

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Sumario: Informaciones dermo-sifiliográficas.—Carcinosis secundaria cutánea, por Azúa.—Microquímica de los iodocadmiatos alcaloidicos, por Hernando y Peset.—NOTAS CLÍNICAS: Un caso de diarrea prandial, por Madinaveitia.—Un caso de cuerpo extraño alojado en el bronquio derecho.—Extracción por broncoscopia superior, por Goyanes.—REVISTAS CRÍTICAS.—Revista de Cirugía, por Goyanes. REVISTA DE REVISTAS: Degeneraciones medulares pseudo-sistemáticas consecutivas á la anestesia raquídea por la estovaina, por Gayarre.—L'argirol dans le traitement de l'uretrite blennorragique, por Nonell.—Insuficiencia aórtica de origen obstétrico.—La tintura de iodo en la fiebre puerperal.—Sutika ó diarrea puerperal de Bengala.—Contribución experimental á la patogenia de la eclampsia, por Eleizegui.—Estudio experimental sobre la función del tiroides y de las glándulas paratiroides, por Marañón.—Nuevo procedimiento para la extirpación de los ganglios inguinales.—Tratamiento del ántrax por la extirpación total.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: Segundo Congreso anual de neurólogos alemanes, (continuación) por Gayarre.—TERAPÉUTICA.—Tratamiento de las hemorragias.—Cocaína y sales de plata, por Hernando.—NOTICIAS: (fuera de texto).

Informaciones dermo-sifiliográficas.—Carcinosis secundaria cutánea.

POR EL DOCTOR

JUAN DE AZÚA (1)

Existen carcinosis cutáneas secundarias, extremadamente raras, que probablemente se producen por siembras neoplásicas que hace la corriente sanguínea. Esta manera de generalizarse la neoplasia, las diferencia netamente de todas aquellas que son el tipo corriente, en las cuales la diseminación cancerosa se hace por vía linfática. Además, el tejido donde se forman los nidos cancerosos, presenta cierta semejanza estructural y biológica con el que forma la ganga de los tumores primarios, y de este dato pueden nacer, en provecho de los investigadores del cáncer, orientaciones acerca de cuáles son los terrenos biológicos más apropiados para el desarrollo de las células de algunos tumores. Arrancan estas indicaciones de la observación de dos casos personales, cuyo recuerdo ha reavivado un notable artículo de *Karl Reitmann*, acerca de los carcinomas se-

(1) Debo á la amabilidad y pericia del doctor NONELL, asistente á mi clínica, la traducción del artículo de KARL REITMANN. Das sekundäre Karzinon der Haut bei primärem Karzinon innerer Organe. Archiv für Dermatologie und Syphilis. XC. Band. 3 Heft.—P. 351.



cundarios de la piel consecutivos á carcinomas de los órganos internos.

Un caso mio, de mama, no es naturalmente de cáncer interno, pero sus metástasis cutáneas se identificaron con las de éstos y en esto y otras particularidades estriba su alto interés. Por eso lo incluyo.

Excluimos de esta nota la carcinosis múltiple, difusa, en chapa, que constituye el tipo llamado «en coraza», y la carcinosis secundaria de elementos miliare tuberculosos, descripta por *Unna* con el nombre de *Carcinomatöser Lymphbahnninfart*. En la primera se trata de la extensión cutánea de un escirro mamario superficial, y en la segunda, de una invasión de las redes y pequeños vasos linfáticos con formación de innumerables nodulillos, duros, no dolorosos, ligeramente salientes, que no se enrojecen ni se ulceran. En esta forma claramente se trata de una difusión cancerosa á través del sistema linfático y no del sistema sanguíneo, que es el que parece responsable en mis casos y en los recogidos por *Reitmann*.

Aporta este autor el estudio muy completo de un caso observado por él en la clínica del profesor *Riehl*, de Viena, y refiere, en extracto, otros 17 casos, dispersos en la literatura médica, sin que en ningún tratado de Dermatología se consagre al asunto la atención que merece. Adicionando á los referidos por *Reitmann* nuestros dos casos, resultan 20 en total.

Del examen de los hechos se desprende lo siguiente:

La carcinosis secundaria de la piel, del tipo que nos ocupa, se ha observado consecutivamente en tumores cancerosos del estómago (once veces), del recto (cuatro veces), del recto con invasión de los órganos próximos (dos veces), del útero (una vez), de la mama (una vez) y de la vejiga (una vez).

De los 20 casos, en 13 existen datos respecto de edad y sexo, y dan ocho mujeres y cinco hombres, oscilando la edad de las primeras entre veintidos y setenta y siete años, y la de los hombres entre cuarenta y cinco y setenta y uno.

El brote carcinomatoso cutáneo tiene lugar, la mayoría de las veces, cuando aún no existen síntomas muy claros de cáncer interno. En un caso referido por *Bossuet* y *Olmer*, los nódulos cancerosos acompañaron á una pleuresia cancerosa que reveló la existencia de un carcinoma gástrico latente, y en otro de *Röseler*, seis meses antes de la muerte, aparecieron carcinomas secundarios cutáneos, en el vientre y región escapular derecha, dependientes de un tumor primario del estómago, que sólo se sospechó unas semanas antes de la muerte.

No siempre sucede así; en nuestro primer caso, el cáncer de vejiga había sido diagnosticado antes del brote en la piel, y en el segundo, la enferma había sido operada nueve meses antes del brote; primero, de un escirro mamario y después de una ectopia renal, y como al fijar el riñón se habían comprobado ya algunos nódulos en el peritoneo, es lógico pen-

sar fueron éstas las primeras metástasis del tumor operado en la mama, en tanto las cutáneas tardaron bastante. Este segundo caso, por todas estas particularidades, creemos es hoy por hoy único.

La localización primitiva predominante de los nódulos de carcinosis secundaria, es el tronco, y en cierto modo en relación con la localización del tumor primario, pero existe un caso de *Levi*, de cáncer gástrico, que seguramente, por metástasis venosa, engendró un tumor secundario, único, en la pantorrilla, y *Kayser* describe otro en el que la manifestación inicial cutánea fué en la parte externa del muslo. Aún más interesante es uno de los nuestros, en el que el primer nódulo cutáneo se observó en la región temporal izquierda. El cuello y el cuero cabelludo, son también, sobre todo en períodos avanzados, regiones de localizaciones neoplásicas. Al brotar los nódulos suelen ser pocos, y á veces, aparece uno sólo, pero generalmente sobrevienen otros rápidamente y pueden llegar á contarse muchos. En nuestro caso primero, cutáneos, existían más de 90, y en el segundo, por cima de 130.

Las autopsias demuestran que la multiplicación se hace igualmente en el interior del organismo y en los casos de *Reitmann* y *Röseler*, se contaron algunas docenas, y en uno de los de *Daus*, se comprobaron 280.

Los nódulos aparecen generalmente diseminados y situados en su mayoría en el dermis profundo y aun tejido celular, móviles, indolentes, duros, redondeados ó angulosos, como chinias, pero en su evolución se hacen casi todos dérmicos, se fijan é invaden el epidermis. También se observan nodulillos, que son desde luego dermo-epidérmicos.

En tamaño varían desde el de perdigones á masas como pequeñas manzanas, formando á veces chapas ó plastrones bastante extensos. En los estadios últimos, los nódulos grandes llegan á emerger considerablemente sobre la piel y á perder, si antes la tenían, su forma redondeada, tomando aspecto desigual y esquinado. *Reitmann* refiere en su caso, que algunos de los tumores mayores presentaron tipo de hongos, pero nosotros no hemos comprobado cosa parecida en nuestros dos casos.

No resulta alterado el color de la piel, al principio cuando los nódulos son profundos, pero luego adquiere un tinte sucio especial y al agarrarse á ella los pequeños neoplasmas, toma variados aspectos; ó tirante y como de brillo céreo sucio, ó tirante reluciente y roja, ó rugosa y roja ó violada, cuando en su último período algunos nódulos presentan leve tendencia á reblandecerse. Adelantado el curso se aprecian como irradiaciones neoplásicas que parten de los elementos más avanzados, recordando exactamente los nódulos cancerosos que se desarrollan en las proximidades de las cicatrices no sanas de los carcinomas operados, y aún de los no operados, hecho de observación bien vieja, que el doctor *Federico Rubio* bautizó con el nombre de Letalides cancerosas. Rasgo característico de la evolución es la tardanza y la rareza del reblandecimiento neoplásico, conser-

vando los neoplasmas en su inmensa mayoría gran dureza, pero si en alguno se desarrolla tendencia al reblandecimiento, éste es precedido de arborizaciones vasculares ectásicas, aspecto granuloso ó burbujoso y manchas hemorrágicas en el espesor del tumor, llegando éste, cuando más, á exulcerarse, pues el estado de infección general en que esto tiene lugar, mata al sujeto antes de que progresen los procesos cancerosos metastásicos cutáneos. Estos, unas veces duelen (en una de nuestras observaciones producían molestias neuralgiformes violentas), otras producen sensación de ardor y quemadura y otras veces son por completo indolentes, durante todo el tiempo.

En una ú otra parte, bien dependiendo del tumor primitivo ó bien como síntoma de la diseminación cancerosa, se acostumbra á encontrar infartos ganglionares generalmente duros, semejantes á las metástasis y y de distinto tipo que los ganglios cancerosos comunes que se reblandecen y ulceran con aspecto neoplásico. En el período terminal de la enfermedad pueden notarse edemas más ó menos extensos que están en relación con las lesiones secundarias cutáneas ó con las primarias.

Especialmente es frecuente el edema de una extremidad inferior en las carcinosis consecutivas á tumor de estómago, pero puede observarse también, no raramente, con localizaciones del neoplasma primario fuera del estómago.

Son inútiles todos los tratamientos y la muerte acaece, después de unos meses del brote neoplásico. En el caso que referiremos, ocurrió excepcionalmente la muerte á los dos años, y no se reblandeció ningún nódulo.

En el interior del organismo, todas las vísceras, huesos, músculos, ganglios, pueden ser invadidos, y en una de nuestras observaciones existía una neuritis óptica de origen neoplásico.

El diagnóstico se hace fundándose en la existencia cierta ó probable, de un carcinoma de los órganos internos ó de mama, en la comprobación objetiva de los caracteres descritos y mediante una biopsia que permitirá diferenciar la carcinosis secundaria de la sarcomatosis cutánea. Respecto de ésta, conviene además saber, que uno de sus tipos más frecuentes y mejor definidos, la sarcomatosis primitiva múltiple pigmentaria hemorrágica, comienza por las extremidades de un modo simétrico generalmente, y remonta hacia las partes centrales, siendo posible transcurran meses y años antes de que se altere gravemente la salud. Por estos caracteres se distingue bien de la carcinosis secundaria.

En otros tipos de sarcomatosis cutánea, el análisis biopsico es indispensable y conviene añadirle los datos de Clínica, pues no siempre es cosa fácil separar histológicamente algunos sarcomas cutáneos de las carcinosis múltiples de la piel. *Reitmann* dice, es necesario tener también presente la posibilidad de metástasis cutáneas de un endotelioma, como

lo demuestra un caso de *Riehl*, referente á un tumor de esa clase, desarrollado en la dura madre. Prácticamente, el asunto no tiene importancia por ser en uno y otro caso, inútil la terapéutica y fatal el resultado.

Es absolutamente interesante para el diagnóstico, observar que las repulaciones neoplásicas se hacen sin orden y sin el aspecto clásico ordinario, de invasión de los ganglios pertenecientes á la esfera neoplásica ó añadiendo á la invasión de estos, otras localizaciones independientes de las corrientes linfáticas y ganglios.

La carcinosis secundaria miliar tuberculosa de localización linfática (Carcinomatöser Lymphbahninfiltrat, de *Unna*), es diferenciable por la biopsia que demuestra el atasco difuso, canceroso del sistema linfático. Casi siempre se ha observado por cánceres mamarios. *Brocq*, *Lenglet* y *De-launay* han descrito un caso de epiteloma linfático en sábana, en el que las lesiones anatómicas se localizaban en las vías linfáticas y parecían *primitivas*, siendo en su aspecto semejantes á las secundarias.

Los datos anatómicos, singularmente los histológicos, son, por lo que ayudan á explicar la formación de las carcinosis secundarias de que nos ocupamos los más interesantes.

Los tumores pueden localizarse en todas partes, pero siempre donde hay tejido conjuntivo fasciculado, semejante al que forma la trama de los escirros. Macroscópicamente, al corte, los tumores son duros, de apariencia homogénea, blanco-azulados y pálidos unos; jaspeados otros de puntos sanguíneos sobre el fondo general pálidos. Un tumor de las paredes del vientre del caso primero, examinado por nosotros, presentaba el aspecto neto de un escirro mamario, no reblandecido.

En los 18 casos recogidos por *Reitmann*, 17 veces el tumor primario fué un escirro y las metástasis presentaron igual estructura. Mi caso de cancer primario de vejiga, no pudo ser examinado en esta parte, pero los tumores cutáneos queda dicho eran escirros típicos. En el segundo se trataba de un escirro, no siendo posible afirmar la textura de las metástasis, por imposibilidad de biopsia. En una enferma observada por *Kayser*, se trató de un carcinoma del recto y partes próximas, de células cilíndricas, muy afines en tipo, según el observador á la forma descrita por *Hauser*, con el nombre de cáncer adenomatoso escirro, y los tumores cutáneos reproducían esa misma estructura.

Entrando en detalles, diremos que *Reitmann* encontró que el tumor primario del estómago, estaba compuesto de células cúbicas ó poligonales, de núcleo grande, con vacuolas, dispuestas en filas ó en haces, más raramente en formas tubulares, encajadas en un estroma conjuntivo abundante, bastante pobre en vasos. En los nódulos cutáneos, encontró estructura igual, pero predominando la disposición de las células en fila, entre los manojos conjuntivos del dermis y, en pequeños acúmulos, en un estroma conjuntivo, neoformado y rico en vasos. Es de extraordinario interés el

hallazgo en un nódulo como una avellana subcutáneo, *de agrupaciones celulares, situadas en rededor de vasos gruesos, de las capas profundas del dermis, en conjunto casi libres de invasión tumoral*. Estos acúmulos celulares están constituidos dice *Reitmann*, por cortas filas de células, cuyo núcleo muy cromático y vacuolar es muy inferior en masa al protoplasma celular. Estas formas celulares corresponden perfectamente al tipo que ha podido observar en los carcinomas lenticulares, y deben ser considerados sin vacilar como elementos neoplásicos. Exactamente constituido halló otro nódulo de los más grandes, siendo en ambos notable, una intensa vascularización ectásica. Idénticas alteraciones se encontraron en los nódulos de la mujer estudiada por *Max Joseph y Herxheimer*. Examinando el nódulo cutáneo de nuestro primer caso con el doctor *Sala*, de competencia bien acreditada, encontramos una trama conjuntiva de tipo dérmico, entre cuyos manojos yacían agrupaciones celulares de tipo canceroso, textura que en conjunto representa una forma escirrosa; pero, y esto nos llamó mucho la atención, en las zonas más periféricas de la neoplasia, en donde existían los primeros esbozos de ella, hallamos pequeños grupos celulares, de tipo epitelial, en relación inmediata con los vasos, de tal modo, que parecía evidente habían servido estos para transportar las metástasis cancerosas. Como según se verá en la historia era muy difícil comprender la multiplicación neoplásica por el mecanismo, usual en los cánceres de las vías linfáticas, el hallazgo de los nidos cancerosos perivasculares, nos hizo ver que la rara forma de diseminación de aquella carcinosis secundaria, dependía de haber sido la corriente sanguínea la sembradora de las células cancerosas. Esta idea la reforzamos al observar en el segundo caso, la absoluta discordancia entre los sitios de las repululaciones neoplásicas y las corrientes linfáticas en relación con el tumor primitivo.

El proceso por el que esto se verifica, y en qué condiciones tienen lugar las metástasis que arraigan y crecen, requieren algunas explicaciones.

En primer lugar, debe saberse que al extenderse é invadir los tejidos, las neoplasias cancerosas, hacen irrupción dentro de los vasos, y especialmente, según *Reitmann*, en los espacios linfáticos perivasculares de los capilares y venas. Además, cuando se trata del estómago ó partes próximas, el desagüe linfático de estas partes que desemboca en el conducto torácico, puede llevar á éste gérmenes cancerosos que se verterán directamente en la sangre. De modo, que por el primer mecanismo ó por ambos, cuando se trate de cánceres de zona gástrica, la sangre puede decirse que recibe gérmenes neoplásicos en todos los casos. Según esto, debiera ser tan regla la diseminación sanguínea, como lo es la linfática, y presentarse las repululaciones cancerosas hemáticas en la primera red capilar sanguínea que encontrasen los elementos neoplásicos emigrantes. No sucede así

sin embargo, porque está bien averiguado que el paso á la sangre de células neoplásicas no va seguido forzosamente de la formación de metástasis, y *M. B. Schmidt*, ha demostrado que precisamente en las arteriolas del pulmón, sucumben muchas células tumorales emigrantes.

Hay, por tanto, en la sangre misma, un fuerte mecanismo de defensa, que por procedimientos de que es impertinente ocuparse ahora limita extraordinariamente puedan á llegar á los tejidos los elementos celulares en condiciones de multiplicación. A estos importantes obstáculos, que no deben existir en la corriente linfática, se debe añadir el hecho probado por *M. B. Schmidt* de que el depósito de una célula neoplásica en un punto del organismo, no supone necesariamente la formación de una metástasis, que no tiene lugar sino cuando la célula cae en terreno biológicamente para ella apropiado. Esto explica ciertas relaciones bastante precisas entre los tumores primarios y los tejidos que ofrecen las metástasis. Así, por ejemplo, el cáncer de próstata presenta regularmente reproducciones en los huesos y no en otras partes. En los casos de *Reitmann* y los nuestros, todos los tumores primarios analizados, eran escirros ó adenocarcinomas; esto es, tumores de estroma, muy semejante al tejido conjuntivo fasciculado dérmico, en el que las células de *ese tipo de cáncer* parece deben encontrar condiciones biológicas, semejantes á las del punto de origen. No es un obstáculo para establecer identidad entre el tumor primario y las metástasis, el que presenten leves diferencias estructurales; por ejemplo, que uno sea carcinoma adenomatoso y otro carcinoma escirroso, por poder depender según *Reitmann* estas diferencias de que el estroma conjuntivo en el que se alojen las reproducciones sea más ó menos flojo. Así un escirro, podrá engendrar una metástasis escirro-adenomatosa en un tejido conjuntivo laxo y viceversa, un adeno-carcinoma producir escirros, en tejidos conjuntivos densos.

Resulta por tanto necesario para las metástasis no sólo la transmutación celular por la sangre, sino la siembra en medio apropiado, y esto es lo que parece que sucede entre ciertos escirros, generalmente de mucosas, y la trama conjuntiva del dermis. Probablemente influye de una manera decisiva en que los hechos que estudiamos sean tan raros, la destrucción por la sangre, de los elementos cancerosos que en ella caigan.

En la práctica dermatológica, puede por excepción, ser aplicado todo lo que precede: pero *bien conocido* y *bien usado*, permitirá alguna vez hacer diagnósticos de cánceres internos no sospechados.

He aquí la relación sucinta de mis dos casos:

1.º *Noviembre de 1899*.—Hombre de sesenta años, con síntomas típicos de cáncer vesical diagnosticado por el doctor *Bravo Fernández*, que me consulta por un brote de nódulos neoplásicos hecho hacia dos meses, en las paredes costo-ventrales. Estado caquético avanzado; hematurias con fragmentos neoplásicos. Repartidos por las paredes ventrales y torá-

cías, parte superior de ambos muslos, región lumbar y brazos, existían más de 90 nódulos de distintos tamaños, todos ellos duros. Yacían unos en el tejido celular, otros eran dérmicos, y muchos estaban intensamente agarrados á la piel que aparecía tirante, lisa y brillante, sobre los nódulos grandes á ella adheridos. Los tumorcitos eran muy duros, y la mayor parte desiguales, angulosos, parecían pequeñas piedras. No había dolores espontáneos ni á la presión. Habían aparecido los nódulos en pequeño número, creciendo rápidamente éste y aumentando en tamaño. El mayor, situado en la región hipogástrica, era una masa irregular, equivalente á una mandarina. No había ninguno enrojecido, y todos estaban bien limitados. Un ganglio inguinal infartado no dolorido. Muerte, á los cuatro días después de la inspección. Media hora después de la muerte, se extirpan dos nódulos; uno grande y otro pequeño, sobre los que se encontraron los datos antes mencionados. Se estimaron como metástasis de tipo canceroso escirro, hechas por intermedio de los vasos sanguíneos.

2.º *Marzo de 1903.*—Señora de treinta y siete años, histérica, hija de un distinguido colega. Nueve meses antes había sido operada de un cáncer mamario. Curó bien de la intervención, pero pocos meses después, un riñón flotante que producía crisis dolorosas, exigió una laparotomía para la fijación de la víscera ectópica. Al practicar la operación se encontraron diseminados por el peritoneo algunos nódulos duros, que se estimaron como diseminaciones neoplásicas cancerosas. No tenía entoces ni tuvo después ascitis, pero sí dolores difusos por todo el vientre. Pasó bien esta segunda operación, y corrigió las molestias renales. La enferma se desmejoraba considerablemente y hacia los ocho ó nueve meses después de la extirpación de la mama apareció un nodulillo duro como un guisante en la *región temporal derecha*, y después otros varios en la región supraclavicular y cuero cabelludo. Crecieron en número más que en tamaño, y se extienden por el tronco y hombros. Poco después, pierde rápidamente la visión en el ojo derecho, y se diagnostica neuritis óptica por compresión.

Al examen se comprueba delgadez y color pálido, pero aún no caquéctico. Vientre flácido, sin tumores apreciables. Cicatriz mamaria sana, sin alteración del color de la piel. En el cuero cabelludo, cuello, tronco, brazos, vientre, pierna derecha y pabellón de la oreja derecha, se encuentran más de 130 nódulos duros, movibles todos, menos los del cuero cabelludo y oreja. Generalmente son redondeados ú ovoides, y están en su inmensa mayoría en el espesor mismo de la piel, que sobre ellos aparece ligeramente brillante como cera. Algunos, muy pocos, son subcutáneos. Comprimidos, se resienten algo, y los del cuero cabelludo, y especialmente el primitivo de la región temporal no mayor que un guisante, es verdaderamente punto de origen de neuralgias. En ninguno hay el menor asomo de reblandecimiento. Se forman sin apercibirse la enferma. En am-

bas axilas y en el cuello, infartos ganglionares pequeños, no dolorosos. Durante muchos meses, las lesiones permanecieron casi estacionarias, pero el estado general se caquetizaba, y las molestias dolorosas del vientre y cuero cabelludo aumentaron.

Dejé de ver la enferma, pero al cabo de veintisiete meses después del primer tumorcito, murió caquéctica, habiendo aumentado el número de las metástasis cutáneas, pero sin crecer ninguna mucho (la mayor una nuez), ni ulcerarse, ni ponerse rojas, ni hacerse cancerosos los ganglios.

No fué posible hacer una biopsia de un nódulo. El tumor mamario analizado por el doctor *Sala*, resultó ser un escirro de estroma conjuntivo, denso y fuerte.

BIBLIOGRAFÍA

Babes et Stoicesco. Sur le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs metastasiques sous-cutanées. Le progres médical. 1895. Nr. 8. p. 113.—*Beitzke*. Demonstration im Verein für innere Medizin Berlin. 16. Mai 1904. Deutsche med. Wochenschr 1904. p. 897.—*Boinet et Olmer*. Pleuresie cancerense secondaire a predominance fibreuse. Revue de medicine 1903. p. 717.—*Chaillous*. Epitheliomas des capsules surrénales avec noyaux secondaires de la peau. Bull. d. l. soc. d'anatomie. Paris 1897. p. 931.—*Hallopeau et Leredde*. Traité pratique de Dermatologie. Paris. 1900. p. 224.—*Heuss*. Demonstration. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1899. p. 17.—*Joseph*. Über Hautsarkomatose. Archiv für Dermat. Band XLVI. 1898. p. 177.—*Iwanoff*. Über Hautsarkome Arch. f. Derm. Bd. LIII. 1900. p. 325.—*Kayser*. Über einen in pathologisch-anatomische Hinsicht bemerkenswerten Fall eines Dickdarmkarzinoms mit Ovarialmetastasen und ausgehnter Erkrankung der Haut (Cancer en cuirasse). Archiv für Gynäkologie. Bd. LXVIII. H. 3.—*Krastning*. Statistik und Kasuistik metastatischer Tumoren. Zeitschrift f. Krebsforschung. Bd. IV. 1906. p. 315.—*Lereboullet*.—Cancer du rectum. noyau secondaire de la peau. Bull. d. l. soc. d. anat. Paris 1899. p. 542.—*Levi*. Gros nodule epitheliomateux de la peau secondaire a un cancer de l'oesophage généralisé. Bull. d. l. soc. d'anat. Paris 1897. p. 701.—*Lustgarten*. Demonstration. Ref.: Derm. Monatshefte. Bd. XXIV. 1897. p. 216.—*Riechelmann*. Eine Krebsstatistik vom pathologisch-anatomischen Standpunkt. Berliner klin. Wochenschr. 1902. p. 728, 758.—*Riehl*. Lymphendothelioma cutis multiplex. Wiener kl. Wochenschrift. 1896. Nr. 46.—*Schmidt*. M. B. Die Verbreitungswege der Karzinome und die Beziehung generalisierter Sarkome zu den leukämischen Neubildungen. V. Fischer, Jena 1903.—*Simon*. Cancer du rectum généralisé à la peau. Bull. d. l. soc. d. anat. Paris 1900. page 211.—*Spiegler*. Über die sogenannte Sarkomatosis cutis. Arch. f. Derm. Bd. XXVII. 1894. p. 163.—*Unna*. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin. Hirschwald 1894.—*Velpeau*. Des tumeurs epithéliales et de leur traitement Journal de medic. et de chir. prat. Janvier 1846.

NOTA.—Toda la bibliografía, exceptuadas las citas de *Hallopeau* y de *Unna*, está tomada del artículo de *Karl Reitmann*.

Microquímica de los iodocadmiatos alcaloídicos.

Trabajo del Laboratorio de Toxicología del profesor Maestro.

por

T. HERNANDO Y J. PESET ALEIXANDRE

Partiendo de lo mucho que interesa el estudio de los medios para utilizar en las investigaciones toxicológicas los precipitados obtenidos con los reactivos generales de los alcaloides, á fin de precisar cuanto sea posible la naturaleza del tóxico en cuestión, vamos á proceder al estudio de los precipitados que proporciona uno de aquellos reactivos generales: el de *Marmé* ó ioduro cádmico-potásico. Dicho estudio lo haremos bajo el doble punto de vista cristalográfico y de la acción que sobre dichos precipitados tengan los principales reactivos especiales ó de coloración.

El ioduro cádmico-potásico propuesto por *Marmé* (1) como reactivo general de los alcaloides, se prepara (2) haciendo una solución de 20 gramos de ioduro potásico en 60 c. c. de agua, en la que se disuelven en frío 10 gr. de ioduro cádmico y después es añadida de un volumen igual al suyo de una solución saturada de ioduro potásico. Este modo de preparación fué propuesto por *Marmé* en el año 1867, y desde entonces todos los autores se han limitado á copiarle, hasta los más recientes. Ahora bien; nosotros hemos demostrado que el ioduro potásico y los demás alcalinos en general, disuelven los iodocadmiatos alcaloídicos, por lo que la presencia de grandes cantidades del ioduro alcalino, no sólo huelga, sino que resulta perjudicial, por cuanto disminuye la sensibilidad del reactivo. Por tanto, como proceder para preparar este reactivo, teniendo en cuenta que el ioduro de cadmio y de potasio está formado por una molécula de cada ioduro (3), proponemos el siguiente: Disolver 20 gr. de ioduro potásico en 100 c. c. de agua y añadir á esta disolución 28,9 gr. de ioduro cádmico, que es la cantidad justa para que todo el ioduro potásico de la disolución se halle formando sal doble.

Así gana en sensibilidad este reactivo, que preparado del otro modo ya precipitaba las soluciones alcaloídicas al 1 por 10.000. No precipita los glucósidos, ni la cafeína, ni gran número de bases fisiológicas. Los precipitados son blancos ó amarillentos, solubles en el alcohol y amorfos.

(1) *Zeitschr. f. rat. Med.* 1837, citado por *Dragendorff* en su *Toxicología*.

(2) *Baumert-Lehrbuch d. gerichtlichen Chem.* Braunschweig. 1907.—352.

(3) Artículo «Cadmio» del primer Supl. del *Dictionnaire de Chimie* de Wurtz.

teniendo algunos tendencia á cristalizar, en lo que fundó *Vreven* (1) su procedimiento para diferenciar la quinidina de la quinina, cinconina y cinconidina.

He aquí el método que hemos empleado con éxito para conseguir la cristalización en pocos minutos, aun de muchos que no poseen la propiedad últimamente señalada: Obtenido el precipitado por la acción del reactivo sobre la solución clorhídrica del alcaloide, se separa del líquido preferentemente por centrifugación, se coloca una pequeña porción sobre el porta-objetos y se deseca con papel de filtro. Se pone el cubre, se instila una gota de alcohol de 95° por debajo del mismo, se calienta ligeramente para disolver la mayor parte de precipitado y se deja cristalizar por enfriamiento la parte que entonces se deposita. Repitiendo varias veces esta operación se consiguen cristalizaciones muy perfectas.

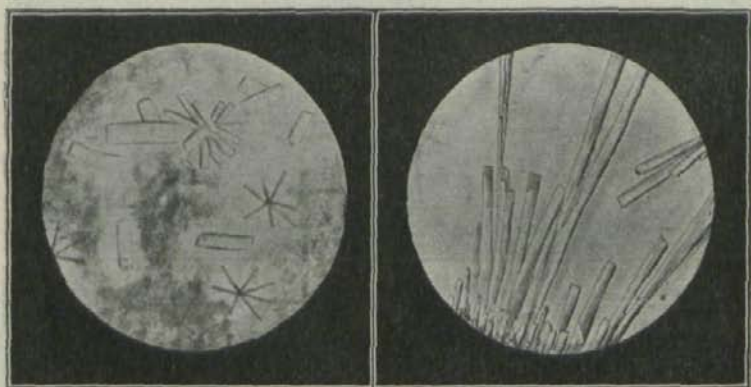


Fig. 1.ª.—Iodocadmiato de aconitina:

Fig. 2.ª.—Iodocadmiato de atropina.

Para hacer actuar el reactivo de coloración que nos ha de aseverar de que se trata del alcaloide que sospechamos por la forma cristalina, evaporamos á sequedad calentando ligeramente la preparación é instilamos una gota de aquél por bajo del cubre, viéndose en seguida cómo se tiñe la masa que constituía la preparación. Conviene hacer notar que los reactivos de coloración que dan buenos resultados, son aquellos que contienen un ácido enérgico en estado de libertad.

Expongamos someramente los principales resultados á que hemos llegado:

La *aconitina* es susceptible de proporcionar una hermosa cristalización sometiendo el precipitado amorfo proporcionado por el reactivo que nos ocupa, al tratamiento indicado. En este caso, da lugar á *tablas rectangulares*, anchas, de bastante tamaño. Aun combinada con dicho reactivo, re-

(1) *Chem. Ztg.* 1897, Rep. 253.

acciona con el ácido sulfúrico, con el reactivo de *Mecke* en caliente y con los de *Herbst*, *Wright* y *Mandelín*. Su preparación cristalográfica puede verse en la fig. 1.^a (1).

También la *atropina* produce una hermosa cristalización en larguísimo prismas que, con frecuencia, atraviesan toda la preparación. El reactivo de *Caro* en caliente da el color naranja. El precipitado que nos ocupa, está reproducido en la fig. 2.^a

La *brucina* es muy difícil de cristalizar cuando se halla en forma de iodicadmiato, y cuando se consigue lo hacen pequeñas agujas finas más

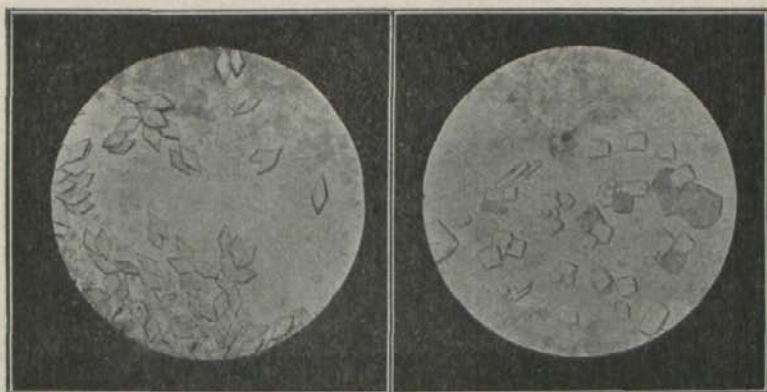


Fig. 3.^a—Iodicadmiato de cinconina.

Fig. 4.^a—Iodicadmiato de cocaína.

ó menos apretadas, bastante características. El alcaloide contenido en el precipitado reacciona con el ácido nítrico y con los reactivos de *Erdman*, *Frölide*, *Mandelín* y *Mecke*.

La *cinconina* produce un precipitado amorfo que cristaliza por el tratamiento indicado dando una de las formas más bellas y características de las conseguidas. Es esta la de láminas rómbicas, regulares y muy abundantes, como puede verse en la fig. 3.^a

La *cocaína* precipita por los reactivos que estudiamos, en estado amorfo, pero es susceptible de cristalizar en láminas cuadradas ó cubos que también son muy característicos. Reacciona en caliente con el reactivo de *Mecke* y en frío con los de *Johannson*, *Sonnenschein* y *Vitali*. El aspecto de esta preparación puede observarse en la fig. 4.^a

La *codeína* da lugar á un precipitado blanquecino que difícilmente produce un enrejado de pequeñas agujas rectangulares. No produce reacciones de coloración características.

La *conicina* ó *cicutina* en solución clorhídrica, tratada por el ioduro doble que estudiamos, produce un precipitado amorfo, que dejado de un

(1) Para todas las preparaciones el aumento, 320. Solo para piridina. A=200.

dia para otro, cristaliza en grandes tablas romboidales presentando algunas dos domas que les da apariencia exagonal. Contenida en este precipitado, produce las reacciones de coloración de *Fröhde*, *Johannson*, *Arnold* y *Vitali Stroppa*.

La *esparteína* da un precipitado amorfo que esforzándose por hacerlo cristalizar sólo se consigue alguna agujita pequeñísima, apenas visible.

La *estricnina* produce un precipitado blanco, ligeramente amarillento, amorfo, capaz de cristalizar en tablas rectangulares por un extremo y apuntadas por el otro. La *estricnina* contenida en el precipitado, reacciona con los reactivos de *Mandelin* y de *Marquis*, así como con el bicromato en solución saturada, si se ha tratado previamente por el ácido sulfúrico. El aspecto de dicha preparación cristalográfica, por demás característico é interesante para la caracterización de este alcaloide, puede verse en la figura 5.^a.

La *heroína* produce un precipitado amorfo que, sometido á nuestro tratamiento, cristaliza abundantemente en agujas brillantes que se reúnen en bonitos haces. Se colorea por el reactivo de *Rosenthaler*. Esta cristalización es la fotografiada en la fig. 6.^a

La *morfina* da un precipitado blanco, gelatinoso, susceptible de cristalizar en agujas sedosas, agrupadas en haces. Este precipitado reacciona con los reactivos de *Caro*, *Brunner*, *Erdmann*, *Fröhde*, *Mandelin*, *Marquis*,



Fig. 5.^a—Iodocadmiato de estricnina.



Fig. 6.^a—Iodocadmiato de heroína.

Mecke, *Melzer* y *Rosenthaler*. Dicho precipitado cristalino es el representado en la fig. 7.^a

La *nicotina* produce un precipitado, amorfo en los primeros momentos y que pasado algún rato se hace cristalino estando constituido por prismas exagonales, visibles á simple vista. Reacciona con los reactivos de *Fröhde*, *Arnold*, *Palm* y *Schindelmeiser*.

La *papaverina* da un precipitado amorfo que con dificultad produce

cristales de igual forma que los presentados de cinconina, pero de ángulo mucho más agudo; su valor es aproximadamente la mitad que el de aquellos. Esta forma ya estudiada por *Hofmann Schroff* (1) le sirvió para diferenciar este alcaloide de la morfina.

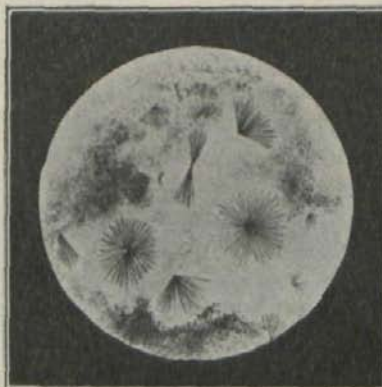


Fig. 7.^a—Iodocadmiato de morfina.

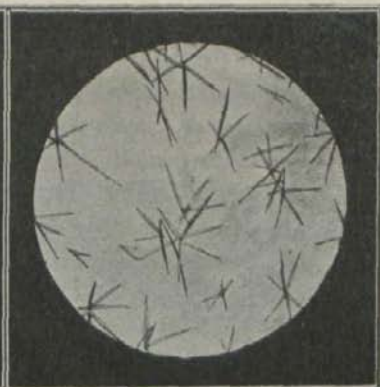


Fig. 8.^a—Iodocadmiato de piridina.

La *piridina* produce un precipitado ya cristalizado en agujas formando estrellas, que son muy características. Este alcaloide, núcleo de tantos otros, proporciona frecuentemente precipitados ya cristalizados como ocurre con el cloromercurato, cloroaurato, cloroplatinato, uranato, etc., según ha demostrado uno de nosotros en otro sitio (2). Su aspecto se reproduce en la fig. 8.^a

No parecen susceptibles de cristalización la fisostigmina, narceína, narcotina, quinina, veratrina y algunos otros.—*Facultad de Medicina de Madrid. Enero 1909.*

(1) *Jahrb. der Pharm.* 31. 28.

(2) J. PESET. Nota experimental sobre varias sales nuevas de piridina. Madrid, 1907.

Notas clínicas.

Un caso de diarrea prandial, por *J. Madinaveitia*.

M. Linossier ha descrito una forma de diarrea que llama prandial, porque se presenta en seguida de comer. Dice que se observa de preferencia después de la comida del medio día, en las personas que padecen de las vías biliares, con cálculos ó sin cálculos. Supone que se vacía bruscamente la vesícula biliar, después de comer, y que la excitabilidad exagerada del intestino ayuda á la producción de una diarrea biliosa, sobre todo cuando se come carne negra.

Veó yo una señora que ofrece ese síntoma y cuya historia es bastante interesante.

Ha tenido muchos hijos. Sufrió fuertes ataques de ansiedad y falsa angina de pecho que le obligaban á llamar á su médico muchas noches, creyendo que se moría. Empezó á sentir escalofríos y á tener ligeros accesos febriles. Relacionando estos dos hechos, y teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos de escalofríos y fiebres poco intensas, que recaen en señoras que han sufrido muchos embarazos, hay que pensar en la litiasis biliar, cuando no son tuberculosas, investigamos el hígado y el aparato digestivo.

No tenía dolor espontáneo, pero estaba el hígado ligeramente aumentado de volumen y ofrecía dolor bastante acentuado á la presión sobre la vesícula biliar y sobre la apófisis transversa de la 12.^a vértebra dorsal, á la derecha. Tenía hiperclorhidria, como ocurre en la mayoría de los casos de colelitiasis.

Esta enferma mueve el vientre normalmente á la mañana, pero inmediatamente después de la comida del medio día tiene una deposición diarrea y biliosa, que no se vuelve á presentar hasta el día siguiente.

Con esos síntomas diagnosticamos la colelitiasis, y la marcha ulterior confirmó el diagnóstico; porque ha sufrido varios ataques típicos de cólico hepático, seguidos de tinte icterico de las conjuntivas, y orinas con pigmentos biliares.

El tratamiento seguido contra la litiasis ha mejorado muchísimo todos los reflejos cardiacos.

¿Podemos considerar su diarrea como de origen biliar? Yo creo que sí. No se puede atribuir á catarro del intestino grueso, aun cuando uno de los síntomas de la colitis es la diarrea en seguida de comer, por las conexiones nerviosas del estómago y el colon, porque en este caso faltaba esa diarrea matutina, que se asocia á la que se presenta cuando empiezan

los movimientos del estómago después de comer. Además, en esos casos de colitis hay moco en las deposiciones, y en esta señora no se presenta. También hemos dicho que la deposición de la mañana es completamente normal en el caso que estudiamos.

Hay otras formas de diarrea relacionadas con la comida y la función gástrica, pero tampoco podemos referir á ellas este caso.

Es bastante frecuente la diarrea después de comer en ciertas formas de hipoclorhidria, pero se presenta generalmente tres ó cuatro horas después de la comida. También se presenta la diarrea á las tres ó cuatro horas, cuando se come con mucha debilidad, por haber estado sin comer demasiadas horas. La diarrea ó lentería que se presenta en los casos en que se perfora una úlcera gástrica en el colon transversal, se presenta como ésta, en seguida de comer, pero el aspecto es muy distinto de la diarrea biliar que estudiamos.

Ya se sabe que en vez de retenerse los alimentos en el estómago durante varias horas, como se suponía antes, empiezan á pasar al duodeno á los pocos minutos de su ingestión, y que este estímulo es el que provoca la expulsión de la bilis contenida en la vesícula. Parece que en estos casos se vierte bruscamente todo el contenido, y la excitabilidad especial del intestino (muy natural en esta señora que sufría los reflejos cardíacos) produce la diarrea.

Nada tiene de particular el que la deposición de la mañana sea normal, porque el desayuno usual en España y Francia es tan ligero, que no llega á producir el vaciamiento de la vesícula biliar. Se acumula la bilis desde la comida de la noche hasta el medio día siguiente.

La comida de la noche no provoca la diarrea como la del mediodía, porque quedan muy pocas horas desde que se vacía del todo el estómago, hasta que se come á la noche, y no hay acúmulo de bilis.

Un caso de cuerpo extraño (piñón) alojado en el bronquio derecho.—

Extracción por broncoscopia superior, por *J. Goyanes*.

El miércoles de carnaval fui llamado para ver á un niño de cinco años, de un pueblo de la provincia de Toledo, que el domingo anterior había aspirado un piñón que permanecía alojado en las vías respiratorias. Según nos dijo su padre, hallándose el niño viendo las máscaras y teniendo un piñón en la boca, fué asustado por una de aquéllas, y en el movimiento inspiratorio profundo y brusco que hizo el niño, el piñón debió pasar á las vías aéreas. Inmediatamente sufrió un fuerte acceso de sofocación con intensa disnea, tos y cianosis, quedando luego en aparente calma; pero los accesos se repitieron con intervalos más ó menos cortos, y en esta situación siguió hasta el martes; este día vino á Madrid por consejo del médico. Aquí sufrió también varios accesos de tos y sofocación, y el miércoles fui avisado para verle en

el Sanatorio de Villa-Gloria. Entonces se encontraba en aparente calma y echado en la cama. La respiración era regular y no frecuente; lo mismo el pulso; al hacer la inspección del tórax noté en seguida que la mitad derecha se retrasaba en su expansión inspiratoria con relación á la izquierda, y además que dicha expansión era menor. La percusión daba un sonido menos claro en el lado derecho que en el izquierdo, y auscultando aprecié la casi abolición del murmullo vesicular en el lado derecho, contrastando con el refuerzo (respiración pueril máxima) en el lado izquierdo; en aquel momento no oí ruido alguno anormal, (roncus, estertores, etc.). Terminada la exploración sufrió el niño un acceso de tos; comenzó á toser con tos bronca, y se puso algo cianósico y disnéico.

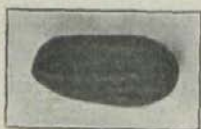
En vista de estos datos, creí que efectivamente existía un cuerpo extraño en el bronquio derecho, que quizá ocluía toda la luz bronquial y que se movilizaba de cuando en cuando, y decidí intentar la extracción por la vía natural aquella misma mañana.

Anestesiado el niño con el cloroformo por el Sr. *Súñez* y ayudado por el Sr. *R. Mlera*, procedí á practicar la broncoscopia superior. Se colocó en decúbito supino con la cabeza pendiente, y siguiendo la cara posterior de la lengua y la de la epiglotis, fué fácil, vencida la contractura mandibular que tenía el niño al comienzo, pasar un tubo de 9 milímetros de diámetro por 27 centímetros de longitud, por la *rima glotidis*, llegando á la tráquea. En este momento se produjo un reflejo traqueal que hizo toser al niño, á pesar de hallarse profundamente anestesiado, pero fué fácil vencerlo cocainizando ligeramente la mucosa traqueal. La maniobra de la introducción del tubo que efectuamos, como digo, sin ayuda de ningún instrumento accesorio (espátula de *Kirstein*, espátula tubular de *Killian*), se hizo desde el comienzo bajo la inspección visual, iluminando el campo (interior del tubo), con la lámpara frontal de *Kirstein*. Así alcanzamos el espolón de la bifurcación de la tráquea. Para penetrar en el bronquio derecho desvié el extremo exterior del tubo hacia la comisura izquierda de la boca del niño, con lo cual se introdujo aquél sin la menor dificultad en el bronquio, que se recorrió en toda su longitud (unos 3 ó 4 centímetros); entonces vimos claramente el *extremo redondeado de un piñón con su cáscara*, que obturaba completamente la luz bronquial, sin dejar espacio alguno entre él y la superficie interna del bronquio. Tampoco observamos orificio alguno colateral en el bronquio y por esto juzgamos que el cuerpo extraño estaba alojado en el extremo del tronco bronquial primario derecho. Cuando el extremo del tubo se hallaba aplicado al piñón, la profundidad marcada por el tubo en la línea dentaria superior era de 27 centímetros.

Así las cosas, comencé los intentos de extracción; los bocados de las pinzas prehensoras que utilizamos no podían insinuarse entre la pared bronquial y el cuerpo extraño, porque dichos bocados son gruesos; además, resbalaban sobre la superficie lisa del piñón; retiré después un par

de centímetros el tubo, y adaptando al extremo externo del mismo un tubo de goma, hice, con la bomba aspiradora de *Bier*, una aspiración brusca, para movilizar el piñón, pero no lo conseguí. Por fin, y después de varias interrupciones para continuar la anestesia, aplicando la mascarilla alternativamente al extremo del tubo y á la boca y nariz del niño, introduje una pinza de bocados fenestrados y muy finos, que se insinuaron entre el bronquio y el piñón, y retirando suavemente la pinza y el tubo, extraje el cuerpo extraño, con la natural emoción y alegría de los presentes.

El cuerpo extraño es un piñón de cáscara muy dura, de la forma que tienen ordinariamente estas semillas, de 19 milímetros de largo, por nueve y cinco de ancho en sus espesores máximo y mínimo.



La extracción se hizo sin lesionar lo más mínimo la mucosa respiratoria, completamente exangüe, y duró, desde el comienzo de la anestesia unos

cincuenta minutos.

Las consecuencias para el niño fueron completamente favorables; no volvió á tener tos, ni disnea; la temperatura no pasó en los días siguientes de 37,2°; la voz era completamente normal y sólo se observó, como síntoma desagradable, alguna dificultad en la deglución que desapareció pronto.

Los comentarios á que se presta esta extracción, que podemos calificar de brillante y que demuestra los progresos modernos en la técnica quirúrgica endoscópica, son los siguientes:

1.° Los síntomas producidos por el cuerpo extraño eran bastante expresivos, no sólo para diagnosticar su presencia en las vías aéreas, sino para determinar su localización, datos ambos de gran interés para decidirnos á practicar la broncoscopia.

2.° Confirmando la regla general, el cuerpo extraño pasó por aspiración al bronquio derecho, de mayor calibre (100: 77, según *Braune* y *Stahel*), que el izquierdo y de dirección más próxima á la de la tráquea (según *Leby* forma el bronquio derecho con la prolongación ideal del eje de la tráquea un ángulo de 24° y de 45° el izquierdo).

3.° El cuerpo extraño, de nueve milímetros de diámetro máximo en anchura, obturaba completamente el bronquio, el cual recibía también sin lesión el tubo broncoscópico de nueve milímetros, y, por lo tanto, el calibre de aquél era próximamente el mismo.

4.° La escasa inclinación de los bronquios con respecto al eje de la tráquea (el ángulo formado por ambos, oscila de 30 á 50°), sostenida por los anatómicos modernos en contra de la opinión clásica, según la cual los bronquios al separarse forman un ángulo obtuso, se confirma también al pasar con gran facilidad el tubo broncoscópico desde la tráquea á los

bronquios, y constituye una disposición anatómica favorable á la práctica de la broncoscopia, y

5.º Antes de hacer la traqueotomía en los casos de cuerpos extraños en las vías aéreas, deben los pacientes ser sometidos por cirujanos y especialistas hábiles en el manejo de los aparatos de broncoscopia á este nuevo é incruento método en beneficio de los pacientes y del arte quirúrgico.

Revistas críticas.

Revista de Cirugía, por J. Goyanes.

ONCOLOGÍA.—*El carcinoma producido por los rayos Röntgen.*

No es un hecho nuevo que los rayos de *Röntgen* pueden producir un carcinoma de la piel. En un trabajo reciente de *Coenen* (*Berliner klinische Woch.* 1909, núm. 7), se mencionan 33 casos (incluyendo uno personal) tomados de la literatura de lengua alemana é inglesa. Los más expuestos á padecerlo son los médicos que manejan con frecuencia esta clase de rayos, siendo ya conocida de todos la desgraciada suerte de un técnico radiólogo de Chicago (el doctor *Fuchs*) que perdió un brazo y después la vida á consecuencia de metástasis de un carcinoma de la mano. En éstas y en la cara es donde con más frecuencia se localiza el epiteloma, que también se desarrolla á menudo en las cicatrices de lupus tratado por röntgenización, en las cuales ya espontaneamente se ha observado la degeneración epiteliomatosa.

El epiteloma de *Röntgen* se caracteriza: 1.º porque va siempre precedido de dermatosis y 2.º porque es histológicamente un *cancroide* ó epiteloma corneo ó con globos. Tiene, además, analogías con otros epitelomas producidos por irritaciones químicas de la piel, como el de los desollinadores (*Volkmann*), localizado sobre todo en el escroto, el de los obreros que trabajan en parafina y el papiloma vesical de los obreros de las fábricas de anilinas. Los experimentos modernos de *Fischer* han demostrado además, que ciertos colores, como el rojo escarlata y el Sudan III activan la regeneración del epitelio en las heridas en granulación, é inyectados bajo la piel de los animales producen hiperplasias epiteliales, habiéndose utilizado forma de pomadas para favorecer la cutificación de las superficies granulosas. En nuestra clínica estamos ensayando con este objeto la pomada de rojo escarlata.

De estos hechos se deduce que en los casos en que aparezca una radiodermitis, así en los pacientes tratados con los rayos de *Röntgen*, como en los médicos que los manejan, debe suspenderse la aplicación y el manejo, respectivamente, de los mismos para evitar el desarrollo posible del epiteloma.

El tratamiento operatorio de los tumores de la hipófisis.—Del conjunto

de trabajos publicados sobre este tema, hace el doctor *Ernesto Venus* en el *Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie*, 1909, números 1 y 2, un resumen crítico, del cual se deducen las conclusiones siguientes: Los tumores de la hipófisis ya no deben incluirse hoy entre los tumores cerebrales inoperables. De los seis casos operados hasta la fecha, cinco resistieron esta tremenda operación y uno falleció á consecuencia de la misma. Sólo en uno de los pacientes (el operado de *Hochenegg*), la extirpación del tumor hipofisario fué completa; en los demás sólo pudo extraerse un trozo del mismo. En los casos en que la extirpación fué incompleta los síntomas cerebrales (congestión papilar, dolor de cabeza, hemianopsia, etc.), mejoraron, á causa, sin duda, de la descompresión cerebral. En el caso de *Hochenegg* (extirpación total) no se presentaron trastornos atribuibles á la falta de función hipofisaria, y en cambio, los síntomas acromegálicos (abultamiento de las manos, de los pies y de los maxilares, hemianopsia bitemporal y estado melancólico), desaparecieron casi por completo.

Los métodos ó vías para llegar á la hipófisis son la extracraneal y la intracraneal. La primera ha sido seguida en los estudios cadavéricos de *Koenig*, *v. Michel*, *Hertle*, *Giordano*, *Loewe*, *Moszkowicz*, etc., mientras que *Catón y Paul*, *Casselli*, *Krause* y *Kiliani* prefieren la intracraneal. *König* recomienda la operación de *Gussenbauer* (incisión del paladar en la línea media y resección del proceso palatino con el escoplo), extirpando después el vomer y penetrando en el silla turca á través de la base craneal. *Michel* había ya empleado la misma técnica para llegar al quiasma óptico en los animales. *Giordano* penetra en las células etmoidales y luego en el seno esfenoidal, previa resección osteo-plástica de la pared anterior del seno frontal. *Loewe* recomienda abrir la nariz en forma de doble hoja de puerta, resecar ó declinar el *septum nasale*, extirpar también las paredes y tabiques de los senos esfenoidales y penetrar en la silla turca quitando la pared superior de dichos senos.

La vía intracraneal ha sido seguida por *Casselli*, con una técnica análoga á la que se emplea para la extirpación del ganglio de *Gasser* por la región temporal. *Krause* considera que por esta vía es inaccesible la hipófisis por oponerse á ello el seno cavernoso y la carótida, y prefiere penetrar en el cráneo por la parte externa de la región frontal. En su reciente obra (*Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks*, 1908), cita un caso de tumor hipofisario extirpado (incompletamente) penetrando en la silla turca por esta vía.

Aunque *Horsley* había ya extirpado un tumor de la hipófisis, es tan incompleta la reseña hecha de su caso, que puede considerarse á *Schlosser* como el primero que realizó la operación en el hombre; este autor prefiere la vía extracraneal á pesar de que la infección meningea es entonces más probable, sobre todo si existe catarro nasal ó faríngeo.

Sobre los efectos de las inyecciones termales en el carcinoma de los ratones.—Sobre este asunto, publica el doctor *Werner*, del Instituto para la investigación del cáncer de *Heidelberg*, dirigido por *Czerny*, en la revista *Zeitschrift für Krebsforschung*; t. 7, c.º 2.º 1909, un interesante trabajo donde hace referencia á los estudios de *Clowes* y *Büslack* y á los de *Michaelis*, sobre la influencia de la temperatura en los trozos de tumor destinados á la trasplatación. La acción prolongada sobre los mismos de temperaturas de 37 á 45º facilita la trasplatación, aumentando el tanto por ciento de casos de resultado positivo.

Los tumores inoculados son de más rápido crecimiento, y en consecuencia, su malignidad es mayor. *Ehrlich* había demostrado ya que los trozos de carcinoma del ratón no pierden su vitalidad cuando se les somete durante algún tiempo á temperaturas inferiores á 0º.

Los experimentos de *Werner*, tienen por objeto estudiar los efectos producidos por disoluciones salinas (Cl Na) de temperatura elevada inyectadas en el espesor de la masa neoplásica.

Los ratones cancerosos utilizados, provenían unos de Londres, enviados al Instituto de *Czerny* por *Bashford* y otros de Viena, con tumores de crecimiento rápido y estructura alveolar. Los resultados de estos estudios fueron los siguientes: las inyecciones salinas á 50-55º producen un estímulo en el tumor y aumentan la rapidez de su crecimiento; las inyecciones de 60-70º determinan reblandecimiento del tumor y retracción del mismo, y á 80º lo necrosan. Los tejidos de alrededor se afectan mucho menos por la inyección termal que el tejido neoplásico; y si las inyecciones se hacen en zona sana, cerca del carcinoma, se produce fuerte reacción inflamatoria, pero la parte neoplásica próxima se reblandece y pudre. De esto parece deducirse que los tejidos neoplásicos son más sensibles á los agentes físico-químicos que los tejidos sanos, hecho ya demostrado por lo que respecta á las descargas eléctricas (fulguración) por *Keating-Heart* y *Czerny*. Parece además probado que los agentes de esta naturaleza producen, cuando obran débil y continuamente, un estímulo sobre los elementos celulares, que conduce á veces á la formación de neoplasias, y en cambio el tejido de éstas es destruido fácilmente por los agentes físico-químicos cuando obran con gran intensidad.

Las inyecciones termales no tienen, según el autor del trabajo, aplicación á la terapéutica del carcinoma en el hombre, porque la destrucción del tumor sólo puede obtenerse en neoplasmas pequeños, que, por lo demás, se extirpan fácilmente por los métodos quirúrgicos.

CIRUGÍA DE GUERRA.—*Sobre los abscesos cerebrales consecutivos ó heridas por arma de fuego en la guerra ruso-japonesa.*—El vizconde de Hashimoto y el doctor *Kuroiwa* publican en los *Archiv für klinische Chirurgie*. t. 88, c. 2.º 1909, un interesante trabajo sobre este asunto. Según las estadísticas de *Tokuoka*, el número de heridos asistidos en la sección *Shibuya* del

Hospital militar de reserva de *Tokio*, se elevó á 10.000 desde el 6-VII-1904 al 16-X-1905, de los cuales 579 eran heridos en el cráneo (196 casos de herida perforante, 87 de herida penetrante, y los demás simplemente tangencial). Los autores del trabajo citado tuvieron ocasión de observar y tratar ocho casos de absceso cerebral, sobrevenido á consecuencia de estas heridas:

1.º Un soldado de treinta años, herido por bala de schrapnell en la región parietal derecha, tuvo pérdida del conocimiento, que duró tres horas; después, parálisis motora y sensitiva del lado izquierdo; más adelante, vómitos y dolor de cabeza.

A las dos semanas se hizo una incisión, por donde salieron esquirlas, trozos de paño y fragmentos del proyectil. A los tres meses se hizo trepanación abriendo un absceso cerebral, á pesar de lo cual el paciente no mejoró, falleciendo algunos meses después. En la sección se encontró un absceso cerebral.

2.º Soldado de veintitrés años; herida perforante en la región parietal derecha. Tuvo pérdida del conocimiento durante tres días, afasia, vómitos y parálisis sensitivo-motora. Luego mejoró, persistiendo los trastornos afásicos y la parálisis del brazo; algún tiempo después fiebre, éstasis papilar, vómitos, y por último coma y muerte. Diagnóstico de sección: infiltración purulenta y reblandecimiento del cerebro; meningitis cerebroespinal.

3.º Soldado de veinte años. Herida desde el apéndice xifoides al lado izquierdo de la columna vertebral. Se formó un empiema izquierdo que fué operado mediante resección costal; después mejoría. Cuatro meses después, tuvo escalofríos y fiebre de 40º, aceleración del pulso, cefalea, embotamiento, rigidez de la nuca y delirio, pero no éstasis papilar. Diagnóstico de sección: absceso cerebral múltiple metastásico, abscesos en el bazo y riñones, absceso subfrénico y gangrena pulmonar.

4.º Soldado de veintiocho años. Herida en la región frontal derecha, por casco de granada. Tuvo pérdida del conocimiento que duró dos horas; después parálisis del brazo izquierdo. A su ingreso en el lazareto de *Tokio*, además de los síntomas motores dichos, tenía parálisis facial y disminución visual. Dos semanas después, parálisis de la pierna izquierda y afasia, catarata traumática del lado derecho, y congestión papilar izquierda; por último, coma y muerte. El pulso al principio raro (50 p. m.); después acelerado. Diagnóstico de sección: absceso cerebral, meningitis y encefalitis.

5.º Soldado de veinticuatro años. Herida perforante desde la región occipital izquierda hasta la cara. Tuvo pérdida del conocimiento y después disminución de la inteligencia y pérdida de la audición y de la visión en el oído y ojo izquierdos. A su ingreso en el lazareto tenía además parálisis facial; luego sobrevino pulso cerebral (45 p. m.) y fiebre; por pun-

ción lumbar se extrajeron 50 c. c. de líquido sin nada anormal. Fué operado en la región temporal, evacuando un absceso, falleciendo treinta días después de la operación. Diagnóstico de sección: absceso temporal cerebral, hemorragia cerebral y meningitis supurada.

6.º Soldado de veintiseis años. Herida perforante desde la región parietal derecha á la región occipital del mismo lado. Tuvo pérdida del conocimiento, parálisis motora del lado izquierdo é hiperestesia y disminución visual grande. A su ingreso en el Lazareto tenía además cefalea y más adelante pulso cerebral, fiebre alta y vómitos, sin congestión papilar, fué operado de trepanación, evacuando un absceso, falleciendo poco después. Diagnóstico de sección; absceso cerebral y meningitis supurada.

7.º Soldado de veintiocho años. Herida perforante desde la región frontal derecha á la parietal del mismo lado. A su ingreso en el hospital tenía afasia, apatía y dolor de cabeza; fiebre alta y pulso frecuente. Fué operado extrayendo 30 gramos de pus fétido, falleciendo siete días después de una segunda intervención. Diagnóstico de sección: absceso multilocular y meningitis supurada.

8.º Soldado de veintiocho años. Herida ciega en la región temporal izquierda. Tuvo pérdida del conocimiento y afasia durante tres días. A su ingreso tenía cefalea, pero no parálisis. La herida estaba en granulación, pero supurando algo. La punción lumbar dió 70 c. c. de líquido claro, pero con estafilococos. Trepanación y evacuación de un absceso temporal y después de algunos días coma y muerte. Diagnóstico de sección; absceso temporal y meningitis supurada.

Estos casos resultan muy instructivos y demuestran la extraordinaria gravedad de los abscesos cerebrales consecutivos á esta clase de heridas, pues todos los heridos fallecieron, tanto los operados como los no operados.

La infección de las heridas por proyectiles de armas de fuego. El doctor V. Reyher (de Dorpat) da cuenta en este trabajo, publicado en los *Archiv für klinische Chirurgie* t. 88. c. 2.º 1909, de su experiencia sobre este asunto, deducida de sus observaciones en la guerra ruso-japonesa. Esta tremenda carnicería humana, ha dado ocasión á resolver una porción de problemas quirúrgicos relativos á las heridas de los proyectiles del fusil moderno y especialmente la cuestión relativa á si estas heridas deben considerarse primitivamente asépticas ó no. Hasta la fecha dominaba la doctrina de *Bergmann*, según la cual, las heridas por proyectiles de fusil son primitivamente asépticas. Como *infección primaria* debe considerarse aquella que sobreviene en heridas que han sido tratadas con el apósito oclusivo sin sondeos previos y no comunican con cavidades mucosas. La *infección secundaria* es la que sobreviene en el curso del tratamiento. Los gérmenes que penetran en la herida pueden ser conducidos por el proyectil mismo, por los trozos de ropas que penetran en la herida y por las partículas epidérmicas del orificio de entrada. Se creía hasta hace poco

tiempo que las balas de los fusiles modernos eran asépticas porque el enorme roce contra las paredes rayadas del cañón y el calor de la combustión de la carga las esterilizaba, pero los experimentos notables de *Messner*, *Kayser* y *Tavel* (disparos á través de recipientes llenos de gelatina, con formación ulterior de numerosas colonias microbianas), demostraron que el proyectil no es estéril si está anteriormente contaminado, y por otra parte la elevación de la temperatura del proyectil (según *Bruns* hasta 210°) sólo se produce cuando la bala encuentra una resistencia enorme que vencer, pues entonces la fuerza viva se convierte en calor. Los trozos de ropa (fibras del tejido de la ropa en las heridas por proyectiles de fusil y trozos mayores en las heridas de schrapnell), que con tanta frecuencia penetran en las heridas de las partes cubiertas, producen infección primitiva en muchos casos, y es preciso tener en cuenta que las ropas de los soldados en el campo de batalla están de ordinario muy sucias. Es verdad que algunas veces los trozos de ropa no infectan la herida, enquistándose y tolerándose, como demostraron las preparaciones presentadas por *Bergmann*, pero esto es lo excepcional. Además los experimentos de *Habart*, *Karlinski* y *Schwarzenbach* han demostrado por medio de los cultivos, que las ropas de los soldados tienen gérmenes virulentos. Nosotros hemos tenido ocasión de observar en nuestra clínica una pobre mujer herida por proyectil de revólver en el muslo, que además de una infección de gran septicidad sufrió tétanos mortal (cuarenta y ocho horas de duración), é iniciada al día siguiente de dilatar el enorme absceso, donde había, además del proyectil, dos trozos de trapo (de la falda de la mujer herida).

La piel de los soldados en el campo de batalla es también otra fuente de infección. En la guerra ruso-japonesa, y probablemente en todas las guerras habidas, los soldados sólo ocasionalmente y en verano se bañan. De todo lo cual se deduce que, en contra de la opinión sostenida por *Bergmann* (guerra ruso-turca) por *Langenbuch* (que recomendó la sutura primaria de esta clase de heridas) y por *Brentano* (en el Lazareto de Charbin), las heridas de proyectiles de fusil moderno deben considerarse como primitivamente infectadas, y que cuando curan sin reacción se debe su carácter aséptico á las defensas orgánicas (acción bactericida del suero sanguíneo, fagocitosis, etc.).

Por lo demás, el clima influye también en la infección de las heridas de guerra. La sequedad del clima abisinio fué según *Alvaro* la causa de la escasa proporción de infecciones en la guerra sostenida allí por los italianos. El mismo hecho hace notar *Hildebrandt* para la guerra boer; en los combates de Paardeberg, durante los cuales estuvo lloviendo torrencialmente, se observaron muchas infecciones y éstas fueron también más frecuentes en el húmedo Natal que en el seco Estado libre de Orange. En invierno las infecciones son más frecuentes que en verano, por iguales motivos, hecho también demostrado para la infección tetánica en la gue-

rra ruso-japonesa, pues según *Hohlbeck* entre 66 heridos en Ljaojan (Septiembre 1904), sólo uno enfermó de tétanos y en cambio en Mukden (Febrero 1905), de 167 heridos enfermaron seis (es de advertir que en la Mandchuria durante el invierno hay mucho polvo en el aire por los fuertes vientos, y que en el combate de Mukden los soldados apenas podían abrir los ojos para disparar).

En conclusión, según *Reyher*, *la infección primaria de las heridas desempeña en la guerra el papel más importante, y no tan sólo en las producidas por balas de schrapnell, en las cuales aquella se eleva el 90 por 100, sino también en las producidas por bala de fusil* (el fusil Murata, con proyectiles de 8 mm. con cubierta de cobre y níquel y el Arusaka, con proyectiles de 6,5 mm., con cubierta de níquel fueron los usados por el ejército japonés) *en las cuales la infección primaria se eleva á las dos terceras partes de los heridos.*

CIRUGÍA VASCULAR.—*Nefrectomía doble y reimplantación de un riñón.*—El doctor *Alexis Carrel* ha practicado en el Instituto de Rockefeller de Investigaciones médicas, de New-York, una serie de experimentos en el perro, para reimplantar un riñón, mediante la sutura de los vasos. Su interesante trabajo hállase publicado en los *Archiv für klinische Chirurgie*, t. 88, c. 2.º 1909. De los seis animales sometidos al experimento, uno murió á causa de la operación, los demás se curaron; otros murieron más tarde por pielitis, nefritis, hidronefrosis y tuberculosis pulmonar, y uno se halla completamente sano ocho meses después de operado. La técnica seguida fué la siguiente, dicha en pocas palabras: laparotomía semicircular transversal; extirpación del riñón izquierdo; preparación de este riñón y de la región renal para el ingerto ó reimplantación: reimplantación del mismo, suturando, según la técnica del autor, circularmente, la arteria, la vena y el ureter; extirpación del riñón derecho, y oclusión por sutura de la pared abdominal. En los casos autopsiados, las líneas suturales no presentaban coagulación (suturas penetrantes con seda japonesa amarilla, esterilizada con vaselina), y los vasos estaban perfectamente permeables.

Desde el punto de vista biológico estos resultados son de mucha importancia, porque demuestran que la suspensión circulatoria en el riñón reimplantado, que duró cerca de una hora en estos experimentos, no determina la necrosis del epitelio (después del experimento la orina tenía albúmina, que desapareció más adelante), porque, además, se observa que un riñón desligado por completo de sus relaciones con el sistema nervioso, puede funcionar de un modo completamente normal.

Hace ya más de un año hicimos nosotros en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina, dos experimentos en perros para estudiar la transplatación renal. Previa laparotomía extirpamos el riñón derecho, descubriendo antes los vasos del cuello, mediante una incisión, seccionándolos y ligando sus cabos periféricos; luego anastomosis por

medio de sutura circular la arteria renal con el cabo central de la carótida primitiva y la vena renal con el cabo central de la vena yugular externa (la yugular interna del perro es de un calibre muy pequeño, como corresponde á su cerebro poco desarrollado); la técnica es difícil, porque el calibre de los vasos es muy pequeño; conseguimos, sin embargo, hacer suturas excelentes, pero se infectó la herida en ambos casos, y el riñón se esfaceló por completo, aunque los perros no murieron. El ureter era fijado á un ojal de la piel del cuello. Nuestro fracaso lo atribuimos á la imposibilidad que hay en nuestros laboratorios de hacer operaciones asépticas en los animales; lo cual contrasta con la facilidad que otros experimentadores encuentran para sus estudios, á veces por la munificencia de los Rothschild, Rockefeller, etc.

Drenaje de los ventrículos cerebrales por medio de segmentos de vasos transplantados en casos de hidrocefalia.—Hasta la fecha, las operaciones ensayadas por los cirujanos para curar el hidrocéfalo congénito, son las siguientes: punción lumbar; drenaje lumbar; punción ventricular y drenaje ventricular. Esta última se practica en los puntos de *Bergmann* (frontal), de *Keen* (temporal sobre y detrás de la oreja) y de *Krause* (occipital). El drenaje puede hacerse conduciendo el líquido ventricular hacia fuera (la infección es muy probable en estos casos) ó hacia los espacios celulares de la cabeza, colocando el extremo posterior del tubo por debajo del cuero cabelludo, según la idea de *Mikulicz*, y empleando un tubo de drenaje de oro ó de magnesio reabsorbible (*E. Payr*). Nosotros hemos practicado una operación con esta última técnica en un caso de hidrocefalia congénita (un niño de pocos meses) y quizá publiquemos extensamente la observación. También á nosotros se nos había ocurrido desechar el ventrículo lateral hacia el seno longitudinal hace ya varios años, y consultamos la idea con el profesor *San-Martín*, pero no mereció su aprobación. En un trabajo del profesor *E. Payr*, publicado en los *Archiv für klinische Chirurgie*, t. 87, c. 4.º Diciembre 1908, se describe la técnica de este drenaje ventricular hacia el seno longitudinal, valiéndose para ello de un segmento de vena safena, provista probablemente de válvulas que impiden el paso de la sangre del seno hacia el ventrículo, y en cambio, consienten el paso del líquido ventricular hacia el seno. El *modus faciendi* es muy complejo, porque es preciso hacer la isquemia del seno longitudinal mediante pinzas especiales, y reseca simultáneamente un segmento de vena safena, por lo general, de otro individuo con varices; luego se necesita conducir uno de los extremos del segmento venoso libre hasta el ventrículo con un trocar especial y suturar el otro cabo á un orificio de pared de dicho seno longitudinal.

Los fundamentos de esta técnica los halla el profesor *Payr* en el hecho demostrado de que es posible transplantar un segmento venoso ó arterial

sin que pierda su vitalidad, y á este respecto cita mis trabajos de transplatación de la vena cava entre los cabos de la aorta seccionada.

Pero el resultado de las dos operaciones practicadas por Payr es análogo al de los demás métodos operatorios para la cura del hidrocéfalo: ó la muerte del operado ó una mejoría insignificante. Sin embargo, nosotros también creemos que dada la mortalidad enorme de los niños con hidrocefalia congénita, y los trastornos psíquicos y sensoriales que siempre existen en los que no mueren, todas estas operaciones están justificadas, pues algún día, quizá, se llegará á curar ó aliviar mediante ellas esta imponente afección.

Revista de Revistas.

Degeneraciones medulares pseudo-sistemáticas consecutivas á la anestesia raquídea por la estovaina. SPIELMEYER. (*Pseudosystemerkrankungen des Rückenmarkes nach Stovainanästhesie*). *Neurologisches Centralblatt*, 1909, núm. 2.

El artículo de S. tiene gran interés, no sólo neurológico, sino también práctico, porque demuestra histológicamente uno de los peligros de la anestesia raquídea. S. demostró en animales (perros y monos) que la inyección intra-aracnoidea de estovaina produce degeneraciones medulares, á primera vista sistemáticas: degeneración de los cordones posteriores y degeneración combinada de los cordones posteriores y laterales. Hasta ahora no las ha encontrado en el hombre, pero en diez y seis casos de la clínica de Krönig ha observado alteraciones limitadas á las células ganglionares y del tipo de la degeneración retrógrada. La degeneración es muy parecida á la que se encuentra en los cordones posteriores del perro infectado por tripanosomas (*Issetsé*). S. cree que se trata de una degeneración verdaderamente sistemática, idéntica á la propia de la *tabes dorsalis*. En los animales estovainizados la degeneración del cordón posterior nace de la lesión de las raíces posteriores: el proceso degenerativo queda circunscrito á las fibras exógenas del cordón posterior y es bilateral y simétrica. Afecta más á las vías cortas medulares que á las largas, como suele suceder en otras lesiones de las raíces posteriores.

El punto de origen de la degeneración es, según cree S., la porción extramedular de la raíz posterior, de modo que la degeneración de la porción intramedular de la raíz es sólo consecuencia de la lesión de aquélla. En esto se diferencia esencialmente esta degeneración de la de la *tabes*, de la consecutiva á la compresión de las raíces posteriores en el curso de los tumores cerebrales y de la de la *tabes tripanosómica*, en todas las cuales la degeneración se inicia en el anillo de OBERSTEINER, que rodea al punto de entrada de la raíz en la médula; es decir, que empieza por ser intramedular y sólo consecutivamente se hace extramedular.

La porción de raíz situada fuera del saco dural se halla intacta, mientras que los cordones que forman la cauda equina, encerrados en la dura aparecen fuertemente degenerados. En los ganglios espinales tratados por el método de MARCHI se encuentran intactas, tanto la prolongación central como la periférica. Por consiguiente, las lesiones radicales aparecen sólo después de que la raíz ha penetrado en el saco dural, esto es, sólo en el sitio en que ha estado en contacto con la estovaina.

También degeneran las raíces anteriores en su porción intradural, mientras que su porción intramedular permanece intacta. Claro es que esta degeneración se transmite en sentido descendente á la porción radicular extradural. Siempre la degenera-

ción radicular posterior es más intensa que la anterior, lo que demuestra que las raíces posteriores son más vulnerables para la estovaina que las anteriores.

Se encuentra además una zona de degeneración marginal de la médula, que unida a la del cordón posterior, da apariencia sistemática al conjunto de la degeneración. S. demuestra que las lesiones son pseudosistemáticas y producidas en las porciones de médula y raíces que han estado más en contacto con la estovaina.

En cuanto a la causa de la degeneración, S. ha demostrado que no es la compresión de la médula y raíces; el agente productor es la estovaina misma, que ataca directamente a la fibra nerviosa misma.

En ninguno de los diez y seis casos humanos estudiados por S. encontró la degeneración radicular ni medular. Esto se explica porque, lo menos ocho, murieron demasiado pronto para que pudiera utilizarse el método de MARCHI. De todos modos, hay gran diferencia entre el hombre y los animales en este punto.

Llama la atención en algunos casos la insignificancia de los síntomas clínicos en comparación con la intensidad de las lesiones. Sólo en algún animal hubo paraplegia con trastornos de la sensibilidad y vesicales. La paraplegia desapareció para el tercer día. Los reflejos sufren poca alteración.

Las lesiones de las células de las astas anteriores encontradas en algunos casos humanos, son de naturaleza retrógrada, debidas a la degeneración de la raíz anterior y consisten en cromolisis, dislocación del núcleo, etc. Son análogas aunque no tan intensas a las que se producen en las células de los ganglios espinales como reacción a las lesiones radiculares posteriores. Pero como se encuentran dichas alteraciones celulares también en casos (hombres y animales) en que no hay lesión radicular, admite S. que a veces la cromolisis es primaria y debida a la acción directa de la estovaina. Esta tigrolisis dura poco tiempo; la estructura normal de la célula se restaura al cabo de pocas horas.

Aunque como ya se ha dicho, no se ha encontrado dicha degeneración pseudosistemática en el hombre, cree S. que algunos de los síntomas observados consecutivamente a la anestesia raquídea por la estovaina, como son los trastornos motores y sensitivos, pueden atribuirse a las lesiones de la periferia de la médula y las parálisis oculares transitorias quizás a la lesión de las células motrices correspondientes.

Queda, pues, demostrado que la inyección intradural de estovaina determina en los animales degeneraciones medulares pseudosistemáticas que proceden de las degeneraciones radiculares y marginales.

Gayarre.

L'argyrol dans le traitement de l'uretrite blennorrhagique (par J. de SARD). *Presse Médicale*, núm. 13, 1909.

DE SARD ha querido ver si no sería posible sustituir el permanganato potásico por otra substancia aún más bactericida pero menos cáustica, cuyo poder de difusión fuese mayor; y le pareció ser el *argyrol* la que más se aproxima al ideal.

El *argyrol* es una sal orgánica de plata (el vitelinato) que no coagula la albúmina. Muy ávida de agua y muy difusible, tiene un gran poder de impregnación. Debe naturalmente su poder bactericida al contenido en plata, que es de un 80 por 100, cantidad bastante mayor que la del protargol, el cual, no contiene más que un 8,3 por 100.

El *argyrol* no es nada cáustico y no provoca la más mínima reacción inflamatoria en la uretra aún a las dosis más altas; además, no sólo no es doloroso, si que más bien analgésico, puesto que los lavados uretrales con una solución de esta sal, calman los dolores del periodo agudo y los suprimen rápidamente, aun cuando sean

muy intensos en el momento de las micciones ó erecciones. Es más: abandonando por espacio de cuatro ó cinco horas 200 gramos de solución al 1 por 100 en una vejiga de capacidad normal, ó veinte de la solución al 10 por 100 en aquellas cuya capacidad está disminuida, no se produce el menor tenesmo.

El tratamiento por el argirol debe ser hecho desde luego por el mismo médico, y cada veinticuatro horas.

En el *periodo inicial*, hay que practicar un lavado uretral con 400 gramos de solución al 1 por 100, cuando la orina del segundo vaso sea totalmente clara; y en caso contrario se hará el lavado total con 200 gramos para lavar la uretra anterior y otros 200 para inyectar la vejiga.

De los 36 pacientes que ha tratado en pleno periodo agudo (algunos muy agudos), 33 han curado perfectamente en un lapso de tiempo que osciló entre trece y cuarenta días, con lavados diarios de 600 gramos de solución al 1 por 200, 400 para la uretra anterior y 200 para la vejiga. Y es precisamente para los enfermos de esta categoría, por cierto los más numerosos, es decir, de los que no consultan hasta que la uretritis se halla en pleno desarrollo, que el argirol constituye un remedio precioso. En efecto; los dolores desaparecen, la inflamación disminuye al primer lavado; y á no ser por el flujo que persiste, pero para cesar pronto (á menudo, rápidamente y siempre antes del vigésimo lavado) los pacientes se considerarían curados.

El autor no ha podido disponer hasta el presente más que de un reducidísimo número de uretritis en periodo de descenso. Sin embargo en todas ha cesado el flujo al primer lavado, volviéndose clara la orina y no persistiendo más que una ligera gota y filamentos, durante unos días. Curación definitiva en dos ó tres semanas.

Lo mismo en estos enfermos, como en los del periodo inicial en los cuales después de unos lavados sólo restan gota matinal opalina y algunos filamentos en orinas claras, es partidario de sustituir los lavados por inyecciones de 10 centímetros cúbicos de la solución al 10 por 100, que el enfermo guarda de cinco á diez minutos en la uretra, inyecciones que son completamente indoloras.

Es dato importante á anotar el que DE SARD insiste en que su técnica es aplicable á las uretritis complicadas de prostatitis y epididimitis; y lo demuestra el que en diez y siete enfermos que padecían de tales complicaciones, lavó todos los días y practicó masajes más ó menos ligeros de la próstata. En las epididimitis emplea además fricciones del testículo con pomada de argirol al 15 por 100 y vendaje compresivo, desapareciendo los dolores en dos días y disminuyendo la hinchazón en dos ó tres. No menos interesante es el hecho que señala, del descenso á la temperatura normal desde la primera fricción, observado en todos sus pacientes hipertérmicos y comprobado perfectamente en uno de ellos por medio de alternativas de descenso térmico y recaída provocadas por sucesivas aplicación y suspensión de la pomada. Once prostatitis, de las cuales cuatro no habían sido sometidas antes del argirol á tratamiento alguno, curaron en un espacio de tiempo de veintiseis á treinta y ocho días.

DE SARD deja entrever la posibilidad de obtener también con el argirol resultados excelentes en el dolor y en la hipertermia del reumatismo blenorragico, á lo cual le autorizan varias observaciones muy demostrativas.

El autor se apoya en una estadística de cien casos (41 en periodo inicial, 36 agudos, 6 en periodo terminal y 17 con complicaciones), vistos todos varios días, á menudo varios meses, después de supender el tratamiento y habiendo comprobado la ausencia de gonococos.

No dudamos que con tan buenos auspicios ha de divulgarse rápidamente el nuevo método, sobre todo, una vez se demuestre que el coste del fármaco en cuestión es igual ó no mucho mayor al del permanganato y otros medicamentos en boga; pues de lo contrario, no estaríamos con el argirol á mucha mayor altura que con el colar-

gol el cual no resuelve más que en parte el problema por ser de precio subido y estar como tal, sólo al alcance de pacientes algo acomodados.

J. Nonell.

Insuficiencia aórtica de origen obstétrico, por H. SURMONT, *Echo med. du Nord.*

Esta observación demuestra que la insuficiencia aórtica por rotura valvular, puede, si bien excepcionalmente, ocurrir en el sexo femenino sin acompañarse de los antecedentes habituales indicados por los autores. Se trataba de una mujer de cuarenta y un años presentando los síntomas característicos de una insuficiencia aórtica. No había padecido enfermedades infecciosas, agudas, ni alcoholismo, gota, sífilis, etc. Los primeros síntomas se habían presentado después de un parto ocurrido dos años antes.

Este parto, extremadamente laborioso, se acompañó de violentos dolores terminando con una aplicación de forceps. El puerperio normal. Cuando la enferma se levantó al décimo día, fué víctima de vértigo, palpitaciones, exageradas por la marcha, á tal punto que tuvo que abandonar su profesión de cocinera. No se descubre factor alguno de ateroma ni endocarditis. Puede achacarse la rotura al esfuerzo realizado durante el período de expulsión, explicándose que la enferma no haya apreciado el dolor retro-esternal porque había sido enmascarado por los fenómenos dolorosos del parto mismo.

Indudablemente, esta observación prueba un hecho que nosotros no hemos visto apuntado en ninguna obra de tocología, ni de medicina y es que el parto puede provocar por sí mismo una rotura de las válvulas sigmoideas sin previa lesión de las mismas, originando una insuficiencia por esfuerzo.

La tintura de iodo en la fiebre puerperal, (MERGASI. *Soe. med. clíne. Bulle de Therapeut.*).

El tratamiento no es nuevo, puesto que se lee en muchas obras clásicas de obstetricia, pero es lo cierto que había caído completamente en desuso, y MERGASI, al restablecerlo y presentar una estadística favorable, confirma el hecho de que muchos procedimientos terapéuticos, han fracasado por imperfecciones de aplicación, de oportunidad, de dosis, etc. El autor citado procede así; previa desinfección y un *curettage* si se suponen restos placentarios, practica un largo lavado de la cavidad uterina con una solución antiséptica, y después entre las ramas separadas de la sonda, inyecta en el útero de 100 á 500 gramos de una mezcla á partes iguales de tintura de iodo y agua muy caliente. Es necesario asegurarse de que no hay ningún obstáculo á la salida del líquido; á este fin, después de algunos minutos y siempre á la primera sensación dolorosa, se abre la llave de la sonda y se practica un lavado con agua caliente para arrastrar el exceso de iodo.

Afirma que en siete casos en una sola inyección, consiguió la apiresia, creyendo que tan buenos resultados son debidos á la gran cantidad de iodo en estado naciente que se desprende de la tintura, por la adición del agua caliente.

Sutika ó diarrea puerperal de Bengala. (F. PEARSE, *Lancet y Sem. Med.*)

El autor llama la atención sobre una forma particular de diarrea crónica con fiebre, que sobreviene después del parto causando gran número de defunciones. Sus estudios se refieren á la población de Calcutta. Allí se conoce con el nombre de *sutika*. La enfermedad se caracteriza por los síntomas siguientes. En los quince días que siguen al parto, se presenta una diarrea generalmente no acompañada de dolores. El número de deposiciones acuosas y fermentadas, pero sin contener moco, ni

sangre, es de cinco á quince en el día. En un cierto número de casos se observan fenómenos de dispepsia, con anorexia pertinaz sin que haya vómitos, ni tos, etc. Paralelamente á la diarrea se observa una fiebre de marcha irregular. Las enfermas sufren un adelgazamiento rápido, con postración general, no tardando en presentarse un edema de las extremidades inferiores.

La evolución de la enfermedad es muy variable, siendo el término medio de duración de cinco á ocho meses.

Este estado morboso se observa en mujeres de todas las edades y razas, excepto la europea en la que no se registró hasta ahora ningún caso. El diagnóstico es fácil y la patogenia desconocida. PEARSE afirma que no se trata ni de una fiebre puerperal ordinaria, ni menos de la disenteria ó la tuberculosis.

Contribución experimental á la patogenia de la eclampsia, (L. MÖHR y R. FREUND, *Berlin, hlin, Wochensch, y Sem. Méd.*)

Partiendo del hecho de que los casos rápidamente mortales de eclampsia se acompañan de alteraciones más ó menos graves de la sangre, y especialmente de hemoglobinuria, los autores citados se han dedicado á estudiar gran número de placentas desde el punto de vista de su poder hemolítico. Siguiendo la misma técnica empleada por TALLQVIST en sus trabajos acerca de la anemia bothriocefálica llegaron á encontrar en la placenta una substancia hemolítica, que no es otra cosa que ácido oleico contenido allí bajo la forma de una sal de sosa. Así, pues, una substancia de origen endógeno y que es normalmente inofensiva, puede bajo la influencia de ciertas condiciones, volverse tóxica y determinar alteraciones morbosas.

El hecho de hallar en la placenta una hemolisina de constitución química definida, parece aportar una prueba en apoyo de la teoría placentaria de la eclampsia.

Los autores opinan que en condiciones normales ocasiona esta substancia la destrucción de los glóbulos rojos, proporcionando así hierro al feto.

A título de contribución al estudio de la patogenia de la eclampsia recogemos este trabajo de los autores alemanes que requiere aún más detenido análisis experimental.

Eleizegui.

Estudio experimental sobre la función del tiroides y de las glándulas paratiroides por E. HAGENBACH, (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. T. 18, p. 328*).

HAGENBACH ha estudiado este asunto, perfeccionando la técnica de los experimentadores que le han precedido y completando los resultados obtenidos con un estudio histológico minucioso de los animales autopsiados, por cuyas razones, las conclusiones de sus trabajos, aunque no se aparten en lo esencial de los hechos ya conocidos, son verdaderamente interesantes.

Ha elegido para sus experimentos el gato, estudiando detenidamente la anatomía de su aparato tiro-paratiroideo. En este animal, el tiroides es un órgano par y las g. p., en número de cuatro, se encuentran, dos incluidas en el tejido tiroideo y dos independientes de él, siendo por lo tanto, posible la extirpación del tiroides con los paratiroides internos, conservando los externos. Esta es la disposición corriente en los mamíferos que se suelen emplear en los laboratorios (en el hombre es bastante distinta), pero el gato es recomendable por la constancia que estas glándulas presentan en sus relaciones y la seguridad con que el organismo responde á la falta de las mismas; en el conejo, por ejemplo, las condiciones anatómicas para experimentar son excelentes, pero la ablación del tiroides, no impide ni modifica la existencia y el desarrollo normal del animal.

Demostrada la independencia anatómica y embriológica del tiroides y las g. p., HAGENBACH, insiste en su independencia funcional. En parte de sus animales, extirpa el tiroides con los paratiroides internos y se desarrolla una caquexia tireopriva típica, que produce la muerte en un plazo de cinco á seis meses; las g. p. externas, conservadas, han sido suficientes para cumplir la función paratiroidea, pero no han suplido la falta de secreción del tiroides. En otra serie de gatos, extirpa el tiroides con sus paratiroides internos: aparece la caquexia tiroidea; y á los dos ó tres meses, extirpa las g. p. externas: en el mismo día ó en los dos ó tres días siguientes, el gato muere en tetania agudísima. Por último, ha hecho otro orden de pruebas, que nos parecen las más interesantes: en gatos preparados también mediante la ablación del tiroides y las g. p. internas, lesiona los vasos que nutren á las externas, vasos que proceden de la arteria tiroidea superior y que son muy visibles; la lesión de los vasos, en un sólo lado, determina una tetania ligera que desaparece y la caquexia tiroidea sigue su curso. Si han sido ligados los vasos de ambos lados, la tetania es agudísima y mortal.

Confirmada una vez más la independencia absoluta de los síntomas caquéticos debidos á la falta de tiroides, de los tetánicos dependientes de las g. p., estudia los caracteres de ambos estados. La caquexia tireopriva experimental es enteramente análoga á los estados de atireosis (aplasia tiroidea, mixoedema congénito). Los gatos operados por él, eran muy jóvenes y en ellos se aprecia claramente la influencia de la secreción tiroidea en el crecimiento. El examen histológico de los cartilagos diafisarios y de las zonas de transición osteo-cartilaginosas de las costillas, demuestran el notable retardo en que se encuentra el desarrollo del esqueleto, por comparación á los animales testigos. Respecto del estado de otros órganos, se detiene principalmente en la hipófisis. Es sabido que se ha atribuido á esta glándula, una función vicariante respecto del tiroides, desde que VASSALE dijo que en el mixoedema la había encontrado hipertrofiada; ni las observaciones clínicas, ni las experimentales han aclarado definitivamente este punto. HAGENBACH dice que sus casos no le permiten afirmar la existencia de esa función de suplencia, basada en realidad, en hechos aislados.

En el hígado y en el riñón, ha encontrado HAGENBACH lesiones degenerativas obscuras.—En las glándulas generadoras dice que es constante el desarrollo defectuoso de los folículos del ovario y la menor producción de espermatozoides en el testículo.—No ha encontrado lesiones distintas en el páncreas, bazo, músculos é intestinos, cuya atonía (meteorismo, estreñimiento) se observa á veces en los animales sin tiroides.

La descripción que hace de la tetania paratiroopriva, no añade nada nuevo á los hechos conocidos.

G. Marañón.

Nuevo procedimiento para la extirpación de los ganglios inguinales. (A. GOSSET, *Journal de Chirurgie*, Febrero 1909.)

Teniendo en cuenta las adherencias que contraen entre si y con los órganos próximos, los ganglios inguinales inflamados, cancerosos ó tuberculosos, favorecidas siempre por un proceso de periadenitis, GOSSET, después de hacer un detenido estudio anatómico de los mismos, describe el procedimiento por él empleado, de extirpación en bloc, en una sola masa, de los referidos ganglios.

El fundamento de esta técnica estriba en los hechos siguientes. Los ganglios inguinales no contraen adherencias con la vena femoral más que en una pequeña extensión, pues ésta sólo está en contacto con aquéllos desde el cayado de la safena interna, hasta el ligamento de GIMBERNAT, en cuya extensión hay íntimas relaciones de

contigüidad entre la vena femoral y dos ó tres ganglios que deben considerarse como inguinales profundos, siendo en este sitio donde debe temerse lesionar la vena en las maniobras de extirpación. Como quiera que los vasos femorales en el resto de su extensión están protegidos contra las adherencias de la periadenitis, por su vaina aponeurótica y como los demás ganglios inguinales, así como la vena safena, son supraponeuróticos, existe siempre detrás de estos últimos órganos (ganglios y safena) un plano de deslizamiento que permite el fácil desprendimiento y ablación de los ganglios en una sola masa; como la safena contrae fuertes adherencias con los ganglios, es preferible según GOSSET, reseca una porción de ella para facilitar así la operación.

He aquí la técnica que aconseja seguir: la incisión puede ser paralela á la arcada crural ó curva, determinando la formación de un colgajo cutáneo de vértice inferior y base superior; también es muy útil la incisión vertical, paralela á los vasos femorales, muy conveniente cuando existe algún trayecto fistuloso. Hecha la incisión debe descubrirse la safena interna por debajo de los ganglios más inferiores y cortarla entre dos ligaduras ó pinzas; tirando después hacia arriba del cabo superior, se descubre en seguida la aponeurosis femoral y con las tijeras se separa fácilmente por las partes laterales la masa ganglionar, llegando así al punto de peligro, al segmento de la vena femoral donde las adherencias pueden ser más fuertes. La masa ganglionar después de la sección de la safena y liberación de abajo arriba, está aún sujeta por cuatro pedículos: uno externo á nivel de los vasos circunflejos ilíacos; uno interno (vasos pudendos externos); uno superior (vasos subcutáneos abdominales) y otro profundo formado por el cayado de la safena y las adherencias de los ganglios á la vena femoral.

Por fuera de los ganglios más externos (ganglios de AUSSPITZ) se seccionan los vasos circunflejos ilíacos; la sección del pedículo superior es fácil sobre la cara anterior de la aponeurosis del gran oblicuo y cortando el pedículo interno queda la masa solamente sujeta por el profundo. Entonces se tira de ella hacia arriba y adentro y se secciona, después de ligada, la terminación de la safena; no queda más que desprender con prudencia los ganglios vecinos á la vena femoral, maniobra delicada que con esta técnica se facilita mucho.

Procedimiento muy anatómico nos parece el de GOSSET, con las ventajas de los que como en toda operación reglada, facilitan la técnica, ajustándola en una marcha fija. Es posible que esta operación como otras muchas, deje en algunos casos de ser reglada y sufra variaciones á que obliguen las condiciones de la lesión, pero es indudable que siempre que pueda ser efectuada deberá preferirse á la extirpación aislada de los ganglios, tanto más difícil cuanto mayor son las adherencias de que se rodean.

Tratamiento del ántrax por la extirpación total (MASINI, Société de Chirurgie de Marseille, Octubre 1908).

Siguiendo el método de LABBÉ, el autor ha extirpado algún número de ántrax, habiendo obtenido por este procedimiento excelentes resultados, y al que concede gran valor.

La operación puede hacerse con anestesia general ó local. Se extirpa el ántrax como se extirpa un tumor.

La incisión de extirpación debe circunscribir la tumoración á medio centímetro del límite aparente del ántrax, y una vez extirpado éste debe hacerse expresión sobre los bordes de la incisión con objeto de ver si en ellos existe infiltración de pus, en cuyo caso se resecarán con las tijeras curvas hasta que se llegue á tejido sano.

Se transforma así una herida séptica en una herida normal que granula con rapidez extraordinaria. La cicatrización se obtiene aún más rápidamente practicando ingeritos de OLLIER-THIERSH.

Cifuentes.

Academias y Sociedades Médicas.

II. Congreso anual de neurólogos alemanes, celebrado el 3 y 4 de Octubre de 1908 en Heidelberg. (Continuación).

11. *Römheld*. (Schloss Horneegg).—*Clínica de las parálisis post-diftéricas; líquido céfalo-raquídeo en la pseudotabes post-diftérica*.—Historia de un caso grave de parálisis post-diftérica del velo y de la acomodación en un enfermo adulto tratado con suero *Behring*, y en el que tres meses después de la difteria apareció una pseudotabes manifiesta (ataxia de todas las extremidades, reflejo rotuliano y *Aguiles* abolidos, troncos nerviosos sensibles á la compresión, disminución de la excitabilidad eléctrica, trastornos subjetivos de la sensibilidad, la cual es objetivamente normal en todas partes, también en la planta del pie y lo mismo la sensibilidad profunda). Se hicieron tres punciones lumbares con intervalos de un mes, la primera dos meses y medio después del comienzo de la difteria. En la primera punción se encontró linfocitosis moderada (contada según *Rosenthal* 6 á 7 linfocitos por milímetro cúbico), una proporción de albúmina de 7 divisiones de la escala de *Nissl*, reacción 1.^a de *Nonne*, muy marcada, pero faltaba la acción inhibidora de la lecitina en el sistema hemolítico. En la segunda punción había aumentado muy poco la linfocitosis, la proporción de albúmina era de 4 divisiones *Nissl*, en la fase 1.^a de *Nonne* no había más que ligera opalescencia y no había en el líquido céfalo-raquídeo ni toxina ni antitoxina diftérica. En la 3.^a punción la proporción de células era normal; la de albúmina sólo de 3 divisiones de la escala de *Nissl*. Cuando el enfermo fué dado de alta, estaba clínicamente curado, aunque faltaba el reflejo de *Aguiles*, mientras que existía, aunque muy débil el rotuliano. *R.* hace observar que esta observación, aparte del interés casuístico que tiene, por ser la primera hecha en el líquido céfalo-raquídeo en la parálisis post-diftérica, es de importancia teórica, porque puede contribuir á resolver el problema de la localización de dichas parálisis, tan debatido á pesar de las investigaciones anatómicas y experimentales hechas con este fin. Hasta ahora no se ha encontrado ninguna alteración patológica del líquido céfalo-raquídeo en la neuritis periférica sencilla. Por consiguiente, la observación de *R.* es la primera demostración clínica de que en las parálisis post-diftéricas muy duraderas, hay no sólo neuritis periférica, sino también alteraciones anatómicas de los centros nerviosos. Ignoramos en qué momento de la enfermedad aparecen estas alteraciones, y por tanto, no sabemos si las alteraciones del líquido son consecuencia de la sepsis diftérica ocurrida al principio, ó si no aparecen hasta el estadio de la parálisis post-diftérica por inflamación ascendente. *R.* hizo algunas consideraciones acerca de la analogía entre las alteraciones del líquido

céfalo-raquídeo en las infecciones agudas, especialmente en la difteria y en los procesos metasifilíticos; mientras que en éstos las variaciones patológicas del líquido permanecen en general constantes, ocurre en las parálisis post-diftéricas, que paralelamente con la mejoría clínica, va disminuyendo el número de células y el aumento de albúmina, aunque la proporción de ésta suele ser mayor en el apogeo de la difteria, que en la tabes.

12. *Pappenheim* (Heidelberg.) *Mecanismo de la reacción de la desviación del complemento en el líquido cerebro-espinal.*—*P.* refiere los experimentos que ha hecho en el laboratorio de *Dungern* en el Instituto para la investigación experimental del cáncer, de los que resulta que los extractos de leucocitos obtenidos aplicando sedales en paralíticos y en otros enfermos no sífilíticos de la Clínica psiquiátrica, dieron la reacción de la desviación del complemento. Este hecho hace suponer que la reacción *Wassermann* del líquido céfalo-raquídeo, en el que siempre se están destruyendo células, no es más que una reacción de los productos de descomposición de los leucocitos. Sin embargo, no siempre hay paralelismo entre la pleocitosis y la inhibición de la hemolisis, lo cual puede explicarse por la acción de varios factores, como variaciones de la pleocitosis, diferencias de la velocidad de circulación del líquido, etc. La segunda objeción, esto es, que la reacción aparece también en el suero, es la mejor confirmación de la opinión sustentada por *P.* porque es la que mejor explica la diversa reacción que en la sífilis y parálisis dan el líquido céfalo-raquídeo por una parte, y el suero por otra. De acuerdo con la opinión expuesta, están las investigaciones de *Elias*, *Neubauer*, *Porges* y *Salomon*, quienes admiten que la reacción del suero es una reacción de coloides, que es más marcada en el suero de los sífilíticos por la mayor inestabilidad de las albúminas que intervienen en la reacción, pero que naturalmente, puede hacerse aún más fuerte, si existe una albúmina que no exista en condiciones normales, ó porque haya mayor cantidad de una albúmina normal (producto de descomposición de los leucocitos).

Discusión: *Fränkel* ha hecho la reacción de *Wassermann* en cadáveres. En la aortitis sífilítica da resultado positivo; si es negativa, se trata de un proceso ya pasado, esto es, de cicatrices aórticas. Los casos de exudados testiculares, reaccionaron casi todos negativamente. En la escarlatina, el suero dió reacción positiva en 5 casos, negativa en 7, lo cual es un indicio de que la reacción *Wassermann* no tiene valor específico absoluto.

Much tiene poca fe en la reacción *Wassermann*; cree que no es específica, fundándose en observaciones que ha hecho en escarlatinosos. No cree que se la pueda conceder valor pronóstico, ni terapéutico.

Fischer cree que los linfocitos del líquido céfalo-raquídeo proceden de las meninges, del sitio en que se hace la punción y que no permiten deducción alguna acerca del líquido situado en nivel más alto.

Sachs ha ensayado y obtenido la reacción de *Wassermann* en 1.200 casos; cree que es dato seguro y de utilidad para la intervención terapéutica. Nunca la ha encontrado en la escarlatina ni en ninguna otra enfermedad.

SESIÓN TERCERA

13. *Hoche* (Friburgo): *La situación clínica de la neurastenia*. El concepto clínico de las neurosis ha sufrido muchas variaciones en estos últimos tiempos. La que menos ha cambiado es la epilepsia, la que más la hipocondría. El concepto del histerismo se ha embrollado de tal suerte, que en la actualidad es difícil entenderse en este punto. El carácter histérico es mucho más frecuente que el histerismo propiamente tal. El concepto de la neurastenia exige imperiosamente revisión. Los autores franceses equiparan la neurastenia con la psicastenia (tics, fobias, estados de ansiedad, etc.); la neurastenia juvenil no es en algunos casos más que hebefrenia incipiente ó una fase de una psicosis circular. Los neurasténicos por accidentes del trabajo son casi siempre histéricos. Quedan como tipo de neurastenia pura los estados convalecientes de las enfermedades infecciosas. Aún el hombre psíquicamente sano puede adquirir la neurastenia en estas condiciones. Pero conviene tener presente que la fatiga no basta por sí sola para convertir un hombre sano en un neurasténico hipocondríaco. Conviene separar todas estas formas.

Discusión: *Erb*, dice que, en contra de la opinión que domina actualmente, las causas somáticas tienen gran influencia en la producción de la neurastenia. No basta con la ansiedad psíquica. Por consiguiente, la eficacia de la psicoterapia sola es bastante restringida.

14. *F. Krause* (Berlín). *26 casos de tumor medular operados*. Descripción de 25 casos de tumor medular y de meningitis serosa espinal, tratados por laminectomía.

15. *Vulpinus* (Heidelberg). *Resultados del tratamiento quirúrgico-ortopédico de las parálisis infantiles graves*. V. estudia los progresos que ha hecho el tratamiento con aparatos mecánicos y el operatorio de las parálisis. La cirugía ortopédica se propone suprimir los aparatos protésicos. Los métodos que emplea, son: 1.º La artrodésis, que puede hacerse sobre todo en la articulación de la rodilla, pero también en la del hombro, cadera y tibiotarsiana; 2.º la trasplantación tendinosa, cuyas indicaciones son cada vez más numerosas; 3.º la plástica nerviosa, teóricamente muy superior á la trasplantación tendinosa, pero prácticamente mucho más difícil. Con él se han conseguido resultados indudables en las extremidades. Merced á la combinación de dos ó de los tres métodos son accesibles al tratamiento aún las parálisis infantiles más graves, esto es, las más extensas. V. demostró varios niños que hasta que fueron operados tenían

que andar apoyándose en las manos y después andaban sin apoyo ninguno.

16. *O. Marburg* (Viena). *La obesidad cerebral. Contribución á la patología de la glándula pineal.*—El examen de los casos de obesidad cerebral aparecida en el curso de las lesiones de la hipófisis, hizo ver que es muy probable la opinión de *Fröhlich*, que supone que esta obesidad es de origen hipofisario. Menos aceptable parece la opinión de *Erdheim*, según la que la causa de esta enfermedad, es la lesión de un centro trófico situado en el infundíbulo. *Schüller* y *Tandler* y *Gross*, creyeron que la causa de esta adiposidad es la atrofia genital que algunas veces la acompaña: esta opinión es muy improbable, puesto que de los 32 casos en que se hizo autopsia, sólo en 12 se encontró atrofia genital. Esta cuando existe, es secundaria. Pero, según parece, además de la obesidad hipofisaria hay otra obesidad epifisaria ó pineal. *M.* observó una niña de nueve años, en la que la obesidad excesiva apareció en el curso de un tumor de la pineal, y en la cual las glándulas genitales estaban completamente intactas. *M.* ha encontrado repasando la bibliografía otras observaciones análogas. La glándula pineal favorece el crecimiento de los demás órganos, porque en algunos casos de lesión pineal hay acromegalia parcial con hipertrofia genital. Se observan estas alteraciones en niños de menos de siete años, esto es, en una edad en que funciona todavía la glándula pineal. Otro trastorno observado, es la caquexia grave, análoga á la que se presenta en la destrucción total de la glándula pituitaria. Si se admite que hay dispituitarismo, se puede considerar la acromegalia, hiperpituitarismo; la obesidad, como hipopituitarismo, y la caquexia, como apituitarismo. Y si, como cree haber demostrado, se admite un dispinealismo, resultan otros síndromes correlativos de los de la hipófisis. En el dispinealismo, la hipertrofia de la glándula retarda el metabolismo celular. El hiperpinealismo determina la obesidad. En cambio, el hipopinealismo aumenta el crecimiento y determina la hipertrofia genital, mientras que el apinealismo, como el apituitarismo, va acompañado de caquexias. Parece, pues, que la glándula pineal debe considerarse, aunque sólo en cierto grado, como glándula sanguínea.

17. *Brauer* (Marburg). *Lesiones cerebrales consecutivas á la conmoción cerebral.*—El enfermo cayó en el hielo y sufrió conmoción cerebral grave, los síntomas somáticos desaparecieron, pero quedó en estado melancólico, depresión, llanto, etc., á menudo respiración de *Cheyne-Stokes*, estupor, etc., síntomas que indicaban la existencia de una lesión cerebral orgánica. Se le hizo varias punciones cerebrales sin éxito diagnóstico ni terapéutico. (*B.* cree que en muchos casos la punción ventricular es más inofensiva que la punción lumbar). No había ningún indicio para sospechar la parálisis general. El enfermo murió en coma. La autopsia demostró atrofia y esclerosis difusa del cerebro, que aparecía al corte seco, coriáceo, en algunos sitios cribiforme. Ninguna lesión focal, ningún resto

de hemorragias. Después se supo que siete años antes del traumatismo, había pasado el enfermo una influenza, en la que el médico que le asistía observó alteraciones de los nervios ópticos. Quedó completamente sano. Por consiguiente, el traumatismo no hizo más que agravar una lesión cerebral preexistente, pero no la produjo directamente.

18. *Schlesinger* (Viena). *Contribución al conocimiento de la esclerosis múltiple aguda*.—Un niño de siete años cayó enfermo después del sarampión, con parálisis de las extremidades inferiores, desórdenes vesicales y rectales, después ataxia de los miembros superiores, trastornos de algunos nervios craneales, atrofia de los ópticos, sordera. Muerte á los diez meses. Se encontró en todo el sistema nervioso central muchos focos, algunos de ellos con células gránulo-adiposas, en otras alteraciones análogas á las de la esclerosis múltiples, á saber: cilindros-ejes bien conservados, rodeados de una ligera capa de mielina, ninguna degeneración secundaria, alteraciones irregularmente repartidas en la substancia blanca y gris, en algunos sitios cilindros-ejes desnudos, en el nervio óptico iguales lesiones que en los centros nerviosos. Por consiguiente, en este caso hay destrucción discontinua de la vaina de mielina que se extiende de fuera á dentro, y que tiene mucha analogía con la esclerosis en placas.

19. *Monakow* (Zürich). *Localización de las lesiones de la oblongada*.—*M.* describe un caso de los seis que ha recogido. Se encontró en él dos focos encefalíticos; uno en la oliva izquierda, otro en la derecha, cuneiformes, de vértice interior, el izquierdo destruye el fascículo cerebeloso de *Flechsig*, la raíz espinal del trigémino, el cordón de *Gowers*, la parte caudal del núcleo ambiguo; el foco derecho produjo lesiones parecidas aunque se extendían más por la porción dorsal de la oliva. Los síntomas recordaban los del pseudo-tumor cerebral: comienzo por neurastenia y ataxia cerebelosa. Después vértigos con vómitos, hemitermanalgia alterna, ptosis, miosis, hipo, trastornos de la palabra, desaparición y reaparición del reflejo rotuliano. Al cabo de algunos días se repuso el enfermo. No quedaba más que la termoanestesia y los síntomas cerebelosos. Seis semanas después, otro ataque, en el que aparecieron además desórdenes de deglución y respiración. Después de ocho días nueva restauración; desaparecieron los síntomas generales de la oblongada, quedó sólo la termoanestesia bilateral, ptosis y miosis. Luego aparecieron progresivamente síntomas de índole cerebelosa; el éstasis papilar obligó á hacer la trepanación á la que sucumbió el enfermo. En la autopsia se encontró las lesiones dichas, lo que demuestra que también en las enfermedades de la oblongada pueden distinguirse síntomas generales y locales, pasajeros y residuales.

20. *Starck* (Karlsruhe). *Patología de los tumores de la hipófisis*.—Demostración de 3 casos: a) mujer de treinta y nueve años, enferma desde hace cinco; atrofia óptica seguida de ceguera, alteraciones acromegálicas de la

cabeza y extremidades, amenorrea, disminución de la inteligencia, carácter infantil, gesticulaciones; permanece en el lecho á pesar de que la marcha no ha sufrido ninguna alteración. Aparte del óptico, los demás nervios craneales intactos; llamaba la atención la hiperalgesia de todo el cuerpo. Después hubo espasmos y contracturas de las piernas, incontinencia de orina, bradicardia y al fin estupor y cianosis general. Autopsia: tumor carcinomatoso del tamaño de una naranja en la hipófisis. *b)* hombre de sesenta y seis años; desde 1889, parálisis del 6.º par, desde 1905 inseguridad del paso, hemiparesia derecha, palidez de la mitad temporal de la papila, luego neuralgia ciliar violentísima; hasta la muerte en 1907, ningún síntoma de acromegalia. Autopsia: tumor de la hipófisis. *c)* Síndrome clínico de sífilis cerebral, además mixedema y desórdenes tróficos notables: formación de vesículas en la piel de las extremidades. No hay acromegalia. Autopsia: goma de la hipófisis, gomas múltiples de la dura madre. Estos tres casos demuestran que la hipofunción de la glándula pituitaria no basta por sí sola para producir acromegalia. Demostración de preparaciones macro y microscópicas.

(Concluirá).

Gayarre.

Terapéutica.

Tratamiento de las hemorragias.

VON DEN VELDEN. (Die stomachale und intravenöse Behandlung innerer Blutungen mit Kochsalz). *Deutsche medizinische Wochenschrift*.—1909, núm. 5.

La sal común, remedio popular contra las hemorragias pulmonares, fué estudiada científicamente por diferentes autores, que interpretaron su acción de diversa manera, admitiendo que producía dilución de la sangre, espesamiento, ó por sus efectos nauseosos, una hiperhemia abdominal, derivando sangre de la pequeña á la gran circulación.

El A. ha hecho un detenido estudio experimental y clínico, en animales y hombres, habiendo fijado su atención especialmente sobre el poder de coagulación de la sangre, para lo que ha utilizado el aparato de Bürker.

La sal común adicionada á la sangre, *in vitro*, no sólo no aumenta, sino que paraliza la capacidad de coagulación. En cambio, administrada por la boca, la aumenta extraordinariamente, según ha podido demostrar haciendo mediciones de la coagulabilidad antes y después de la medicación.

Los mismos efectos se notan con los bromuros, pero con los ioduros, no.

Por la vía estomacal, emplea generalmente cinco gramos de sal; y aun cuando en algunos casos rebeldes ha podido administrar 20 ó 30 gramos de sal común ó 12 á 15 gramos de bromuro sódico ó potásico, sólo excep-

cionalmente debe llegarse á estas dosis, que suelen producir vómitos y diarrea y que en caso de lesiones renales, pueden determinar accidentes desagradables.

No sólo resulta útil esta medicación en hemorragias de la pequeña circulación, sino de la grande (epistaxis, etc.), y en la hemofilia.

En casos de hemorragias gástricas ó intestinales será conveniente recurrir á la vía intravenosa, tres á cinco centímetros cúbicos de una disolución de sal común al 10 por 100.

De todo ello concluye el A.: La sal de cocina posee una acción hemostática que también tienen los bromuros y debe consistir en un lavado de los tejidos (*Gewesaubslaugung*), con movilización de un componente de los que intervienen en el acto de la coagulación (*¿Tromboquinasa?*) El empleo de substancia tan sencilla é inocente como la sal común, produce buenos resultados en hemorragias de la pequeña y gran circulación.

La asociación de bromuro y cloruro es recomendable cuando se utiliza la vía estomacal.

En los «Archives medicales d'Angers», publica *Andureau*, un caso de hemorragia repetida y abundante por cáncer de la lengua que sólo cedió con las *inyecciones de suero antidiatélico*.

Weil y Perthes, tratan la hemofilia por suero fresco de animales en inyecciones subcutáneas é intravenosas, y más recientemente *Hort* (*The therapeutic uses of normal surun*, *The Lancet*, 15 Febrero de 1908), emplea este suero en dosis mucho mayores, administrado por la boca, en el tratamiento de la hemofilia, púrpura hemorrágica, clorosis, y muy especialmente en la úlcera gástrica y duodenal, en la que ha obtenido grandes resultados.

Cocaína y sales de plata.

En algunas ocasiones es preciso recetar en una misma fórmula ó emplear de una manera inmediata y sucesiva en una lesión, la cocaína y el nitrato de plata; si recurrimos á la sal que más comunmente se emplea de aquella, clorhidrato, resultará de su mezcla con el nitrato argéntico un cuerpo insoluble, el cloruro de plata, y no obtendremos los efectos que deseamos.

En tales casos se puede emplear en vez del clorhidrato de cocaína el nitrato de cocaína, por ejemplo: en las *conjuntivitis* (MÁRQUEZ).

Nitrato de cocaína.	} aa 20 centigramos.
Nitrato de plata.	
Agua destilada.	

Disuélvase para instilaciones.

La concentración variará en relación con la intensidad de la conjuntivitis.

T. Hernando.