

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Sumario: Accidentes del trabajo, por *Ortiz de la Torre*.—Un caso de miopatía primitiva, por *Fernández Sanz*.—NOTAS CLÍNICAS: Un caso de necrosis por congelación de ambas orejas, favorecida por los trastornos vasculares de la sífilis, por *Covisa (J.)*.—Dos casos de sarampión complicado, por *Romeo*.—Pólipo aéreo del tímpano; imagen timpánica curiosa, por *Tapia*.—REVISTAS CRÍTICAS: Infusorios parásitos de las vías digestivas, por *Pittaluga*.—La génesis sexual del histerismo y de las neurosis en general, por *Gayarre*.—BIBLIOGRAFÍA: Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac del doctor GASTÓN LYON, por *Suarez*.—REVISTA DE REVISTAS: Indicaciones del tratamiento quirúrgico en la tuberculosis pulmonar.—Ventajas de la laparotomía media, para practicar la apendicectomía.—La transplatación de miembros, por *Cifuentes*.—Técnica rápida para colorar las fibras de mielina de los nervios, médula y cerebro, por *Tello*.—De la oclusión intestinal consecutiva á la extirpación de fibromas uterinos de volumen excesivo, por *Vigueras*.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: Cuando y por qué el cirujano debe intentar la conservación del apéndice vermiforme; su valor en el tratamiento quirúrgico del estreñimiento; por *Covisa (J.)*.—TERAPÉUTICA: Tratamiento de las neuralgias por inyecciones de alcohol, por *Hernando*.—Intolerancia gástrica para el ióduro potásico, por *Azua*.—NOTICIAS PROFESIONALES (fuera de texto).

Accidentes del trabajo ⁽¹⁾

POR

J. ORTIZ DE LA TORRE

A guisa de introducción ó prólogo de estos retazos médico-legales, será bien hacer constar, de una vez para siempre, que nuestro papel de Médicos en estas, como en todas las cuestiones de relación entre la Medicina y el Derecho, ha de ser puramente informativo y para esto veraz y sincero, de modo que escuetamente se vea en nuestras proposiciones aquella verdad científica que tenemos por tal, y que no tiene por qué inclinarse á ningún lado para favorecer intereses extraños á la ciencia misma. Nuestras inclinaciones ó sentimientos privados podrán ser los que fueren, y en tal sentido podrían torcer la voluntad en determinada dirección, inclinándole á favorecer los intereses de los débiles ó de los desvalidos, como es propio de Médicos, pero en el terreno de la información científica, habremos de usar de la rectitud más absoluta. Allá los legisladores ó los encargados por la ley de aplicarla y estimar la razón, procurarán tomar de nuestros juicios severos los elementos necesarios para establecer el derecho.

En la «Ley de Accidentes del Trabajo» se ha venido á establecer una protección á favor del obrero, procurándole una indemnización en ciertos perjuicios que puede sufrir por causa de su profesión, pero no puede olvi-

(1) Con este título genérico, nos proponemos publicar sucesivamente en las páginas de esta Revista, algunas cuestiones del ejercicio médico-quirúrgico en relación con la Ley de Accidentes del Trabajo.

darse que, enfrente de este derecho de protección, simpático como pocos, y señal de progreso indudable en las costumbres, hay otro derecho, en cierto modo antagónico, que es el del patrono; y que entre estos dos derechos respetables, cuando se favorece á uno es en perjuicio del otro, por lo cual habremos de usar siempre de una imparcialidad exquisita para no caer en la injusticia.

La «Ley de Accidentes del Trabajo» implantada en España en 1900, como toda obra humana, tiene, á nuestro entender, imperfecciones y errores, muchos de ellos disculpables por la premura en su confección y la falta de información científica ocasionada por el atropellamiento con que fué promulgada. Ha de sernos lícito hacer la crítica de estas imperfecciones cuando el caso llegue, expresando ahora nuestro deseo y esperanza de que esta Ley ha de ser mejorada y limada, cuando la experiencia en su aplicación sea bastante para esclarecer muchos puntos, ahora oscuros, de este nuevo derecho, y que para entonces se empape en el espíritu científico moderno que la librárá de los errores que ahora contiene.

* * *

La Ley de 1900 ha venido á crear un derecho nuevo, basándose en el perjuicio producido por el riesgo profesional, y este derecho, claro está que debe hacerse efectivo por los tribunales competentes, sin que sea dable el litigio por tal concepto más que excepcionalmente. Pero en cambio las apreciaciones distintas sobre el carácter y la importancia de las lesiones sufridas, sobre la duración de las incapacidades para el trabajo y sobre el grado ó cantidad de estas mismas incapacidades, tiene que dar lugar (y de hecho lo está dando) á multitud de pleitos por diferencias de apreciación, en los cuales el juez, aunque árbitro al fin de estimar la razón según su criterio y entender, no puede menos de llamar en su auxilio las luces del médico para que le ilustre sobre tantos puntos técnicos de su competencia.

A diario estamos experimentando toda esta necesidad frecuente del peritaje médico en las cuestiones originadas por los accidentes del trabajo, y por tanto, cada vez se precisa más estudiar estos asuntos y las relaciones de ellos derivadas.

Contribuir, aunque sea con la mayor modestia, á la difusión y conocimiento de esta especie de nueva patología de los accidentes, es el objeto de estos artículos en los que se irán tratando diversos puntos ó aspectos que pueden interesar á los médicos prácticos.

I

CONDUCTA DEL MÉDICO EN LOS PRIMEROS MOMENTOS DEL ACCIDENTE.—CERTIFICADO DE INUTILIZACIÓN Ó DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO.

Desde el momento que un obrero, á quien comprendan los términos de la definición que da la Ley á esta palabra, (1) sufre un accidente en el trabajo, entra en los beneficios que la Ley de Accidentes del trabajo de 1900 le concede, y entre estos, el primordial es el derecho á que se le preste asistencia médica y farmacéutica. (Art. 5.º del Reglamento para la aplicación de la ley), por cuenta del patrono. En otro artículo (el 6.º) se previene que en los primeros momentos de un accidente se acudirá en demanda de los auxilios sanitarios más próximos, pero que en el curso de la dolencia la dirección de la asistencia médica corresponde á los Facultativos designados por el patrono. En otro artículo 16, se dice que si el patrono no hiciera designación de facultativos, se entenderá que los que asistan al lesionado tienen implícitamente su representación. Creo que en todas las leyes de Accidentes de Europa existe esta condición, excepto en la francesa, en la que, á pretexto de la *libertad de la confianza*, se deja al obrero libre para escoger al Médico que tenga por conveniente. Entiendo que el espíritu de las leyes que, como la nuestra, atribuyen al patrono el derecho de designar Médico, es más justo y previsor, puesto que siendo el patrono al que se obliga al pago de los honorarios médicos, parece más natural que se le deje la libertad de tal designación; y pudiendo á más tener los patronos subrogada en Compañías de Seguros su obligación, y estas con personal facultativo dispuesto especialmente para el caso, ningún perjuicio se infiere al obrero.

El Médico que acude en los primeros momentos, sea por designación del patrono ó ya por requerimiento de urgencia y de más proximidad, instituye los auxilios convenientes al caso, y esta parte de la práctica, en nada difiere de la profesional en general, por lo cual nada hay que aconsejar especialmente; pero desde el momento que se da la posibilidad de tener que continuar una asistencia de esta especie, y que precise comenzarla, para cumplir con la ley, con una certificación especificada de las lesiones ocurridas, que es el primer documento que da fe de una incapacidad para continuar el trabajo, se hace necesaria una atención más prolija para recoger todos los datos útiles para un diagnóstico de la mayor perfección posible.

Aquí tropezamos ya con una condición de la ley que me parece poco meditada. Me refiero al plazo perentorio de veinticuatro horas que se fija para que el patrono dé parte del accidente ocurrido á la Autoridad y

(1) La ley española dice que se entiende por obrero, para los efectos de esta ley, el que ejecuta habitualmente un trabajo manual fuera de su domicilio por cuenta ajena.

acompañar este parte con una copia de la certificación facultativa; es decir que el Médico ha de dar tal certificación mucho antes de las veinticuatro horas al patrono, si este ha de copiarla y remitirla antes de este plazo. No queremos comentar las muchas dificultades que pueden presentarse para que los patronos dejen de cumplir este precepto, como es, por ejemplo, la ausencia del sitio donde el obrero fué accidentado, pero en lo que se refiere á la certificación facultativa tenemos que detenernos un instante.

Esta certificación lleva aparejado un diagnóstico, ó si no para poco serviría y á nadie se oculta la imposibilidad que puede haber en ocasiones para hacer un diagnóstico, y mucho más un diagnóstico de responsabilidad forense, en un plazo fijo de tiempo. Recuérdese en cuántos casos nos hace falta observar al paciente repetidas veces para poder asegurar el mal que padece; cuántos síntomas del comienzo de una dolencia enmascaran otros más valiosos, que sólo aparecen claros pasado más tiempo.

Mayores dificultades aún pueden ofrecerse cuando el Médico ve al paciente, como es lo regular, pasadas ya pocas ó muchas horas de acaecido el accidente originario, pues en tal caso, borrados ya muchos datos por la acción reactiva del enfermo sobre sus lesiones, pueden ocultarse estas á la mayor sagacidad y necesitar observaciones complementarias, cuando desaparece ó amengua la reacción fisio-patológica, para fijar el diagnóstico.

Si un sujeto que ha caído de una altura se nos presenta con pérdida del conocimiento, con pulso lento y con señales contusivas ó heridas del cuero cabelludo, no podremos asegurar que haya sufrido una fractura del cráneo, de primera impresión, cosa que en algún día sucesivo pudiera precisarse al ver persistir el coma, ó al observar la salida de líquido céfalo-raquídeo por la nariz. Sabida es la dificultad que puede ofrecerse para diferenciar una luxación de una contusión articular, cuando la región se hincha tan fuertemente que borra todos los relieves normales y dificulta todas las exploraciones.

Una contusión del abdomen puede aparecer con tan ligeros fenómenos externos que ni siquiera la conceptuemos como bastante para incapacitar para el trabajo, y sin embargo, todos sabemos cuán temible puede ser la consecuencia de la producción de una escara con perforación visceral que sólo se manifiesta pasado algún tiempo.

Inútil me parece multiplicar los ejemplos, porque de ellos está llena la clínica de todos los días, y fundados en esta experiencia debemos protestar de la perentoriedad del plazo fijado por la ley para que certifiquemos un accidente precisando un diagnóstico. Creo firmemente que no hay fuerza en ninguna ley que á tal nos obligue, aunque en la de Accidentes del trabajo se haya estipulado así; y me parece que si un médico se negase á extender una certificación en semejante plazo, ó lo hiciese sin pre-

cisar qué mal padecía el lesionado, no incurriría en ninguna falta. Más creo que pecaría contra su conciencia si por cumplir la letra estricta de esta ley, hiciese el engaño de estampar un diagnóstico inseguro.

La primera ley francesa de 1898 exigía la presentación de estos certificados á las cuarenta y ocho horas, pero la modificación de 1902 ha establecido este plazo hasta los cuatro días, y aun dispensa la presentación de todo certificado, si el obrero lesionado ha vuelto al trabajo dentro de estos cuatro días. Esta última disposición nos parece inconveniente, pues con ella resultaría que no se llamase al Médico en accidentes que pudieran aparecer como insignificantes al principio y que acaso socorridos á tiempo evitarían complicaciones más serias; pero la extensión del plazo de presentación del primer certificado médico hasta los cuatro días es una disposición que debemos reclamar y que no se nos alcanza qué perjuicio ó trastorno habrá de acarrear á la efectividad de la ley.

Fijemos ahora qué condiciones ha de tener este primer documento médico y en relación con ello, cómo hemos de examinar al lesionado.

El Reglamento para ejecución de la Ley en su Art. 19, previene que en la certificación facultativa en que se da cuenta de hallarse el obrero incapacitado para el trabajo, *la lesión será descrita lo más detalladamente posible, lo mismo que en caso de muerte*. Este precepto de detallar las lesiones prolijamente es muy interesante, y no lo es sólo para los efectos inmediatos de la ley ó para fines estadísticos, sino muy principalmente para el caso de ulteriores consecuencias litigiosas ó diferencias de apreciación que pudieran surgir, y en tal concepto á nadie interesa más que al propio Médico, fijar con toda claridad y detalle cómo eran las condiciones del caso cuando se originó el accidente. Con hacer escrupulosamente detallada esta primera certificación, pueden ahorrarse muy enojosas cuestiones sucesivas, y esto redundará en igual beneficio para el obrero como para el patrón y para el Médico ó los Médicos que tengan que actuar más tarde en el asunto. Por lo pronto, todas las lesiones que puedan ser añadidas más tarde, sea por mala fe, sea por otros accidentes á la lesión primitiva de que se certifica, lo mismo que las existentes, podrán ser separadas de la cuestión, si la hubiera por dudas ó reclamaciones posteriores. Supongamos que reconocemos un obrero que ha sufrido una fractura del húmero, y que presentase en el momento de nuestro reconocimiento señales de otra fractura anterior ya consolidada en el mismo ó en otro hueso.

Si nosotros no señalásemos este detalle, podría suceder que pasado tiempo se entablara una reclamación fundada en imperfección ó incapacidad para el trabajo, y al pretender estimarla otros compañeros peritos, lo hiciesen sumando las incapacidades resultantes de dos accidentes distintos. En los casos, tan frecuentes, de que el obrero lesionado padezca alguna hernia, aunque no tenga relación con el accidente recién sufrido, deberá

hacerse constar este hecho, con lo cual se evitarán muchas veces reclamaciones infundadas.

Del mismo modo creo yo que deberían consignarse en el primer certificado las condiciones generales del lesionado, que un examen puede dar á conocer con alguna certeza, por rápido que sea. Y así, por ejemplo, una descripción somera del sujeto expresando su constitución y sus signos de robustez ó delicadeza, las señales ó estigmas conocidos de males anteriores que puede presentar, los síntomas de otras enfermedades que en aquél momento pudiera estar sufriendo el accidentado, son otros tantos datos que pueden retratar muy exactamente el instante del reconocimiento, y que acaso más tarde pueden arrojar mucha luz para juzgar con acierto la situación y las consecuencias acaecidas.

Si un patrono quisiera eludir una parte ó toda su responsabilidad en las consecuencias de un accidente, alegando que el obrero padecía con anterioridad á éste, determinada enfermedad, bastaría un certificado médico en que se hubiera expresado la sanidad del sujeto para hacerle desistir de su injusta pretensión. Del mismo modo se evitarían muchos fraudes intentados por obreros de mala fe que pueden pretender achacar á la lesión sufrida, otras dolencias que ya padecían anteriormente.

Conviene advertir que la ley, en el artículo citado, no expresa sino *que se describan las lesiones detalladamente*, términos muy vagos é inciertos para el Médico, que lo mismo puede hacer una historia clínica completa, que contentarse con una lacónica exposición de la lesión escueta. En la ley francesa se previene que el primer certificado debe relatar *el estado del lesionado*, término más amplio y conveniente para los intereses de la ley.

Algunos han pretendido invocar el secreto profesional para que no se expresaran en estos documentos algunas circunstancias que el Médico puede apreciar en el lesionado y que acaso le fueran en perjuicio. La discreción del facultativo en cada caso, será bastante para saber hasta dónde puede llegar en la declaración de estas circunstancias, pero no puede olvidarse que estos documentos con cuya fe se ha de establecer un derecho ó inferir un perjuicio, deben ser concienzudos para colocarlos por encima de críticas infundadas.

La nimiedad en la descripción de la lesión misma que pide la ley, debe darse ya con completa amplitud. Una fractura no basta describirla diciendo que es de la pierna, por ejemplo, sino que convendrá añadir que está situada á tal ó cual altura de esta parte del miembro; que comprende el uno ó los dos huesos, que es simple ó complicada con herida; que el trazo de la fractura es transversal ó es oblicuo ó tiene dos ó más fragmentos, ó es penetrante en una articulación, etc., etc.; cuando se trate de heridas deben fijarse bien la región en que asienta, su extensión en todos los sentidos apreciables, las partes, músculos, tendones, vasos ó nervios,

que ha interesado, y hasta la conjetura de que haya sido fraguada con tal ó cual género de traumatismo, dadas sus condiciones y aspecto.

Otro detalle que conviene no olvidar es la consignación de si la lesión que reconocemos presenta señales que puedan hacer presumir racionalmente el tiempo que ha transcurrido desde que fué producida, y si ha sido socorrida ya anteriormente, con qué medios lo fué.

En la redacción de este primer certificado, por fortuna y acierto, la ley española no exige que se establezca en él ningún género de pronóstico. Las leyes de otros países lo previenen en cambio, cosa de gran compromiso para el Médico que ha de suscribirle, porque un pronóstico lo mismo de la gravedad de la lesión, que de la duración y curso de este género de dolencias, sabido es cuán aventurado puede ser.

La circunstancia de que el accidente en el trabajo de que tengamos que certificar haya producido la muerte del obrero, debe detenernos un momento. Está claro que cuando un hombre ha caído de un andamio y le encontramos con el cráneo destrozado, no puede dudarse de la relación entre causa y efecto, pero no siempre las cosas ocurren de este modo. En ocasiones un hombre puede morir súbitamente estando trabajando, sin que el trabajo mismo tenga relación con la causa de la muerte, sino otras enfermedades, hemorragias, apoplejía, aneurismas, embolias, etc. Inútil será decir cuán circunspectos habremos de ser en tales casos, para examinar los menores detalles y vestigios que pueden servir para esclarecer las dudas. La autopsia, que en estas circunstancias siempre se ordena por las autoridades judiciales, puede poner en claro muchos casos dudosos, y á esta práctica tendremos que referirnos cuando no hay otras seguridades por el examen externo. Los detalles de la autopsia deben figurar según la misma ley en la certificación.

Por último, una cuestión á veces debatida y que se relaciona con el primer certificado de accidente del trabajo, es si se deben honorarios al Médico que le suscribe. Aunque en nuestras leyes ni reglamentos sobre el trabajo no se han puntualizado detalles de esta especie, no parece que pueda caber duda respecto á este punto, pues desde el momento que el patrono debe sufragar los gastos de la asistencia médico-farmacéutica, debe abonar el precio de la certificación, que es una parte de tal asistencia.

En otro capítulo estudiaremos algunas cuestiones que pueden presentarse en la práctica, con ocasión de la asistencia de los primeros momentos del accidente, y de la expedición del certificado correspondiente.

Un caso de miopatía primitiva.

POR

E. FERNÁNDEZ SANZ

Médico numerario, por oposición, del Hospital de la Princesa.

Los casos de miopatía primitiva son demasiado frecuentes para que merezcan ser publicados, á menos que ofrezcan alguna curiosa particularidad; el que voy á referir se distingue por varios caracteres que le prestan singular relieve y que sugieren interesantes consideraciones acerca de la etiología, sintomatología y diagnóstico de dicha enfermedad. Sobre estos rasgos salientes del caso, versarán las breves reflexiones epicríticas que seguirán á la exposición de la historia clínica y que terminarán con un conciso párrafo, ratificación de una antigua opinión por mí en varias partes sustentada, consagrado á las relaciones de concepto nosotáxico entre la miopatía primitiva y la llamada atrofia muscular progresiva espinal de *Aran-Duchenne*.

*
* *

A. M., de 13 años, natural de Béjar (Salamanca), refiere que sus padres viven y están sanos, así como una hermana de 28 años; un hermano murió á los 4 años, de anginas. No se han encontrado antecedentes neuropáticos familiares.

Padeció de sarampión á los cuatro años y de una afección por él calificada de fiebre gástrica que duró cuatro meses (probablemente fiebre tifóidea) á los seis años. Tuvo después en el cuello infartos ganglionares supurados durante cinco meses; dolor de costado (pulmonía ?), á los once años, guardando cama dos meses. Fué á la escuela á los cuatro años, durante ocho meses, teniendo que abandonarla por haber caído enfermo; volvió á ir á los once años, pero sólo cuatro meses, dejándola de nuevo por enfermedad. En su casa ha recibido irregularmente una instrucción muy elemental.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Comenzó aparentemente sin causa inmediata á que atribuirle y de modo insidioso, en la primavera de 1907: la primera manifestación consistió en flojedad en las piernas, las cuales le parecía que se le doblaban; se cansaba muy pronto de andar y de estar en pie, y se caía á menudo. En el verano del mismo año, experimentó debilidad en los brazos, siéndole difícil levantarlos y no pudiendo apenas llevarse las manos á la boca para comer, la flojedad de los brazos y sobre todo la de las piernas, fué progresivamente en aumento hasta convertirse en verdadera impotencia motora. Desde la primavera de 1908 le es imposible andar y tampoco puede tenerse en pie ni sentarse en la cama. Ingresó en el

Hospital de la princesa (Sala de San Mateo, servicio del distinguido doctor *Fernández Gómez*) el 3 de Noviembre de 1908.

ESTADO ACTUAL.—Desarrollo físico y mental correspondiente á su edad; buen estado de nutrición, color sano. Normalidad en los aparatos digestivo, respiratorio y urinario.

Aparato circulatorio: latido cardíaco anormalmente intenso y extenso, en el quinto espacio intercostal izquierdo, un centímetro por dentro de la línea medio-clavicular; ligera arritmia, precipitándose dos ó tres pulsaciones cada veinte próximamente.

SISTEMA MUSCULAR.—*Cara:* boca dilatada transversalmente, labio superior deprimido, el inferior saliente sobre todo en su mitad izquierda; elevación de las comisuras bucales muy torpe y débil (por impotencia de los zigomáticos). Risa de través, por ensanchamiento transversal de la boca, elevando muy poco el labio superior.

Miembros superiores: pectorales mayores atróficos; abducción del brazo, débil; deltoides muy voluminoso, sobre todo en su mitad posterior de inserción acromial; abducción y elevación del brazo bastante bien conservadas; infraespinosos sumamente abultados; escápulas en su sitio sin despegarse del tórax; sus movimientos se efectúan bien. Todas estas alteraciones son bilaterales y simétricas. Biceps y demás músculos del brazo, disminuidos de volumen, más á la derecha; flexión del antebrazo sumamente débil, casi imposible; extensión del mismo algo más fuerte pero también poco enérgica. Músculos del antebrazo bastante bien conservados en cuanto á volumen; supinación de la mano muy difícil en flexión del antebrazo, más fácil en extensión; músculos de las eminencias tenar é hipotenar é interóseos atrofiados, más á la derecha; movimientos de la mano y dedos, posibles pero débiles. Atrofia de los músculos espinales apareciendo con saliente anormal las últimas vértebras dorsales y las lumbares; *cifosis* dorsal inferior y lumbar. Impotencia total de los músculos del espinazo, no pudiendo erguir el tronco ni permanecer en pie. Talle de avispa caracterizado por la dirección vertical de los perfiles laterales del tórax, abruptamente terminados por un ángulo entrante en los hipocondrios.

Miembros inferiores: aumento de volumen de los glúteos y gemelos (éstos más á la derecha); atrofia marcada del triceps y de los abductores, y menos intensa de los músculos posteriores del muslo. Retracción de la pierna en flexión, formando con el muslo un ángulo de 120° en ambos lados. Son imposibles todos los movimientos del muslo y la extensión de la pierna; la flexión de ésta es posible pero muy débil; están bastante bien conservados los movimientos del pie.

Todos los movimientos que aún son posibles se hacen de un modo anómalo, con lentitud, desviándose de la trayectoria directa por la necesidad de buscar puntos de apoyo en los segmentos distales de los miem-

bros, que son los que mejor conservan la fuerza muscular; por esta particularidad pudieran calificarse de *reptantes* los movimientos, sobre todo los de los miembros superiores.

Reflejos: no se provocan los tendinosos y óseos de los miembros superiores. El rotuliano está no solamente conservado sino aun exagerado, sobre todo a la derecha, de un modo que contrasta con la atrofia del triceps crural. Los de *Aquiles* están considerablemente exaltados, más a la derecha, donde se produce clonus del pie por la percusión del tendón del triceps sural. Reflejos cremasterianos y plantares exagerados, éstos en flexión plantar; los abdominales y epigástricos normales.

Sensibilidad y sentidos especiales: íntegros.

Lengua enorme, muy ancha, llenando casi por completo la cavidad bucal. Palabra lenta, monótona, escasisima expresión verbal. Obtusión mental evidente; falta de actividad de procesos psíquicos; tono afectivo indiferente.

Exploración eléctrica. Excitabilidad farádica y galvánica disminuidas simplemente en proporción a la atrofia y a la pseudo-hipertrofia; la reacción muscular es pronta, viva, sin inversión de la fórmula polar.

El tratamiento ha consistido en la administración de dos tabletas diarias de tiroidina *Merk*, con intervalos de descanso, y en aplicaciones galvánicas, catodales estables de 5 M A de intensidad y 20' de duración en los músculos principalmente interesados. No se ha advertido modificación alguna en la marcha del proceso.

*
* *

Este enfermo presenta dos síntomas fundamentales, la impotencia motora y las alteraciones de volumen de los músculos; estas últimas consisten en fenómenos de aparente hipertrofia y de aparente y real atrofia que interesan a diversos músculos; están pseudo-hipertrofiados los infraespinosos, deltoides, glúteos y gemelos de la pierna, atrofiados los pectorales, varios del brazo, antebrazo y mano, los del espinazo, y los del muslo. Esta combinación de pseudo-hipertrofia y de atrofia, interesando cada una a determinados músculos, la insuficiencia motora, la manera de ejecutar los movimientos aún conservados, unido al predominio de los trastornos en el tronco y en los segmentos proximales de los miembros, a la falta de reacción de degeneración y de contracciones fibrilares y a la edad del sujeto, completan el cuadro de la afección conocida con el nombre de miopatía primitiva, é indiscutiblemente este es el único diagnóstico que responde a la realidad de los hechos. Lo completo del síndrome me permite tratar muy concisamente del diagnóstico diferencial; los característicos trastornos tróficos de los músculos obligan a descartar todas las parálisis de la infancia tanto cerebrales como medulares y las polineuritis. La

miastenia bulbo-espinal, también carece de dichos síntomas tróficos musculares, presenta oscilaciones en el grado de insuficiencia motora según los períodos de reposo ó trabajo (mientras que en el caso presente la intensidad de la parálisis es constante) y se acompaña de una reacción eléctrica especial, la llamada reacción miasténica, caracterizada por el agotamiento rápido de la excitabilidad muscular que en este caso faltaba; la miatonía congénita de *Oppenheim* se observa en la primera infancia, la atrofia muscular es discreta, sin pseudo-hipertrofia, los reflejos tendinosos están abolidos ó muy debilitados, caracteres todos ellos ausentes en el caso que he historiado; la enfermedad de *Friedreich*, la heredo ataxia cerebelosa, la tabes juvenil, la compresión medular, la esclerosis lateral amiotrófica... basta recordar los síntomas fundamentales de estas afecciones para alejar la sospecha de que pudiera padecer de alguna de ellas este enfermo.

Se trata, pues, evidentemente, de un caso de miopatía primitiva, pero, ¿en cuál de los varios tipos que se describen debe incluirse? Años atrás cuando con solícita atención se iban creando los numerosos tipos miopáticos, hubiera tenido la respuesta á esta pregunta más interés que ahora, pues plenamente demostrada la unidad fundamental de la miopatía y el poco valor de los caracteres tenidos por distintivos de los diversos tipos, han perdido estos todo valor específico. Si alguna confirmación necesitara la doctrina unitaria, plenamente satisfactoria la proporcionaría el caso presente, pues en él se observan combinados los rasgos que se creyeron diferenciales de las formas miopáticas; en él se advierte participación de la cara en el proceso, como en el tipo *Landouzy-Dejerine*, de los músculos de inervación bulbar (lengua) como en el bulbo-paralítico de *Hoffmann* (no se confunda con el tipo *Werdnig-Hoffmann*), de los del cinturón escapular, como en el juvenil de *Erb*, de los de los miembros inferiores y región lumbar, como en el *Leyden-Mæbius*; hay aumento aparente de volumen de ciertos músculos, como en el pseudo-hipertrófico; debe pues calificarse de forma mixta, ó sintética de la miopatía primitiva, y si se me obligara á filiarle en alguno de los tipos descritos, lo haría en el último, en el pseudo-hipertrófico ó mioescleroso de *Duchenne* por ser con el que mayores analogías ofrece.

*
* *

Pero á pesar de ser este un caso evidente de miopatía primitiva, no es uno de tantos vulgares y frecuentes ejemplos de esta afección: ofrece según indiqué al principio, particularidades que justifican su publicación y de ellos voy á ocuparme ahora: en primer lugar, solicitan la atención algunos detalles etiológicos; no es un caso familiar sino que ha aparecido aislado, y por ello es una excepción á uno de los caracteres considerados

como fundamentales de la miopatía primitiva, la presentación repetida en una misma familia. Pero este carácter no es constante, ni mucho menos *Oppenheim* (19) * dice que ha visto tantos casos aislados como familiares y *Erb* (7) afirma que sólo ha encontrado antecedentes hereditarios en 56 por 100 de los casos: el que acabo de historiar no debe pues considerarse, por su carácter esporádico, como de una rareza extraordinaria.

Ha padecido este enfermo, no obstante su corta edad, numerosas infecciones, graves algunas de ellas y á este propósito es de tener en cuenta que los autores señalan la frecuencia de las infecciones en los antecedentes de los miopáticos: tal hace *Boix* (2) y *Sante de Sanctis* (22) indica la constancia de las infecciones previas en ciertos miopáticos con síntomas cerebrales bastante pronunciados y sin carácter familiar; *Guillain* (10) ha publicado un interesante trabajo sobre las lesiones musculares debidas á la fiebre tifoidea (que figura entre los antecedentes patológicos personales de mi enfermo) repartiéndolos en tres grupos: 1.º, en el período agudo de la infección, degeneraciones granulosa, cirrósica y vacuolar, con focos hemorrágicos y abscesos en plena sustancia muscular; 2.º, hipertrofia muscular por angiomiopatía no progresiva (trombosis venosas); 3.º más tardíamente miopatía progresiva. En este último grupo, debe incluirse el caso presente, si se concede valor etiológico á la fiebre tifoidea que padeció anteriormente el sujeto.

Si bien el comienzo de la enfermedad fué insidioso, la evolución ha sido relativamente rápida, pues en un año ha reducido al paciente á una impotencia motora casi completa, no permitiéndole más movimientos que algunos débiles y limitados de los segmentos distales de los miembros, mientras que el curso de la miopatía primitiva es, por regla general, sumamente lento, progresando insensiblemente; sin embargo, cóncense algunos casos de comienzo un tanto agudo y aparatoso, como los dos de *Bazinsky* (1) y los dos de *Noica* (17); de estos últimos, en uno de ellos, el comienzo fué rápido y manifiesto, parecido al de las polineuritis, y en el otro, en el que figuraba la malaria entre los antecedentes, hubo fuertes dolores iniciales.

En lo relativo á las particularidades sintomáticas del caso que he historiado, analizaré cuatro que considero interesantes; la astenia muscular, la exaltación de los reflejos tendinosos, la hipertrofia de la lengua y la cifosis.

No se observa en los miopáticos un exacto paralelismo entre la fuerza y el volumen de los músculos. Aunque *Oppenheim* (*loc. cit.*) dice que á veces la potencia motora es muy superior á la que podría esperarse dada la avanzada atrofia muscular, por compensación por los músculos sanos, la regla, sin excepción apenas, es que la debilidad de los músculos sea

* Véase la Bibliografía al final del artículo.

más acentuada de la que debiera corresponder á su volumen aparente. Ya *Marie* y *Guinon* (15) decían hace cerca de veinticinco años que en la miopatía primitiva progresiva el volumen muscular no es nada y la debilidad motora lo es todo. *Marinesco* (16) asegura que en los miopáticos, sobre todo en los del tipo pseudo-hipertrófico, son frecuentes los fenómenos de miastenia intensa. *Rotstadt* (21) ha publicado un caso parecido al mío bajo el aspecto de la astenia intensa y precoz, pues muy pronto le fué imposible al enfermo, que tenía doce años, andar ni sentarse sin ayuda. *Bernhardt* señaló la coincidencia de la miopatía con la parálisis periódica familiar, y esta última afección ha sido considerada por el mismo *Bernhardt* y por *Goldflam* (citado por *Marinesco*) como una forma de miopatía, *Toby Cohn* (5) ha estudiado la asociación de esta enfermedad con la miotonía y la miastenia. Aunque en mi caso los fenómenos de astenia muscular son indudablemente mucho más marcados de lo que suelen ser en la mayoría de los miopáticos, de lo que precede se deduce que no es esta impotencia motora ningún hecho inusitado en la historia de la miopatía.

La hipótesis de una asociación de ésta con la miastenia es atractiva, pero me parece poco verosímil, porque según he dicho al tratar del diagnóstico diferencial, no es la parálisis de intensidad variable, sobre todo aparente por el ejercicio como en la miastenia, y falta también la reacción eléctrica peculiar de ésta.

Los reflejos tendinosos están, en la miopatía primitiva, generalmente disminuidos ó abolidos, el rotuliano aún en los casos en que el tríceps crural no parece atrofiado, como en las observaciones de *Erb* (*loc. cit.*) de *Marie* y *Guinon* (*loc. cit.*) y de *Leri* (12); este último autor ha encontrado abolido el reflejo rotuliano en siete casos de ocho. Pero *Oppenheim* (*loc. cit.*) declara que algunas veces son los reflejos tendinosos normales y aún están exaltados. *Sterling* (24) ha publicado un caso en el cual estaban exagerados aún los correspondientes á músculos atrofícos; en mi caso estaba un poco exaltado el rotuliano y bastante más el de *Aquiles*.

Aunque en un principio se creyera que los músculos de innervación bulbar permanecían indemnes en la miopatía, no tardaron en publicarse casos que demostraron la falsedad de tal aserto y que dieron lugar á la creación del tipo bulbo-paralítico de *Hoffmann*, á que antes he aludido; se conocen ya numerosas observaciones de participación de la lengua en el proceso, con atrofia de la misma, como la de *Steinert* (23), *Hoffmann* (11), *Oppenheim* (18), *Bouveret* (3) etc., pero no he conseguido encontrar ninguna en la que se hiciera constar explícitamente la hipertrofia lingual y bajo este concepto considero digno de ser conocido el caso presense en el que el tamaño de la lengua era muy superior al normal.

La lordosis lumbar es uno de los síntomas más característicos de la miopatía primitiva, y de los que más eficazmente contribuyen á determinar la actitud propia de estos enfermos; en el mío existía cifosis, pero

esta aparente contradicción se explica muy satisfactoriamente sin más que examinar las causas productoras de la lordosis; es ésta debida según la Srta. Sacara (21^{bis}) á la insuficiencia de los músculos extensores del muslo sobre la pelvis, y al consiguiente predominio de los extensores espinales, pero si estos se hallan intensamente afectados por el proceso atrófico y paralítico, como en el caso presente, no puede producirse la lordosis, inclinándose inversamente el dorso hacia delante, lo que determina la cifosis, y hace imposible toda compensación capaz de restablecer el equilibrio, por lo que al enfermo le es imposible en absoluto andar ni estar de pie.

El pronóstico es de incurabilidad y de terminación por muerte en edad generalmente temprana, aunque se cita algún caso que llegó á los cincuenta y ocho años (*Oppenheim*). Suelen morir estos enfermos por alguna enfermedad intercurrente (afectos inflamatorios pulmonares, tuberculosis) y tanto más pronto cuanto más precoz ha sido el comienzo de la neuropatía; los pseudo-hipertrofos rara vez pasan de los veinte años.

El tratamiento ha de ser ante todo higiénico, vida al aire libre, alimentación sustanciosa, hidroterapia y ejercicio muscular moderado y siempre adaptado á la capacidad del enfermo. Agrégense á estas medidas los tónicos generales y los especiales del sistema nervioso, y el tratamiento eléctrico, evitando siempre cuidadosamente las aplicaciones demasiado intensas y perturbadoras; se ha empleado la faradización por *Duchenne*, la galvanización por *Oppenheim*, que obtuvo en dos casos una notable mejoría, la galvano-faradización por *Ladame*, el baño hidroeléctrico sinusoidal por *Larat*, y el de cuatro células, galvánico, por *Delherm* (citados por *Boix*, (*loc. cit.*); *Debray* (6) aconseja las aplicaciones galvano-farádicas asociadas á las inyecciones hipodérmicas de 0,03 gramos de cacodilato sódico y 0,0005 gramos de de estriénina diariamente. Aunque *Levi* y *Rothschild* (14) aseguran haber conseguido aliviar un caso de diagnóstico dudoso entre miopatía y miotonía de *Oppenheim*, por el uso de los preparados de hipófisis, en los miopáticos bien caracterizados no han dado resultado completamente satisfactorio ninguno de los ensayos opoterápicos (tiroides, timo, jugo muscular). Por último, las deformidades debidas á las retracciones musculares pueden plantear el problema de la intervención quirúrgica, pero ésta encuentra una contraindicación en el carácter progresivo de la enfermedad.

*
* *

No he de terminar este artículo sin consagrar un breve párrafo á las relaciones entre la miopatía primitiva y la atrofia muscular progresiva espinal de *Aran-Duchenne*. En otros lugares he discutido ampliamente este tema (10 y 11) declarándome partidario de la doctrina dualista, de la que

sostiene la independencia mútua de ambos procesos, y en el tiempo transcurrido desde aquellas publicaciones hasta la fecha actual mis convicciones se han afirmado más aún. Es hoy el más significado defensor de la doctrina unitaria el profesor *F. Raymond*, quien ha consagrado á este asunto la mayor parte del VI tomo de su clínica de enfermedades nerviosas (20), apoyando sus razonamientos principalmente en la existencia de formas de transición y en la falta de valor patognómico de los caracteres diferenciales; pero el primer argumento no prueba nada, pues las formas de transición pueden perfectamente explicarse por la combinación de lesiones debidas á procesos fundamentalmente distintos pero que pueden asociarse y en cuanto al segundo, si bien es cierto que ningún signo distintivo aislado es "patognómico, tampoco puede negarse que si lo es el conjunto de ellos, siendo una verdad inconcusa que la miopatía primitiva se presenta en clínica con caracteres tan precisos y tan peculiares que impiden su confusión con toda otra enfermedad. Por lo que respecta á algún caso, como el publicado por *Cenas y Douillet*(4), de coexistencia de amiotrofia mielopática en un sujeto y miopática en sus dos hijos, no es posible, por lo aislado, concederle valor alguno, pues puede muy bien tratarse de una simple coincidencia.

El intento de fusionar en un solo concepto nosológico á la miopatía primitiva y á la atrofia muscular progresiva espinal, tropieza con el gravísimo inconveniente, de que así como la primera es una especie morbosa autónoma perfectamente definida y caracterizada por su etiología, por su anatomía patológica y por su sintomatología, la segunda carece de individualidad, no pudiendo ser considerada como enfermedad independiente, sino sólo como un síndrome provocado por procesos diversos. *Leri* (13) siguiendo las inspiraciones de *P. Maré*, afirma que la amiotrofia progresiva espinal es debida á alteraciones de las células de las astas anteriores de la médula producidas por lesiones varias de las sustancias blanca ó gris ó de las meninges, determinadas á su vez por la sífilis medular, meningo-mielitis, poliomyelitis anterior crónica, siringomielia, esclerosis lateral amiotrófica, intoxicaciones, etc., sin que hasta ahora se conozca un solo caso plenamente probatorio de degeneración aislada, independiente, de las células de las astas anteriores, que responda al antiguo concepto de la amiotrofia de *Aran-Duchenne*. Discutida la existencia de esta como especie morbosa, y aun negada por la mayoría de los autores, es ilógica la pretensión de integrar en el complejo sindrómico que representa á una enfermedad de caracteres tan precisos como los de la miopatía primitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARZINSKY. Tesis de Berlín. 1904.—2. BOIX. In *Traité de Medecine de Bouchard y Brissaud*, 2.^a edición. T. X. pág. 446. Paris, 1905. — 3. BOUVERET. *Lyon médical*,

núm. 39. 1895.—4. CENAS y DOUILLET. *Loire méd.* 15 de Juliode 1885.—5. COHN (TOBY). *Neurol. Centralbl.* pág. 1,118, 1904.—6. DEBRAY. *Journ. de Neurol.* núm. 1, 1908.—7. ERB. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhe.* B. 1. 1891.—8. FERNÁNDEZ SÁNZ. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, núm. 781. 1903.—9. FERNÁNDEZ SÁNZ. *Siglo Médico*, núms. 2.692 y 2.693. 1905.—10. GUILLAIN. *Semaine médic.* núm. 24, pág. 277, 1907.—11. HOFFMANN. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhe.* B. XII. 1898.—12. LERI. *Rev. Neurol.* pág. 529. 1901.—13. LERI. In *Traité de Medecine de Bouchard y Brissaud*, 2.ª edición, T. IX, pág. 632. París, 1904.—14. LERI y ROTHCHILD. *Rev. Neurol.* núm. 12, pág. 613. 1907.—15. MARIE y GUINON. *Rev. de Medec.* 10 de Octubre de 1885.—16. MARINESCO. In *Traité de Medec. et de Therap. de Brouardel y Gilbert*, T. X. pág. 709-810. París. 1902.—17. NOICA. *Nouv. Icon. de la Salpetr.* núm. 4, pág. 426. 1905.—18. OPPENHEIM. *Charité-Annalen*, Bd. XIII.—19. OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. 5.ª edición. T. I, pág. 272. Berlín, 1908.—20. RAYMOND. *Clinique des maladies du Système nerveux*. 6.ª serie. París, 1903.—21. ROTSCHTADT. *Medycyna*, núms. 47 á 52. 1906.—21. bis SACARA. *Tesis de Bucarest*. 1893.—22. SANTE DE SANCTIS. *Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma*. 17 de Noviembre de 1906.—23. STEINERT. *Münch. mediz. Woch.* pág. 831. 1905.—24. STERLING. *Gazeta lekarska*. 1907.

Notas clínicas.

Un caso de necrosis por congelación de ambas orejas, favorecida por los trastornos vasculares de la sífilis. (Enfermo del Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Dr. Azua. Pabellón 3.º, cama núm. 12). por J. S. Covisa.

T. G. M., de veintiseis años, soltero, jornalero, natural de Plasencia (Cáceres). No tiene antecedentes patológicos de importancia, hasta los veinte años.

En dicha edad, chancro sífilítico en el surco balano-prepucial; manifestaciones secundarias de cefalalgia y placas en boca y faringe; gomas en el velo del paladar; sífilides ulcerosas, de las que restan cicatrices típicas, algunas pigmentadas en ambas piernas y brazo izquierdo.

En la actualidad padece osteo-periostitis gomosa de la clavícula y las dos primeras costillas y periostitis de la espina iliaca anterior superior.

Por razón de su profesión, jornalero sin oficio determinado, se exponía constantemente á la acción del frío sin haber tenido jamás sabañones en las orejas, ni en las manos.

La necrosis de las orejas, comenzó hace dos años en el mes de Noviembre de 1906. Primeramente se le pusieron duras, edematosas, moradas, negruzcas, sufriendo, al mismo tiempo, fuerte picor é intenso dolor urente, después, acentuándose el color negro, se presentaron flictenas, que dejaban, al romperse, un fondo sucio, pultáceo. En resumen, se trató de una escara blanda, determinada por la congelación, que destruyó en la oreja derecha, casi todo el borde del pabellón, desde un centímetro por debajo

de su inserción superior, hasta un poco por encima del comienzo del lóbulo. En la izquierda, falta la parte superior convexa del pabellón, comprendiendo parte del hélix y ante-hélix, con inclusión de la correspondiente porción del cartilago, de tal modo, que la oreja queda limitada en su parte súpero-externa, por una línea sensiblemente rectilínea.

La punta de la nariz se puso también morada y negruzca, sintiendo las mismas molestias, aunque no tan intensas, sin que haya quedado lesión de ninguna clase.

Sometido entonces por el doctor AZUA, al tratamiento antisifilitico, las necrosis se limitaron y curaron con extraordinaria rapidez.

Actualmente, cuando se expone al frio, se le ponen las orejas moradas, muy oscuras y con ligeros dolores.

Es interesante este caso por varios conceptos; en primer lugar, por la rareza de las congelaciones en nuestros climas; en segundo término, por la aparición de las lesiones en el mes de Noviembre, que no es de los más frios en Madrid y en un sujeto que por razón de su oficio y manera de vivir estaba acostumbrado á sufrir todas las inclemencias del tiempo; y en fin, porque da idea de la importancia de las alteraciones vasculares de la sífilis, en la producción y en el tratamiento de estas lesiones.

Ya es de antiguo conocida la acción local del frio, bien determinada por numerosos experimentos y multitud de observaciones clinicas, y es también opinión general de los autores, que el frio no basta por sí sólo, para producir las lesiones, algunas enormes, que han sido descritas, invocándose como causas predisponentes, la fatiga, el mal estado general, las infecciones é intoxicaciones anteriores, etc.

Seguramente que ninguna de estas causas tiene el valor de la sífilis, infección que por su acción electiva sobre las arterias, favorece de un modo especial, las lesiones producidas por el frio y otros agentes, que ejercen también su acción sobre los mismos vasos, ya en sitios que están alejados del corazón, como los miembros, ya en otros, que, como la nariz y las orejas, están constantemente expuestos á las contingencias exteriores, por la situación superficial de su circulación.

Interesa, además, este caso de patogenia tan clara, por las relaciones que pudiera tener con la enfermedad de *Raynaud*, de interpretación tan difícil, ya que ha sido también invocada la acción del frio en la determinación de dicha enfermedad, tratando algunos autores (BOUCHEZ), de establecer todas las transiciones entre los sabañones verdaderos y la gangrena simétrica y además, porque se han descrito casos de la enfermedad de *Raynaud*, en los que las necrosis estaban localizadas en la nariz y en las orejas. (LOCKWOOD, CLIFFORD, URBANTSCHICH, PERONI, SEE y otros).

Dos casos de sarampión complicado, por A. Romeo.

Pilar G., cinco años, hija de padres sanos. Un hermano de ocho años ha padecido sarampión, pocos días antes que ella. No ha tenido enfermedad alguna hasta contraer la actual.

El 6 de Noviembre fué visitada por primera vez, apreciándose los síntomas ordinarios de un sarampión de intensidad media.

Al desaparecer el exantema, continúa con fiebre de tipo remitente 38° en la mañana 39 ó 39°,5 en la tarde. Tiene tos bastante frecuente y con escasa expectoración mucosa; disnea aunque no exagerada; examinado detenidamente el aparato respiratorio, se aprecian tan solo ligeros y escasos *roncus* y algunos estertores mucosos. La lengua ligeramente saburrosa, las deposiciones líquidas y raras, pero sin fetidez. La orina clara, bastante abundante y sin albúmina. Ningún síntoma cerebral ni meníngeo. Faringe bien, oye sin dificultad y el tímpano aparece normal al examen otoscópico.

No aqueja dolor alguno. Por auscultación no se aprecian ruidos pericardíacos, pero sí parece percibirse un soplo suave muy ténue hacia la punta del corazón. Pulso frecuente (180 pulsaciones), pequeño, con alguna aritmia. Gran palidez de la cara. Sueño intranquilo.

Día 22. La tos ha disminuido y la expectoración es nula.

Sigue disnéica. Se aprecian raros estertores. El aparato digestivo sigue en el mismo estado. La fiebre con tendencia á disminuir. Los síntomas de aparato circulatorio sin modificación. Duerme mejor.

Día 26. Tos seca y escasa. Apetito bueno, deposiciones normales. Temperatura 37° en la mañana, 37°8 en la tarde.

Día 29. Desaparece la fiebre. Soplo sistólico en la punta del corazón, aunque poco intenso y apreciable. Pulso regular (160 pulsaciones).

Día 10 de Diciembre. La niña continúa con buen apetito. Deposiciones normales. Tos rarisima. Ligera frecuencia respiratoria (30 en el minuto). A la auscultación del aparato respiratorio, nada de particular. Orina abundante, sin albúmina. La palidez ha disminuido. Tiene su fisonomía sello de tristeza y la niña no ha recuperado su alegría habitual. El soplo apenas se aprecia. Los latidos son regulares. La punta del corazón aparece algo descendida, chocando con mayor intensidad á nivel de la quinta costilla y aun es también perceptible en el quinto espacio intercostal. La matidez cardíaca está algo ampliada hacia la izquierda. Pulsaciones, 132.

DIAGNÓSTICO.—Sarampión, endocarditis aguda con ligera insuficiencia mitral consecutiva.

Nada podemos decir del agente causante de esta endocarditis, si será realmente debida al microorganismo todavía desconocido del sarampión ó bien á una asociación microbiana acaso estreptocócica, ya que en las raras formas de sarampión séptico, se observa en la sangre la presencia del estreptococo.

Conceptuamos de interés este caso porque en los libros de enfermedades de los niños, á excepción de *Moser* en el Tratado Enciclopédico de Pediatría, no citan la endocarditis como complicación del sarampión y realmente, según resulta de nuestra práctica, es excepcional: él nos servirá para no olvidar el examen escrupuloso y diario del corazón en estos enfermos.

Antonia S. H., catorce meses. Padre muerto de afección cardíaca. Madre sana é igualmente tres hermanos que tenía.

16 de Noviembre. La encontramos en plena erupción de sarampión con fiebre alta.

21 de Noviembre. Exantema muy atenuado; aparato digestivo bien; orina no abundante, pero clara y sin albúmina; reacción pupilar normal; faringe y oído bien; intensa disnea con algo de tiraje, afonía completa, tos no frecuente, breve, seca. No están aumentadas de volumen las amígdalas ni existen adenitis en el cuello. La alimentación dificultada porque el paso de la leche provoca tos y con frecuencia vómitos. La auscultación del aparato respiratorio no descubre estertores ni síntoma alguno particular. Pulso frecuente regular. Temperatura 39 y 39°5.

En cada uno de los días 22 y 23 se aplican 20 centímetros cúbicos de suero antidiftérico, consiguiendo que el 24 descienda la temperatura á 38° y el 25 á 37°, á la vez que disminuye notablemente la disnea, desaparece el tiraje y se atenúa el reflejo laríngeo.

El día 26, nueva elevación de temperatura á 40°3, pero sin agravarse los síntomas laríngeos, ya muy atenuados. Aplicación de 20 centímetros cúbicos de suero.

Días 27 y 28. La temperatura no desciende, la disnea parece estar en relación únicamente con la temperatura; no hay tiraje. En cada uno de estos días se aplican 20 centímetros cúbicos de suero.

La enferma continúa en los días sucesivos con temperatura siempre alrededor de 40°; no ha sido modificada por el suero; los baños generales templados, aplicados cada tres horas no descienden sino por poco tiempo la temperatura.

La niña está despejada, sin que su aspecto exterior indique la fiebre elevada que sufre; mama, aunque con frecuentes descansos; el grito y el lloro son perceptibles indicando la disminución de la afonía, la disnea ha perdido completamente su carácter laríngeo; la minuciosa y repetida exploración de los demás aparatos, en especial el respiratorio y el circulatorio no revelan complicación alguna y en esta situación, con el sensorio despierto y al parecer normal, es vencido su corazón y muere el día 8 de Diciembre.

La interpretación de este cuadro clínico es á nuestro juicio, difícil; los síntomas observados el día 21 y el resultado conseguido con las dos primeras inyecciones de suero, nos llevaron á admitir la existencia del crup

diftérico, á pesar de la falta de adenitis del cuello y abultamiento de las amígdalas, síntomas que no suelen faltar sino rarisima vez en esta última afección.

La nueva elevación de temperatura, la absoluta ineficacia de las tres inyecciones sucesivas, la desaparición casi completa de los síntomas laríngeos y la larga duración del proceso, han hecho que casi desistiéramos de nuestro primer diagnóstico; puede muy bien haber sido una intensa laringitis no diftérica, á cuya atenuación haya contribuido el suero antidiftérico, como la revulsión, el acónito y belladona empleados, sin olvidar por otra parte que este suero produce también en algunos casos, descensos de temperatura y mejoría en el estado general, en la pneumonia, lo que se explica, admitiendo que actúa sencillamente como un suero aléxico ó sea prestando al organismo del enfermo cierta cantidad de alexinas ó complementos.

Al desechar el diagnóstico de difteria y no encontrando la explicación de la anormalidad en los demás aparatos orgánicos, creo debe incluirse este caso en el grupo de *sarampión séptico* admitido por Moser y debido probablemente á la asociación microbiana con el estreptococo, ya que además esto me parece más probable que la existencia de una asociación más compleja de difteria y estreptococia, explicación que aclararía el efecto primero favorable del suero y el fracaso final debido al estreptococo, y que en último caso es también bastante satisfactoria.

Pólipo aéreo del tímpano; imagen timpánica curiosa, por A. G. Tapia, del Instituto Rubio.

Verdaderamente curioso é interesante por lo susceptible de inducir á error es el caso en que me voy á ocupar. Una niña de once años, D. B., se presenta en mi consulta del Instituto Rubio (27, XI, 08) aquejando sordera bilateral que le quedó como huella de una supuración de los oídos ya extinguida.

EXAMEN. Oído derecho; (fig. 1) Tímpano seco muy hundido; la apófisis corta hace gran relieve y el mango del martillo está muy oblicuo, casi horizontal, pues en la proyección visible aparece muy corto. En el cuadrante postero-superior se ve por transparencia y aún se marcan en relieve, la apófisis vertical del yunque y el estribo. Inmediatamente por debajo de estas se ve una perforación pequeña de unos dos milímetros, cuyo fondo, blanco mate deslustrado, adosado á la pared interna de la caja, puede ser una película cicatricial ó la misma pared interna de la caja, rasando con la perforación de este tímpano hundido.



Fig. 1.

Oído izquierdo. Gran perforación postero-inferior, placa calcárea en el resto del tímpano. Tímpano seco no supurante.

Con este aspecto de la imagen timpánica anoto en la hoja clínica el diagnóstico «adherencias post-supuratorias del tímpano á la caja» y remito la enferma al alumno del dispensario doctor *García Vicente* para hacer la anotación acúmetrica antes y después de la insuflación de aire, completar la historia y disponer el tratamiento por la thiosinamina.

No tiene interés en este caso, la exposición de la anotación acúmetrica detallada; únicamente diré, que la audición mejoró notablemente después de la insuflación.

Lo interesante del caso, lo que me induce á publicarlo, es que los alumnos del dispensario, que habían visto el oído derecho antes de la insuflación de aire, se vieron sorprendidos después de la insuflación, por una imagen timpánica completamente distinta; y en efecto, por lo insólito, el hecho era muy digno de estudio. El tímpano derecho intensamente enrojecido, presentaba un pólipo de color rojo, brillante, alargado, tenso, que parecía un dedil de goma insuflado, dirigido, como en la figura 2 puede verse, de atrás á adelante y afuera.



Fig. 2.

Tengo por seguro, que si no hubiera visto el caso antes de la insuflación, lo habría tomado por un pólipo y si no hubiera tenido ocasión de observar algo semejante otras veces, aunque ni con mucho tan notable como esto, no hubiera podido en el acto dar de ello una explicación cumplida.

Tratábase sencillamente, de una perforación del tímpano cubierta de una película cicatricial, á su vez formada, como es sabido, por la emigración del epitelio de la capa cutánea del tímpano y del epitelio cúbico de la capa mucosa, sin el tejido fibroso que constituye la túnica media de la membrana del tímpano. Esta cicatriz es sumamente fina y dado que, por no contener tejido fibroso, su elasticidad es mayor que la del resto del tímpano, se ha ido dejando distender por el aire impulsado á la caja en los continuos esfuerzos de sonarse la nariz (valsalva espontáneo). Cuando la caja no tiene aire en presión,



Fig. 3.

la cicatriz se hunde y desaparece en la caja (fig. 3); cuando se insufla con fuerza, la cicatriz se abomba y ofrece la imagen de pólipo (fig. 4); el color rojo, es debido á la congestión que produce la insuflación de aire en la caja y está en razón directa de la



Fig. 4.

intensidad con que se insufla. Además es curioso mirar el tímpano á la vez que se dirige aire á la caja, pues se vé llenarse rápidamente y con turgencia el *dedo de guante* cicatricial que yo no he dudado denominar *pólipo aéreo*.

Revistas críticas.

Infusorios parásitos de las vías digestivas: *Trichomonas hominis* (*T. vaginalis*) y *Megastoma entericum* (*Lamblia intestinalis*). Su importancia diagnóstica para la localización de los procesos morbosos. — Por *Gustavo Pittaluga*.

No hace mucho, en la sesión del 19 de Octubre último (1908) de la «Sociedad de Medicina interna» de Berlín, el doctor COHNHEIM volvía á insistir sobre un tema por él tratado en anteriores comunicaciones, esto es sobre el *hallazgo de distintas especies de infusorios en las enfermedades del estómago y del intestino*. Y las observaciones del doctor COHNHEIM despertaban tanto mayor interés, por cuanto se referían — en esta última nota — á la presencia de infusorios del género *Trichomonas* y *Megastoma* en seis casos de cáncer.

Tratábase, en los seis casos, de carcinoma del estómago; y desde luego COHNHEIM advierte que el hallazgo de dichos protozoos parásitos en el contenido gástrico de los seis enfermos, no constituía un síntoma precoz de la enfermedad, puesto que existía ya tumefacción apreciable con los métodos clínicos y no faltaban algunos otros signos propios del proceso neoplástico. En un séptimo caso en que la palpación no revelaba nada anormal, ni existían síntomas generales ó locales de otra clase, el mismo autor no se creyó autorizado para sentar el diagnóstico de cáncer del estómago á pesar de haber encontrado gran cantidad de *Megastoma* (*Lamblia intestinalis*) vivos en el contenido gástrico. Tratábase en este último caso de una mujer con aquilia persistente desde dos años y medio atrás. Sin embargo COHNHEIM insiste en poner de relieve que habiendo examinado, sometiénolos á metódica investigación, numerosos enfermos con aquilia y sin cáncer, nunca se había encontrado con protozoos vivos (*Megastoma*) en el contenido gástrico. Lo cual sugiere al parecer la sospecha de que en aquél caso positivo (respecto á la existencia de parásitos «*Megastoma*»), se tratara en efecto de un oculto proceso carcinomatoso.

En resumen, COHNHEIM afirma que el hallazgo de infusorios vivos en el contenido gástrico permite sentar con grandes probabilidades el diagnóstico de «cáncer de la porción superior del tubo digestivo».

La afirmación, aun con las reservas y limitaciones que el mismo autor expone, es en nuestro entender algo exagerada.

Aparte de que no en todos los casos de carcinoma gástrico, ó según

la expresión de COHNHEIM, de «cáncer de las porciones superiores del tubo digestivo» se encuentran infusorios parásitos (*Lambliia*, *Trichomonas*, etc.), es menester tener presente que el ácido láctico ejerce acción muy nociva sobre estos protozoos, los cuales por tanto no viven, no existen cuando las cantidades de ácido láctico superan un máximo — de por sí muy reducido — y con frecuencia efectivamente superado en los casos de cáncer del estómago.

La condición principalísima que permite la vida de estos infusorios en el contenido gástrico es la anaclorhidria, la falta de HCl libre; condición que en efecto se verifica en la gran mayoría de los casos de carcinoma (93,4 por 100 según ROBIN, 92 por 100 según ROSENHEIM, 89 por 100 según HAMMERSCHLAG, 84 por 100 según RUTIMEYER). Pero no podemos olvidar que una gastritis atrófica con anaclorhidria puede determinarse por un proceso crónico de otra índole y hasta un trastorno funcional, una astenia intensa, dar lugar á la desaparición del HCl libre y permitir por tanto que vivan y se desarrollen en el contenido del estómago los protozoos parásitos á que se hace referencia, y que tienen su normal asiento en el duodeno y en el yeyuno.

Los protozoos parásitos del género *Lambliia* (sinónimo *Megastoma*: *Megastoma entericum* — *Lambliia intestinalis*) y los del género *Trichomonas* se han encontrado muchas veces en las deyecciones de enfermos diarreícos, y caracterizan en estos casos un proceso enterítico á cargo del intestino delgado y muy especialmente de sus porciones anteriores, y del duodeno. En cambio el hallazgo del *Balantidium coli* indica que la lesión ó la alteración intestinal están á cargo del colon. Naturalmente, ni en el primero ni en el segundo caso puede afirmarse desde luego que el proceso morboso sea debido á los protozoos, y que estos parásitos deban considerarse como los verdaderos agentes productores de la enfermedad. Sin embargo existe un síndrome morboso ya descrito magistralmente por GRASSI en 1881 en el cual el hallazgo constante de grandes cantidades de *Megastoma* (*Lambliia intestinalis*), el carácter de las deposiciones y las lesiones de la mucosa encontradas en los pocos casos sometidos á examen anatomo-patológico *post mortem*, hablan en favor de un origen protozoárico de la enfermedad. Del mismo modo MALMSTEN (de Estocolmo, 1857), más tarde STIEDA, TREILLE, PERRONCITO, YANOWSKI, KLIMENKO, ORTMANN, SLOWJEW, recientemente GLAESSNER (1908) han observado y descrito una enteritis producida por *Balantidium coli*. La lesión intestinal queda localizada en estos casos en el intestino grueso, y consiste esencialmente en infiltración de las paredes, que se encuentran edematosas y congestionadas; ulceraciones abundantes de la mucosa del colon con dislaceración de los haces de la capa muscular. Los protozoos parásitos (*Balantidium*) invaden todo el colon, se hallan en gran cantidad alrededor de las ulceraciones de la mucosa, y á veces—como en los casos observados por Klimenko—invaden

los vasos capilares y linfáticos de los territorios intestinales correspondientes.

La relación etiológica — de causa y efecto — que pueda existir entre la enfermedad (lesión intestinal) y la presencia de los protozoos parásitos, puede quedar todavía sometida á discusión, y no es cuestión que podamos intentar resolver en este momento, ni aún reuniendo todos los datos aportados hasta ahora por clínicos y patólogos.

Lo que nos interesa poner de relieve es la posibilidad de un exacto diagnóstico de localización de lesiones ó alteraciones del intestino, por medio de la investigación y del hallazgo de la una ó la otra forma de protozoos parásitos. El *Megastoma* (*Lambliá intestinalis*), cuando existe, es parásito característico del duodeno y de las porciones anteriores del intestino delgado. De ahí que en los casos de anaclorhidria gástrica, cuando las condiciones de la mucosa del estómago se modifican en este sentido por efecto de un proceso patológico (por lo general de un proceso carcinomatoso) se encuentren *Megastoma* (*Lambliá*), á veces en cantidad considerable (como en los casos de COHNHEIM) en el contenido gástrico. Por supuesto, parece inútil advertir que estos protozoos no tienen nada que ver con la patogenia del proceso neoplásico. Su presencia suele notarse en el contenido gástrico cuando otros síntomas clínicos han encaminado ya el juicio del observador hacia el diagnóstico; pero no por esto es menos interesante. Trátase además de una comprobación biológica, de una especie de reactivo vital de la anaclorhidria; al propio tiempo téngase en cuenta que el hallazgo de *Megastoma* en estas circunstancias demuestra que los ácidos de fermentación son escasos, y especialmente escaso el ácido láctico. Puesto que muchos clínicos insisten todavía, según las enseñanzas de la escuela de Boas, en considerar al ácido láctico como absolutamente constante en los casos de carcinoma del estómago, es oportuno llamar la atención sobre la incompatibilidad de la vida de los *Megastoma* (*Lambliá*) en presencia de ácido láctico. Por esta consideración adquieren mayor interés las observaciones de COHNHEIM ya citadas.

El hallazgo de *Megastoma* (*Lambliá*) en las deyecciones, cuando hay síntomas de enteritis, demuestra que el proceso inflamatorio ó la lesión intestinal, cualquiera ella sea, se hallan á cargo de la porción anterior ó superior del tenue y principalmente del duodeno. Entonces los *Megastoma* (*Lambliá*) que viven en gran número adherentes á las células del epitelio intestinal, aparecen en las deposiciones, arrastrados á través del tubo intestinal por las desordenadas descargas y la tumultuosa peristalsis y como efecto de la descamación epitelial y de las frecuentes ulceraciones.

La localización propia y característica de los *Megastoma* (*Lambliá*) en el tubo digestivo y las condiciones de su *habitat* se comprueban con la observación de lo que acontece en ciertos animales, que hospedan especies parecidas del mismo género de protozoos parásitos, como la *Lambliá*

muris del ratón y de las ratas (*Mus musculus*, *M. rattus*, *M. decumanus*, *Arvicola arvalis*), comunísima en estos animales.

Los protozoos del género *Trichomonas* (*Monocercomonas*) se localizan por lo general en los mismos puntos del intestino en que se encuentran los *Megastoma*.

El hallazgo del *Balantidium coli* es en cambio frecuente en los casos de lesiones inflamatorias del craso (colon y recto) y, según afirma *Glaessner*, puede caracterizar — cuando los protozoos se encuentran en grandes cantidades — una forma de enteritis especial, debida á la acción de los mismos protozoos parásitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. GRASSI G. B.—Intorno ad alcuni protisti endoparassitici ed appartenenti alle classi dei FLAGELLATI, LOBOSI, SPOROZOI E CILIATI.—(*Atti della Società ital di Scienze naturali*).—Milano.—Vol. XXIV. 1882).—2. COHNHEIM.—Infusor. in Darmkrank. («Sociedad de Medicina interna».—Berlín, 19 de Octubre de 1908).—3. K. GLAESSNER.—Ueber Balantidienenteritis: (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasit.*—Orig. B, XLVII, 3, 1908).—4. W. BENSEN.—Bau und Arten der Gattung «*Lamblia*». (*Zeitschrift für Hygiene*.—Leipzig, LXI, 1.º de Septiembre de 1908).—5. MORITZ.—Ueber Häufigkeit und Bedeutung des Vorkommens von *Megastoma entericum* im Darmkanal des Menschen. (*Sitzungsber. des Arztl. Vereins Münch*, 1892. Bd. II, pág. 89).—6. METZNER.—Untersuchungen an *Megastoma entericum* GRASSI aus dem Kaninchendarm. (*Zeitschr. für wissenschaftl. Zoologie*, 1901. Bd. LXX, pág. 300).—7. SCHAUDINN.—Fritz. (*Arbeiten aus d. Kaiserl. Gesundheitsamte*, 1903. Bd. XIX, pág. 563).—8. WENYON.—Observations on the Protozoa of Intest. of mice. (*Arch. f. Protistenkunde*, 1907, pág. 190).—9. BOHNE y PROWAZEK.—Zur Frage der Flagellatendysenterie. (*Archiv für Protistenkunde*, 1908. Bd. XII).

La génesis sexual del histerismo y de las neurosis en general por M. Gayarre.

Todas las teorías propuestas hasta ahora para explicar el histerismo pretenden reducir sus síntomas á una fórmula, considerándolo desde un solo punto de vista, (teorías de *Jauet*, de *Möbius*, de *Babinski*, de *Claparède*, etc.), pero ninguna explica satisfactoriamente cómo la alteración psíquica que es el fundamento de la enfermedad, engendra los innumerables síntomas de ella. No nos proponemos estudiar aquí más que una de estas hipótesis, la propuesta por *Freud* y *Breuer*, porque tiene transcendencia práctica cada vez mayor.

En su esencia la teoría de *Freud* es la doctrina primitiva, que atribuía el histerismo á alteraciones uterinas, pero modificada en el sentido de que la causa de los síntomas no es la matriz que sube ó baja, sino los apetitos sexuales satisfechos ó no. Lo que hay de nuevo en la teoría es el intento de averiguar el mecanismo psicológico de la producción del sín-

drome histérico. Todo el mundo reconoce que el instinto genésico participa de algún modo en el desarrollo del histerismo. *Freud* pretende no sólo haber precisado cuál es ese modo, sino haber demostrado además que no hay histerismo que no sea de origen sexual y lo que es más, que no provenga de alguna perversión sexual. Para descubrir esta es preciso un análisis psicológico casi siempre minucioso y delicado, pero que casi sin excepción conduce al fin apetecido, el de librar al enfermo de la influencia oculta que tales perturbaciones genésicas han ejercido en la producción de la enfermedad.

Freud aplicó su teoría y la terapéutica que de ella se deriva sólo al histerismo, pero sus discípulos entusiastas, *Bezzola*, *Stekel*, *Abraham* y otros se han dedicado á explicar por esta génesis sexual todas las neurosis acompañadas de ansiedad. Todas las fobias, el vértigo, la hipocondría, la neurastenia, la tartamudez son según ellos, de origen sexual. *Jung* pretende explicar de este modo la psicogenia de la demencia precoz, y *Abraham* ha desarrollado aún más las ideas de *Jung*. Hasta la dismenoreea es explicable por la nueva teoría.

Freud esbozó su teoría en un artículo publicado en el *Monatschrift für Psychiatrie*, 1901, (*Zur Psychopathologie des Alltagslebens*) en el que analiza ingeniosamente el mecanismo psíquico del olvido de nombres propios, las equivocaciones verbales, la confusión de palabras extranjeras, de refranes y otros incidentes parecidos de la vida corriente. Supone que en muchos de tales casos el motivo esencial del error, lo que hay en el fondo de la equivocación, es un pensamiento inconscientemente rechazado del campo de la conciencia (*Verdrängung* llama á este proceso), y que esta idea es de índole sexual. A esta conclusión llega estudiando por ejemplo lo sucedido á él mismo una vez que no podía recordar el nombre del autor de unos frescos de la catedral de Orvieto (*Signorelli*). Sería muy larga la exposición de este análisis, que puede verse en el artículo citado.

Otro factor importante en la teoría de *Freud* es la explicación de los sueños. Los sueños son en general explicables y revelan lo más íntimo de la vida psíquica. Por eso *Freud* apela al análisis del sueño para desentrañar el origen, casi siempre sexual, de la neurosis. Según este autor durante el sueño penetran libremente en la conciencia las ideas relegadas á la subconciencia durante la vigilia, ó lo que es igual el sueño es un recurso para burlar la eliminación de la idea molesta (sexual casi siempre) (*einer der Umwege zur Umgehung der Verdrängung*) y merced al cual esta vuelve indirectamente al campo psíquico. El examen minucioso de cada sueño constituye, por tanto, parte integrante del análisis psíquico ó psico-análisis.

En 1905 publicó *Freud* en la Revista citada unos fragmentos de un análisis del histerismo (*Bruchstück einer Hysterie-Analyse*), en el que se

describe minuciosamente la historia de una histérica y el análisis psíquico del caso. El artículo tiene más de 80 páginas y es en verdad bastante difuso, pero vale la pena de extractar dicha historia porque es un ejemplo típico del método llamado psicoanalítico.

Era una muchacha de diez y ocho años (á quien llama [Dora]), que sentía cariño grande por su padre; las enfermedades que sufrió éste acrecentaron aquella ternura. Cuando Dora tenía diez años, sufrió el padre un desprendimiento de la retina que aminoró mucho su poder visual y le obligó á permanecer mucho tiempo en la obscuridad. Dos años después, paresias y trastornos psíquicos debidos á la arteritis sífilítica. Una hermana del padre falleció de marasmo en el curso de una psiconeurosis no bien determinada. Un hermano también del padre, es hipocondriaco. La madre de la enferma á la cual no vió *Freud* era, según parece, mujer frívola y padecía de algo parecido á la misofobia. Madre é hija se odian. Un hermano de la enferma es siempre partidario de la madre, como Dora lo es del padre.

Hacia los ocho años aparecieron en Dora los síntomas nerviosos. Empezó á sufrir disnea constante que se exacerbaba á veces, que se manifestó en una excursión y fué atribuida al cansancio. El médico que la asistió dijo que la disnea era nerviosa. Merced al reposo fué disminuyendo el trastorno.

A los doce años hemicránea y accesos de tos nerviosa. La hemicránea cada vez menos intensa desapareció á los diez y seis años. Los accesos de tos nerviosa, nacidos según se creía de un catarro ordinario, persistían aún á los diez y ocho años. Cada acceso duraba tres á cinco semanas, algunos varios meses é iban acompañados de afonía. Todo tratamiento fué ineficaz á pesar de que Dora sentía alguna inclinación hacia su médico. A los diez y seis años perdió á una tía á quien quería mucho y fué á vivir con su tío, en cuya casa sufrió algo que fué diagnosticado de apendicitis.

Al año siguiente, fué á vivir á Viena. Un día dejó escrita una carta en la que decía que iba á suicidarse, pero no llegó á intentarlo. Poco tiempo después tuvo una ligera discusión con su padre y á consecuencia de ella, sufrió un primer ataque de pérdida del conocimiento, seguido de amnesia; á pesar de su resistencia, la llevaron á la clínica de *Freud*.

En resumen, es este un caso de pequeño histerismo con sus síntomas más vulgares: disnea, tos nerviosa, afonía, hemicránea, mal humor y algo de *tedium vitæ*.

Freud sometió á esta muchacha á un psicoanálisis [prolijo, que dió el resultado siguiente:

El padre de Dora confesó que estando en B, contrajo amistad íntima con un matrimonio K, que allí vivía. Entonces cayó enfermo y la señora K, le asistió con gran solueitud. El señor K, se aficionó á Dora, paseaba con ella, la hacía regalos, pero sin que pudiera advertirse nada sospechoso en

su conducta. Durante una ausencia de su padre vivió Dora en casa de K; al volver el padre, la muchacha le dijo que no quería permanecer más tiempo en aquella casa. Algunos días después explicó el motivo de esta decisión: K, se le había declarado en un paseo por el lago. El padre creía que no hubo tal cosa, que todo fué invención de Dora. Según *Freud* este fué el trauma psíquico causante de la neurosis. Pero algunos síntomas, como la tos y la afonía existieron mucho antes del suceso, á los ocho años, por lo que creyó *Freud* necesario investigar la historia de la muchacha hasta su infancia. Vencidas las primeras dificultades anejas al análisis psíquico, refirió Dora que cuando tenía catorce años, consiguió una vez K, que se quedaran solos en casa de él y aprovechó la ocasión para abrazarla y besarla en la boca. Dora sintió entonces gran repugnancia y repelió al atrevido. Sin embargo, siguieron tratándose ambos, sin aludir nunca á aquella escena. Después el matrimonio K, quiso llevarse consigo á Dora pero esta rehusó la invitación sin decir por qué.

Desde entonces Dora fué histérica. En ella se efectuó una inversión afectiva; en vez de la sensación erótica que una mujer sana hubiera sentido en tales circunstancias, sobrevino la sensación desagradable propia de la entrada del tubo digestivo, la náusea. Esta repugnancia persistió mucho tiempo: la enferma comía muy poco y á disgusto. Además, según decía, sentía todavía en el pecho la presión del abrazo. Según *Freud* la génesis de este sintoma es la siguiente: Dora sintió no sólo el beso en los labios, sino la presión contra su vientre del pene en erección. Esta sensación desagradable, fué con el tiempo expulsada de sus recuerdos y sustituida por otra más inofensiva, la sensación de opresión en el pecho, esto es, la sensación se desplazó del abdomen al pecho. Desde entonces, no puede pasar junto á una pareja amorosa, porque no quiere volver á ver el signo somático masculino de la excitación sexual. Por consiguiente los tres síntomas: asco, opresión torácica y repugnancia hacia los hombres excitados sexualmente, proceden de un mismo suceso. El asco es un síntoma desplazado de la zona erógena de los labios, el pene erecto debió poner en erección al clitoris y la sensación así ocasionada fué desplazada hacia el tórax. Como se vé, todo se explica con la intervención de esta traslación é inversión de sensaciones.

La afonía coincidía con la ausencia de K: cuando este volvía, la enferma recobraba la voz. Dora se había enamorado inconscientemente de K. Además se quejaba amargamente de la conducta de su padre que mantenía relaciones sexuales con la señora K. En vista de que la tos persistía, *Freud* aguzó el análisis y creyó descubrir su causa. No hay que olvidar que según este autor, todo sintoma histérico es la realización de una fantasía de naturaleza sexual, una situación sexual. En una de las sesiones psicoanalíticas dió á entender Dora que su padre era impotente, esto es, dijo lo contrario, aunque en sentido figurado, (*Vermögender Mann* para

dar á entender que era unvermögenger, esto es, sin dinero, ó en otro sentido impotente). *Freud* objetó que mal podía tener relaciones con la señora K, siendo impotente, á lo que contestó la enferma que conocía otros modos de satisfacción genésica y aludió á la boca y garganta. De aquí se deducía que la tos era la situación sexual de la copulación bucal, la reacción contra una escena entre su padre y la señora K, por presenciada ó adivinada por ella. *Freud* no encuentra ningún inconveniente en someter á una niña á tales interrogatorios. «J'apelle un chat un chat» dice y advierte que llama á cada cosa por su nombre. Según parece las enfermas no muestran la menor extrañeza y una le dijo «su lenguaje de V. es mucho más decente que el de X.» Por otra parte, esta perversión sexual tiene en opinión de este autor, un origen muy inocente. Desde que el niño chupa el pezón de la madre la boca se convierte en zona erógena y nada tiene de particular que con el tiempo el pene sustituya al pezón.

Resulta, pues, que la tos era el resultado de la conversión de un hecho psíquico (la impresión sufrida) en hecho físico. Esta conversión de lo psíquico en somiático interviene en todo histerismo.

El análisis psíquico permitió averiguar además que Dora estaba enamorada, siempre inconscientemente de su padre, lo que según *Freud* no tiene nada de extraordinario porque lo normal es que los padres quieran más á las hijas, las madres á los hijos y vice-versa, tendencia de naturaleza puramente sexual, aunque pase inadvertida en muchos casos. La fábula de Edipo es la expresión poética de este hecho.

No terminan aquí las revelaciones del psicoanálisis. *Freud* se convenció de que Dora sentía inclinación sexual hacia la señora K, de quien ponderaba la hermosura con entusiasmo sospechoso. También esto se explica fácilmente. No hay nadie que no sea más ó menos homosexual. En ningún caso de psicoanálisis en hombre ó mujer faltan señales evidentes de homosexualismo. Esta tendencia ginecófila era muy marcada en la enferma. Tiene esta una idea fija ó prevalente en el sentido de *Wernicke*, las relaciones de su padre con la señora K; á pesar de esto no tiene mala voluntad á esta señora.

Como se ha visto, Dora siente inclinación sexual hacia su padre, hacia el señor K, hacia la señora K. También la sintió hacia una institutriz que salió de su casa.

Averiguado todo esto y como *Freud* cree que todo sueño tiene alguna significación simbólica, analizó los que le refería la enferma. Claro es que los interpreta con arreglo á su teoría; no hay palabra á la que no se pueda atribuir su significación sexual más ó menos lejana. Así, un bolsillo de mano á que alude la enferma significa la vulva, un cementerio (*Friedhof*) que en sueños vé la enferma junto á un bosque en el que hay unas ninfas, significa disimuladamente *Vorhof* (vestíbulo de la vulva) y

los labios menores, un dolor abdominal es la representación alegórica del embarazo, etc.

Podrá ser cierta esta patogenia en muchos casos, pero es imposible admitirla para todos como pretende *Freud* y su escuela. Si estos la encuentran en todos los casos es indudablemente porque la sugieren en el transcurso del largo tratamiento psicoanalítico, que dura por término medio unos tres meses. Apenas surge una palabra que tenga remotísima significación sexual, exageran su importancia, hacen ver al paciente que por allí está la clave de la curación y cultivan la idea erótica con tanta energía que toda la vida anterior del sujeto queda teñida de perversión sexual. Ya hemos dicho que en todo caso de psicoanálisis encuentran estos neurólogos irremisiblemente la homosexualidad.

Es indudable que si tal fuera la génesis específica y el tratamiento indispensable de las neurosis, estas hubieran sido incurables hasta que se descubrió el psicoanálisis. Pero todo médico ve curarse neuróticos é histéricos sin apelar á este medio. Por consiguiente, si puede obtenerse la curación de otra manera, no es forzoso, ni mucho menos, seguir en todo caso el método de *Freud*. Además, aunque se concediera que la génesis sexual es constante, no se deduce de esto que el tratamiento haya de ser el de *Freud*; no porque se averigüe la causa se la puede eliminar. Yo he visto un histérico que espontáneamente, sin interrogatorio ninguno, me dijo que su enfermedad procedía de que á los doce años una mujer le llevó á su cama y le hizo no sabía qué. En este caso el enfermo estaba convencido del origen sexual de su histerismo, pero tal convicción no le producía el menor alivio. Aquí el método catártico, como también se llama al tratamiento psicoanalítico, hubiera sido inútil. *Aschaffenburg* (1), adversario de la escuela de *Freud* refiere que un caso despertó á voluntad la idea sexual y después consiguió eliminarla de la mente del enfermo.

El método de *Freud* es según este autor, un método de asociación libre; se deja al enfermo referir su historia y cuando se cree advertir en lo referido algo que pueda dar la clave del mal, se interroga, ahondando siempre en sentido sexual. No se recurre para nada á la hipnosis.

Bezzola (2) cree que el tratamiento se abrevia mucho si se practica la hipnosis. Su método es lo que él llama psicósíntesis. La enferma, echada en un diván, con los ojos vendados, y en estado semihipnótico recuerda sus sensaciones antiguas; así se llega á reconstruir el complejo psíquico causante de la neurosis el cual es eliminado de la conciencia. Lo que no se comprende bien es, como dice *Isserlin* (3), que sea tan fácil de olvidar este complejo, que es el que precisamente va acompañado de afecto más intenso.

(1) Die neuen Theorien der Hysterie. — Deutsche medizinische Wochenschrift. — 1907, núm. 44.

(2) Ueber die Analyse psychotraumatischer Symptome. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. — 1907, pág. 148.

(3) Idem, pág. 155.

Según parece, la psicoterapia sexual tiene muchos prosélitos, en Viena sobre todo. La escuela de Zürich (*Jung, Bezzola, Frank*) no ha tenido tanto éxito; verdad es que es menos radical que la de *Freud*. Ya hemos dicho que *Jung* intenta aplicar la doctrina de *Freud* á la psicogenia de la demencia precoz, y en particular de la demencia precoz paranoide. *Weygandt* (1) ha refutado esta teoría. Pero donde la generalización de estas ideas llega á su máximo es en el libro de *Stekel* (*Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*. 1908) especialista en psicoterapia de Viena. Así, la psicosis y el psicoanálisis se han desarrollado extraordinariamente en Austria. *Freud* decía en 1905 que veía diariamente seis á ocho casos de neurosis, y como es natural, á todos los sometía al mismo tratamiento. Desde entonces su escuela ha prosperado mucho. En España no se ha implantado todavía, que yo sepa. Quizá no haya aquí material adecuado. Según se dice, casi todos los casos de Viena, son judíos en los que, como es sabido, abundan los matrimonios consanguíneos y en los que, por tanto, se acumulan los estigmas degenerativos y las neuropatías sexuales (2). *Abraham* (3) supone que en estos casos, el sujeto, que no puede decidirse á satisfacer su inclinación genésica en un individuo de su familia, tiende á contraer lazos con otros parientes que se parecen más ó menos á los deseados; de aquí el matrimonio consanguíneo, que contribuye á sostener este ciclo de pensamientos ocultos incestuosos, homosexuales y en general pervertidos.

Para terminar, será cierto que muchos casos de histerismo y de neurosis han sido curados por el método catártico, pero lo que hay que demostrar es que este método es indispensable para conseguir la curación. Entonces prescindiendo de todos los reparos, no habría más remedio que emplearlo, por penosa que fuera oír tanta y tan prolija confesión. Pero está por demostrar tal necesidad y antes de emprender camino tan peligroso, es preciso estar bien seguro de que el resultado ha de ser favorable. Así como en Ginecología se deja, si es preciso, el pudor á un lado, se prescindiría en Neurología de todo prejuicio ético.

Bibliografía.

Diagnostic et Traitement des Maladies de L'estomac, por el doctor GASTÓN LYON, publicado por la casa *Masson et C.^{ie}* de París.

A la obra precede un prólogo en el que el autor expone acertadas consideraciones generales respecto á la patogenia y tratamiento de las afecciones gástricas, consideraciones á las cuales se atiene en el curso de su libro. Exagera tanto, sin embargo, la importancia de la etiología que llega á decir: «La única guía útil para el diagnóstico y por consiguiente para el tratamiento, es el estudio razonado de las circunstancias»

(1) Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. Monatschrift für Psychiatrie,

—1907. T. XXII.

(2) Ziehen, Sociedad de Psiquiatría de Berlín.—Neurologisches Centralblatt.—1908, núm. 23.

(3) Idem.

cias etiológicas». Y luego añade:—«Sólo el conocimiento de circunstancias etiológicas, permite el comprender la génesis de los trastornos que constituyen el síndrome dispéptico, su asociación, sobre todo su cronología en cada caso particular. Este conocimiento es el que debe inspirar al terapeuta y mantener su terapéutica en el eje patogénico». Claro está que no se puede estar conforme con esta manera de pensar, puesto que en una gran mayoría de los casos no es posible encontrar la causa á que puede ser atribuida la afección gástrica, adoleciendo por tanto el libro del defecto de estar basado sobre estas ideas.

Divide el doctor GASTÓN LYON su obra en cinco partes, casi todas ellas muy interesantes.

En la primera estudia el autor, después de hacer un resumen de la anatomía y fisiología del estómago, la manera de hacer el interrogatorio, y modo de practicar las distintas exploraciones gástricas. Muestra con varias figuras la manera de ver el estómago normal y patológico á la radioscopia, que tanto discrepa de lo que hasta ahora se ha venido creyendo, y al ocuparse del análisis del jugo gástrico no se tienen bastante en cuenta algunos datos importantes que nos suministran las modernas investigaciones fisiológicas. El té sin azúcar que aconseja como desayuno de prueba, no gusta generalmente al que lo toma, y por tanto, no debe darse sin aquél, vista la importancia que el jugo psíquico tiene. No detalla la clase de indicador que se ha de emplear en cada caso para determinar la acidez, y claro está que según se empleen unos ú otros, se obtienen resultados distintos. Exagera demasiado los peligros que la introducción de la sonda tiene, y quizá no dé toda la importancia que merece al análisis del jugo gástrico.

La segunda parte está dedicada á sintomatología general; todas las exploraciones y consideraciones clínicas están en ella tratadas extensamente y con buen criterio.

En la tercera parte trata el autor de una manera muy completa todo lo que se refiere al tratamiento de los trastornos digestivos. Estudia detenidamente la elección, preparación y administración de los alimentos, y al hacerlo de los agentes medicamentosos, insiste sobre la necesidad de no prodigar demasiado esta clase de terapéutica, que muchas veces es la sola causa de bastantes alteraciones gástricas, apartándose de algunas costumbres rutinarias, tales como la antisepsia intestinal química, etc. Examina las distintas intervenciones quirúrgicas, especialmente la gastroenterostomía, é insiste también sobre la conveniencia de precisar bien las indicaciones operatorias de algunos padecimientos gástricos, no aconsejando operaciones de cierto riesgo más que en aquellos casos en que se hallen verdaderamente justificadas, teniendo en cuenta el beneficio que podrán reportar al paciente aun en caso de éxito.

La cuarta parte la consagra al estudio de las distintas afecciones que tienen su asiento en el estómago, haciendo el de algunas de ellas, tales como el de las dispepsias y gastritis y el de la úlcera, bastante detenidamente.

La quinta y última parte de la obra contiene un formulario de los principales medicamentos de aplicación corriente en patología digestiva, y otro bastante práctico de recetas culinarias y menús.

En resumen nos parece un buen libro el del doctor GASTÓN LYON que podrán consultar con fruto el cirujano que intervenga en las afecciones gástricas y el médico general, á pesar de que sus conocimientos fisiológicos dejan mucho que desear, así como la parte patológica de quimismo gástrico.

J. López Suarez.

Revista de Revistas.

Indicaciones del tratamiento quirúrgico en la tuberculosis pulmonar. (Congrés Français de Chirurgie, Octubre 1908).

Brauer de Marburg, divide las operaciones que pueden emplearse contra las afecciones pulmonares, en cuatro grupos: 1.º, las operaciones por las cuales se penetra en el parénquima pulmonar para abrir el foco patológico y drenarle; 2.º, las resecciones más ó menos extensas de pulmón enfermo; 3.º, las operaciones que tienen por objeto provocar el colapso ó la compresión del pulmón, y 4.º, las que se proponen modificar la respiración ejerciendo una influencia puramente funcional sobre el trabajo del pulmón.

Han sido abandonadas las operaciones del 1.º y 2.º grupo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Las del 4.º grupo tienen por tipo la operación de *Traund* (resección del cartilago de la primera costilla) y pretender el ensanche del tórax ó solamente de su abertura superior, permitiendo una expansión pulmonar y favoreciendo así el proceso de cicatrización de las lesiones tuberculosas. Según *Brauer* esto no es admisible, pues aumentando la ventilación en las zonas de pulmón tuberculoso, se activa inoportunamente la circulación de la linfa y se favorece así la progresión de las lesiones. Es preciso colocar al pulmón tuberculoso en reposo y para este fin es preciso favorecer el colapso, el cual activará la induración y retracción de los tubérculos.

Se obtiene esto por la producción de un pneumotórax artificial por inyección de nitrógeno; cuando las adherencias pleurales impidan el pneumotórax, se obtendrá este por una toracoplastia extra-pleural.

Este tratamiento le estima *Brauer* justificado en las tuberculosis unilaterales graves en las cuales el tratamiento médico no da buen resultado. La existencia de lesiones extensas de los dos pulmones, así como otras localizaciones tuberculosas graves, constituyen una contraindicación. Ha producido en tres casos el pneumotórax con buen resultado y ha practicado en ocho la toracoplastia con tres defunciones.

Para prevenir la asfixia en el curso de la operación recomienda *Brauer* las inhalaciones de oxígeno.

Ventajas de la laparotomía media para practicar la apendicectomía. (Congrés Français de Chirurgie). Octubre, 1908.

El doctor *E. Reymond*, de París, ha presentado una estadística de 45 casos de apendicitis tratados por incisión sobre la línea media, no habiendo tenido que lamentar en ellos ninguna defunción ni eventración consecutiva. En 19 casos, la operación era requerida solamente por la apendicitis y en los restantes, la laparotomía estaba indicada al mismo tiempo por otra lesión (fibroma, salpingitis, etc.).

Estas observaciones corresponden á casos de apendicitis manifiesta; presentando uno de estos tres caracteres macroscópicos: perforación del apéndice, foco purulento ó adherencias con los órganos vecinos, y representan sólo una parte de la estadística de apendicectomías por la línea media, puesto que *Reymond* en el curso de toda laparotomía, extirpa sistemáticamente el apéndice.

Las razones que aduce para preferir la laparotomía media son las siguientes: Si el apéndice presenta una disposición normal, la operación es tan fácil por la vía media como por la vía lateral; la vía media facilita más el acceso de las lesiones, si la disposición del apéndice es anormal. La línea media es más favorable para abordar las lesiones que coincidan con la apendicitis, permitiendo en la mujer la exploración

de los órganos genitales y la intervención en caso de lesiones sospechadas ó latentes.

Después de abierto el peritoneo debe protegerse bien la cavidad peritoneal antes de atacar el foco de infección. Si el absceso estuviese ya claramente constituido, y la operación debe limitarse á abrirle, en este caso admite *Reymond* la única excepción al procedimiento de laparotomía media.

No se ha observado en ningún caso la eventración consecutiva. Si se practica el desagüe, puede colocarse á nivel de la herida ó por medio de una contra-abertura.

La transplatación de miembros. (Revue de Chirurgie, Diciembre, 1908).

A. *Carrel* (de New-York) publica en dicha Revista un trabajo en el que se ocupa de las experiencias por él realizadas sobre el ingerto de miembros, que hacen concebir esperanzas para la moderna Cirugía. Los progresos de la cirugía vascular, son el fundamento de este intento, puesto que es indispensable la perfecta anastomosis entre las extremidades seccionadas de las arterias y venas.

En 1907 practicó su primera experiencia. Amputó circularmente el muslo izquierdo á un perro, un poco por encima de su parte media, treinta minutos después de muerto por acción del cloroformo. Introdujo una cánula en la arteria femoral haciendo la perfusión del miembro con la solución de *Locke* hasta que el líquido salía claro por la vena femoral; la superficie de sección fué protegida con compresas húmedas. Anestesiado otro perro de la misma talla se le amputó circularmente la pata izquierda á la misma altura que en el anterior, aplicando sobre la superficie del muñón la superficie del miembro que estaba preparado para transplantar. Las extremidades del fémur fueron unidas por sutura metálica, suturando después los abductores y el cuádriceps femoral. Las extremidades de la arteria femoral así como la de la vena, fueron reunidas por la sutura restableciéndose así la circulación en el miembro ingerto tres horas y diez minutos después de su amputación. Se continuó por suturar los nervios crural y ciático, músculos y aponeurosis y por fin la piel sin desagüe, colocando en el miembro un apósito enyesado. Durante tres días el estado del perro fué bueno; el miembro transplantado estaba más caliente que el del lado opuesto. Al tercer día se inflamó, presentándose un flemon que fué incindido. Los síntomas de infección prosiguieron, pero la circulación del nuevo miembro continuó establecida. El animal murió al décimo día y por la autopsia, pudo comprobarse que la piel y músculos habíanse reunido por primera intención pero á nivel de la unión ósea existía un absceso voluminoso que se hacía subcutáneo en la parte interna del miembro. Las anastomosis vasculares estaban en perfecto estado.

Reconociendo *Carrel* las dificultades de esta prueba en perros, en los que es difícil mantener la asepsia post-operatoria, repitió no obstante la experiencia en Abril de 1908, modificando algo la técnica. Hizo la amputación de la pierna de un perro por debajo de la rodilla, abriendo antes el muslo por una incisión paralela á los vasos femorales aislando estos y los safenos internos, hasta el triángulo de *Scarpa* en donde fueron seccionados conservando este paquete unido á la porción periférica del miembro. Hecha la perfusión de este, se envolvió en una compresa aséptica impregnada en vaselina, dejándole sobre una mesa á la temperatura de la sala de operaciones. Se practicó en seguida la amputación á otro perro de la misma talla por el mismo sitio, disecando también los vasos femorales en una incisión interna del muslo, en el fondo de cuya incisión fueron colocados los vasos femorales y safenos del nuevo miembro. El externo periférico de los segmentos de la arteria y vena femoral fué ligado y el extremo central se anastomosó con los del nuevo miembro. Las extremidades tibiales fueron unidas con un tubo de *Elsberg* suturando el periostio; los extremos del peroné fueron unidos con una sutura de seda. Se continuó la sutura de

músculos, nervios tibiales anteriores y posteriores, terminando por los músculos y aponeurosis de la parte externa y sutura de la piel con catgut, inmovilizando el miembro en un aparato enyesado.

Durante los primeros días la temperatura del nuevo miembro fué más elevada que la del otro, presentándose algo de edema, el cual desapareció completamente. A los ocho días la temperatura era igual en los dos miembros. Quince días después de la operación, la cicatrización era perfecta, habiéndose realizado por primera intención aunque las extremidades óseas no estaban aún fuertemente unidas. El animal murió á los veintidos días de una bronco-neumonía, enfermedad que por aquellos días se presentó en muchos perros operados y no operados, en forma epidémica, enfermedad que se comprobó por la autopsia. El nuevo miembro estaba completamente cicatrizado, estando unidas las extremidades óseas por un callo fibroso. Esta pieza fué presentada por *Delbet* á la Sociedad de Cirugía de París.

De estos experimentos deduce *Carrel* que es posible la transplatación de un miembro de un animal á otro. A pesar de la interrupción temporal de la circulación, de la perfección y de su separación del sistema nervioso central, el ingerto puede realizarse, pues según este autor los tejidos resistentes de los miembros soportan sin peligro una anemia completa y prolongada y recuerda que un órgano más delicado, el riñón, puede ingertarse después de una interrupción circulatoria de cincuenta minutos. Reconoce *Carrel* que es preciso repetir las experiencias con el fin de determinar si la transplatación puede ocasionar trastornos sobre el animal objeto de experimentación.

Ha practicado esta operación sobre cadáveres humanos, siendo la técnica más fácil; el volumen de los órganos simplifica las maniobras operatorias especialmente en el brazo y el muslo. La verdadera dificultad en el hombre sería el procurarse un miembro de buena calidad, indicando como medios de procurarse ingertos, las partes sanas de un miembro amputado ó cadáveres de suicidas y de individuos muertos por accidentes.

Cifuentes.

Técnica rápida para colorar las fibras de mielina de los nervios, médula y cerebro.—

(formol simple ó sulfatado, congelación, hemateína aluminosa).—*J. NAGEOTTE.*—

Technique rapide pour colorer les fibres á myeline des nerfs, de la moelle et du cerveau (formol simple ou sulfaté, congelation, hemateine alunée).—*Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris, núm. 31.-1908.*

Las investigaciones recaídas en la histología patológica del sistema nervioso durante los últimos años, han puesto de manifiesto la necesidad de aplicar á su estudio varios métodos de coloración, si se quieren conocer las modificaciones de los elementos estructurales que cada uno de estos distintos métodos impregna. Mas es bien conocido de los que á las enfermedades del sistema nervioso se dedican, que desgraciadamente la mayor parte requieren fijadores especiales, que dificultan [si no imposibilitan por completo el que estas investigaciones múltiples sean hechas á la vez. El empleo del formol como fijador y la congelación para verificar los cortes, van] allanando estas dificultades y quizás no esté lejano el día, en que todos los métodos puedan realizarse en cortes de bloques fijados con formol y seccionados por la congelación.

Hasta ahora los cortes así obtenidos podían demostrar las alteraciones de los usos de *NISSL* con el método de este autor y sus modificaciones, de las neurofibrillas con el método de *BIELSCHOWSKY*, y de la grasa por medio del rojo escarlata ó el *Sudan III*; desde la feliz idea expuesta por *NAGEOTTE* á la Sociedad de Biología de París de aplicarles el método de *WEIGERT* podremos conocer las alteraciones de la mielina.

El procedimiento indicado por NAGEOTTE consiste en fijar en formol al 10 por 100 como de ordinario ó añadiendo 1 por 100 de sulfato sódico cuando se quieren estudiar las fibras más finas, cosa que por lo demás no perjudica para los métodos de NISSL, BIELSCHOWSKY, etc.; cortar con el microtomo de congelación recogiendo los cortes en agua, desengrasar con alcohol absoluto sobre porta-objeto; colorar con hematoxilina WEIGERT después de impregnar los cortes en una disolución de alumbre ó con una hematoxilina aluminosa (hemalaun de MAYER), un minuto calentando hasta la emisión de vapores ó media hora en estufa; después de lavar, la diferenciación y todas las demás operaciones se verifican como en el método de WEIGERT.

Nosotros hemos tratado de comprobar las afirmaciones de N. y hemos obtenido resultados bastante buenos en médulas humanas normales y en la de un hemipléjico que llevaba en formol cerca de seis meses. Sin embargo, por la falta de práctica sin duda no hemos llegado á los resultados que N. indica, ni menos á la belleza del método clásico de WEIGERT-PAL y contrariamente á lo que N. afirma, nos da mucho mejor resultado la modificación de PAL que el método de WEIGERT. Creemos que perfeccionaremos nuestros resultados, aunque ya es bastante lo obtenido para poder hacer un buen estudio de la mielina, sin la pesadez, fragilidad y otros inconvenientes de los métodos clásicos de WEIGERT y WEIGERT-PAL.

Al mismo tiempo hemos sumergido algunos de los cortes en ácido ósmico al 1 por 100, obteniendo preparaciones exactamente iguales á las que da el método de MARCHI, y estamos en vías de comprobar, pues, si del mismo modo que las modificaciones tardías de la mielina (esclerosis) se pueden impregnar las precoces (transformación de la mielina en genuina grasa que se impregna en negro por el ácido ósmico).

F. Tello.

De la oclusión intestinal consecutiva á la extirpación de fibromas uterinos de volumen excesivo, por el doctor J. BOECKEL, (*Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*), Marzo, 1908.

Aparte de las oclusiones falsas, pseudo-estrangulaciones, debidas á parálisis intestinal por peritonitis, apenas se observan hoy día, gracias al perfeccionamiento de la técnica, restaurando el suelo pelviano y haciendo una peritonización completa, oclusiones por obstáculo mecánico producidas por bridas epiplóicas, adherencias de pedículos á intestino etc., etc.

Sin embargo, hay un mecanismo diferente y que es debido al tumor, cuando es muy voluminoso, muy pesado y está mucho tiempo en la cavidad abdominal.

Por compresión sobre los uréteres, puede dar lugar á orinas albuminosas, que nos hagan rechazar la operación por creer en una lesión renal grave, cuando es un trastorno que desaparece con la extirpación del tumor y por compresión sobre el intestino á adherencias y desplazamientos que estrechando su calibre dan lugar á una oclusión completa.

Cuando el caso es inveterado, no basta quitar el tumor, sino colocar el intestino en situación más normal, para que pueda verificarse el paso de las materias fecaloideas. El doctor BOECKEL, hizo una histerectomía abdominal total por mioma, que pesaba 22 libras. Al octavo día la enferma tuvo síntomas graves de oclusión intestinal. Laparotomizada por segunda vez, se encontró que el colon transversal tenía una forma de V muy cerrada y cuyo vértice estaba adherido cerca de la sínfisis púbica. Hizo una colopexia, fijando la parte izquierda de esta V á la parte superior de la herida abdominal; desaparecieron estos síntomas de oclusión y la enferma curó.

Todos los cirujanos muy acostumbrados á operaciones abdominales, han visto algún caso parecido y es muy de tener en cuenta este caso del doctor BOECKEL, por la enseñanza á que da lugar.—*Vigueras*.

Academias y Sociedades Médicas.

Cuándo y porqué el cirujano debe intentar la conservación del apéndice vermiforme; su valor en el tratamiento quirúrgico del estreñimiento.

Real Sociedad de Medicina de Londres. Sección de Cirugía. Sesión del 10 de Noviembre de 1908.

El doctor KEETLEY, leyó una comunicación sobre éste asunto. Dijo que el cirujano debe intentar la conservación del apéndice vermiforme, teniendo en cuenta que, según las observaciones de MACEWEN, este órgano no es fisiológicamente inútil, como se había supuesto. La conservación del apéndice tiene también un gran valor quirúrgico, como vía de acceso al intestino.

En la práctica ordinaria ocurren con frecuencia numerosos y variados casos en que esta vía es convenientemente utilizada, mediante una apendicostomía. Estos casos pueden ser clasificados del modo siguiente: 1.º, colitis de varias clases; 2.º, ciertas formas de invaginación (principalmente para prevenir la recidiva); 3.º, hemorragia intestinal; 4.º, fiebre tifoidea y algunos otros procesos en los que existe enteritis; 5.º, casos de enterec-tomía y colectomía (como una válvula de seguridad); 6.º, distensión intestinal por causa tóxica; 7.º, casos que requieren la administración de enemas alimenticios *per appendicem*; y 8.º, estreñimiento rebelde á otros tratamientos.

En opinión de KEETLEY, la transplantación del apéndice de modo que todo ó gran parte del órgano sea incluido en la pared abdominal, produciría tan buenos resultados como su extirpación, y en muchos casos sería preferible á ésta por la razón siguiente: La apendicitis es una enfermedad peligrosa no por la naturaleza del apéndice; sino por la situación de este órgano, por sus relaciones con la cavidad peritoneal. Entre los casos referidos por KEETLEY había algunos que demostraban los buenos resultados de la inclusión del apéndice en la pared anterior del abdomen, aun tratándose de apendicitis perforadas. Varios casos requirieron la operación aun no estando el apéndice seriamente lesionado; *vr. g.*, un apéndice perfectamente sano conteniendo una gran concreción. Las concreciones, nudos, torsiones y estrecheces pueden ser extraídos ó curados, unas veces fácilmente, otras con dificultad, sin extirpar el apéndice. Después de extraer una concreción por lo que pudiera llamarse «apendicostomía» ó de deshacer un nudo, la previsión y la prudencia aconsejan el alejamiento del apéndice de la cavidad peritoneal. Después de deshacer un nudo ó una torsión se asegurará la no recidiva por la transplantación del apéndice. El tratamiento de una estrechez por el cateterismo exige

absolutamente la transplatación, con objeto de hacer accesible la estrechez.

De todos estos casos refirió ejemplos el doctor KEETLEY. También dijo que una razón más en favor de la conservación del apéndice, era la posibilidad de que fuese verdad todo ó parte de lo asegurado por METCHNIKOFF respecto á la perjudicial influencia de las bacterias del intestino grueso apresurando los cambios característicos de la vejez. En estas circunstancias podría ser lavado el intestino grueso de extremo á extremo, á través del apéndice vermiforme transplataado. El doctor KEETLEY terminó diciendo que la apendicostomía era, en resumen, el mejor y más aplicable tratamiento quirúrgico del estreñimiento pertinaz, porque: 1.º, un tubo largo será más fácil y completamente lavado cuando está abierto por sus dos extremos; 2.º, la apendicostomía permite un acceso directo á la parte superior del intestino grueso; 3.º, los medicamentos administrados por esta vía no perturban al estómago ni al intestino delgado y en cambio llegan al ciego y á la parte superior del colon mejor que introducidos por el recto; 4.º, la apendicostomía y la transplatación del apéndice impiden el hundimiento del ciego en la pelvis, y 5.º, el valor de la apendicostomía en el tratamiento del estreñimiento ha sido demostrado por la experiencia.

El doctor BIWELL dijo que no estaba convencido de que un apéndice perforado fuese digno de conservarse en la pared anterior del abdomen. Los casos de estreñimiento rebelde que él ha visto tratados por el método de KEETLEY, han mejorado.

El doctor MUMMERY, aseguró que hay muchos casos de estreñimiento en los que la apendicostomía es la operación ideal; pero en otros es inútil. Por consiguiente, debe ser investigada detenidamente la causa del estreñimiento.

Doctor W. G. SPENCER; consideró al apéndice desde el punto de vista de su desarrollo, como el extremo atrofiado del ciego y no comprende que en estas condiciones pueda ejercer alguna función importante.

Doctor A. J. HERTZ dijo que es más fácil lavar el colon desde el recto que por medio de una apendicostomía.

Doctor ROWLAND insistió en que en el tratamiento de la apendicitis es mejor extirpar el apéndice, que dejarlo inflamado y necrosado en la pared abdominal.

Mr. H. J. WATERHOUSE dijo que la apendicostomía sería en lo futuro la operación de los casos de colitis ulcerosa y de muchos de colitis mucosa.

El doctor KEETLEY en su rectificación, insistió sobre las aseveraciones de MACEWEN respecto de la función del apéndice. Mantuvo que el lavado del colon se hace mejor por medio de la apendicostomía y dijo que dejar el muñón de un apéndice en la cavidad peritoneal, era tan perjudicial como cluir el órgano en la pared abdominal anterior. *THE LANCET*.—*I. S. Covisa.*

Terapéutica.

Tratamiento de las neuralgias por inyecciones de alcohol. ALEXANDER.
Berliner Klinische Wochenschrift. 1908, núm. 48.

Según descubrió SCHLÖSSER la inyección de alcohol, al 70 ú 80 por 100, en los nervios, ejerce sobre ellos una acción destructora utilizable en el tratamiento de algunas perturbaciones sensitivas y motoras.

Si la inyección se hace en un nervio motor puede producirse desde la más ligera paresia hasta la parálisis completa con reacción de degeneración, en los nervios sensitivos, parálisis de la sensibilidad en el territorio de su distribución y en los mixtos la combinación de ambos fenómenos. La lesión del nervio equivale en algunos casos á una resección y su intensidad puede graduarse en relación con la cantidad y concentración del alcohol inyectado. La parte sensitiva de los nervios es más fácilmente atacada que la motora según puede observarse en los nervios mixtos.

Se ha intentado por este medio, al parecer con éxito, el tratamiento de algunas perturbaciones motoras (tic convulsivo, contracturas, temblor, etcétera).

En neuralgias de nervios mixtos tiene el inconveniente de exponer á la parálisis que SCHLOSSER, quizás por el empleo de una técnica acabada, no ha observado nunca.

La verdadera importancia de este método se pone de manifiesto en el tratamiento de las neuralgias de nervios totalmente, ó en su mayor parte, sensitivos, en especial del trigémino. La inyección puede ser periférica (agujero supraorbitario, infraorbitario y mentoniano) ó central (agujeros redondo y oval). Es preciso tener una jeringuilla de dos centímetros cúbicos y agujas rectas y curvas bastante resistentes. En general se debe ensayar primero la inyección periférica, para lo que se procede de la siguiente manera: se puede hacer anestesia de la piel ó no, después se introduce la aguja por el orificio del nervio que se considera afecto, sintiendo entonces el paciente un dolor muy vivo, se ve si da sangre la cántula, se atornilla la jeringuilla y se inyectan primero, una ó dos divisiones, lo que produce un intenso dolor que cesa en seguida; después de la inyección de 2 á 4 c. c. se logra analgesia en el sitio de distribución del nervio.■

La inyección central, en la base del cráneo, tiene una técnica más difícil; la aguja se introduce por delante del músculo masetero debajo del arco zigomático y necesita ensayo previo en el cadáver.

Algunas veces se produce en el sitio de la inyección una infiltración edematosa que desaparece pronto.

Las inyecciones de alcohol se pueden emplear no solamente en las neuralgias llamadas idiopáticas, sino en las producidas por causas que no se pueden hacer desaparecer; por ejemplo, un tumor cerebral.

En el cáncer inoperable de la lengua se puede hacer la inyección del nervio lingual.

También se ha empleado en el ramo interno del laríngeo superior á su paso por la membrana tirohiodea en casos de laringo-tuberculosis con disfagia dolorosa.

El A., hace un estudio comparativo de los peligros y resultados del tratamiento operatorio y el método de las inyecciones en las neuralgias del trigémino y repite las palabras del cirujano norteamericano KILIANI, quien á pesar de haber hecho con éxito varias resecciones de ganglio de GASERIO, decía recientemente «desde que empleo las inyecciones de alcohol nunca he necesitado recurrir á la operación.»—*T. Hernando.*

Intolerancia gástrica para el ioduro potásico.

Son muy numerosos los enfermos que presentan trastornos gástricos, por la ingestión del ioduro y los hiperclorhídricos muy abundantes en España, según todos observamos, se agravan considerablemente con el uso prolongado de esta medicina, como se requiere muchas veces en los sifilíticos. Se evitan las *molestias gástricas* disponiendo el ioduro en enemas.

Acostumbro á disponer los enemas después de evacuado el intestino espontáneamente ó por medio de una ayuda ó irrigación. En una taza con unos cien gramos de agua templada, se pone la cantidad de ioduro potásico que se desea administrar. Si el enema se contiene, la absorción es muy perfecta y rápida. Si no se contiene bien la lavativa, se la pueden agregar dos ó tres gotas de láudano (en los adultos). A veces el ioduro usado de este modo, provoca dolores cólicos. Mas raramente engendra rectitis mucosa. En ambos casos conviene suspender su empleo por enemas de dos á tres gramos diarios; no suelen producir molestias rectales. Claro es que los fenómenos generales dependientes de la absorción no se modifican porque esta sea hecha en el recto.—*J. de Azúa.*

Tratamiento de las verrugas vulgares.

Sicard y Larue aconsejan como muy eficaz, la inyección de *tintura de tuya*. El procedimiento consiste en reblandecer primero el tejido verrugoso, por medio de un baño local caliente de la región afecta, y una vez bien limpio y desinfectado este, con una jeringuilla de *Pravaz*, hacer pequeñas inyecciones debajo de la verruga, es decir, bajo su implantación, de algunas gotas de la *tintura de tuya*. Parece que á los días siguientes, la verruga toma una coloración parda negruzca, se marchita y no tarda en caer. Cuando se trata de papilomas verrugosos de mayor tamaño, se deben repetir las inyecciones cada cinco ó seis días. Esta pequeña operación puede hacerse indolora en las personas pusilánimes, inyectando de antemano una gota de solución de cocaína.