). (Dr. Bartolomé Navarro Cánovas), por <i>L. Moreno</i>	139

T uberculosis reno-vesical. (Dr. Sacanella), por <i>E. Cebrián</i>	77
T uberculosis pulmonar (Diagnóstico precoz de la). (Dr. Román G. Durán), por <i>L. Moreno</i>	442
U lcera del duodeno (El concepto moderno de la). (Dr. Sánchez Mosquera), por <i>L. Moreno</i>	140
V ariedades normales de la curva descrita por el borde libre del proceso alveolar. (Dr. Ramón López Prieto), por <i>F. Domingo</i>	289

CASOS Y CONSULTAS

C hanero sifilítico uretral. Signos clínicos para su diagnóstico. <i>Dr. Félix Domingo</i>	390
Q ueratitis flictenular (Algunos casos de). <i>Dr. Pablo Alvarado</i>	79
M etrorragias de la menopausia (Significación diagnóstica de las). <i>Dr. Pedro Zuloaga</i>	213
R asgaduras vulvo-perineales obstétricas (Por qué, cuándo y cómo deben saturarse las), <i>Dr. Pedro Zuloaga</i>	443
R égimen alimenticio que conviene á los niños sanos de uno á dos años y en los primeros meses del destete. <i>Dr. Enrique Suñer</i>	243
T étanos. Herida por arma de fuego. Muerte. <i>Dr. Rodrigo E. Cebrián</i>	292

