

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Sumario: Operación cesárea y talla lateralizada del pubis, por *J. Botella*.—¿Existe la enfermedad de Duker? por *A. Romeo*.—NOTAS CLÍNICAS: Un caso de arteria femoral profunda.—Sencillo procedimiento para reconocer la presencia de la vejiga en el contenido hernial durante las operaciones, por *J. Goyanes*.—REVISTAS CRÍTICAS: De los portadores de gérmenes y su importancia como propagadores de las enfermedades infecciosas, por *C. Sala*.—Los cuerpos inmunizantes de Carl Spengler y su nuevo producto antituberculoso.—Pulso lento y permanente de origen intracardiaco, por *J. Elizagaray*.—BIBLIOGRAFÍA: Die Zytologische Untersuchungsmethode, ihre Entwicklung und ihre klinische Verwertung an den Ergüssen seröser Höhlen.—Common affections of the liver.—REVISTA DE REVISTAS: Anormal posición de la trompa de Falopio derecha y el apéndice.—Etiología del embarazo ectópico, por *Viguera*.—La fractura de los boxeadores. (Fractura de la extremidad inferior del primer metacarpiano).—Sobre el signo de Robsing en la apendicitis, por *Cifuentes*.—Las primeras castraciones practicadas en Europa por motivos sociales, por *Gayarre*.—Acción de la adrenalina sobre la pupila de la rana.—Acción midriática del suero y de la orina en los nefríticos y en los animales nefrectomizados, por *G. Marañón*.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: LX Congreso de la Asociación Americana para el progreso de la Ciencia, en Baltimore, por *Achúcarro*.—TERAPÉUTICA: El óleo brasidato de mercurio y su empleo en terapéutica, por *Hernando*.—El colargol en el tratamiento de las fiebres puerperales, por *Botella*.—NOTICIAS PROFESIONALES (fuera de texto).

Operación cesárea y talla lateralizada del pubis.

POR

J. BOTELLA

Miembro correspondiente de la Sociedad Obstétrica de París.

Desde que en 1894 publicó *Gigli* su procedimiento que llamó de talla lateralizada del pubis, oponiéndolo á la sinfisiotomía, dando como razón fundamental para defenderlo, que las heridas articulares en una región donde no se puede obtener una asepsia completa, son siempre mucho más graves que la sección del hueso, se entablaron discusiones primero entre los partidarios de una ú otra operación, y cuando la sinfisiotomía quedó medio abandonada hasta por sus más ardientes partidarios, se discute hoy día á cuál de las dos operaciones se debe recurrir, dada una estrechez pubiana; á la cesárea ó á la pubiotomía.

El ensanchamiento momentáneo de la pelvis, conseguido por la sinfisiotomía, era un recurso precioso en las distocias por estrechez pélvica,

pero hubo de abandonarse esa operación por la crecida mortalidad que por infección ocasionaba, y además por el estado lamentable en que quedaban para siempre muchas operadas por dificultades en la marcha ó trastornos urinarios. Estos han parecido á la mayoría de los tocólogos que desaparecían en gran parte con la operación de *Gigli*, pubiotomía ó hebotomía. El primer procedimiento que se usó, propuesto por el autor, ó sea al descubierto incindiendo las partes blandas y serrando después el hueso con su sierra filiforme, que tanto facilita la operación, fué pronto substituido por el de *Döderlein*, que sólo hace una pequeña abertura en el borde superior del pubis al nivel del tubérculo supra-pubiano, para guiándose con el dedo, pasar la aguja parecida á la de *Deschamps* por detrás del hueso y hacer una punción al nivel de la mitad del gran labio por donde sea recogida la sierra. Es como se ve un proceder casi subcutáneo; éste fué modificado á su vez por *Walcher-Bumm*, quienes con la aguja puncionan al nivel de la mitad de uno de los grandes labios y la hacen caminar hacia arriba en íntimo contacto con la cara posterior del hueso, guiándola con el dedo introducido en la vagina, y cuando sale la punta por el borde superior del pubis, fijar la sierra hilo y deshacer el camino. Otra infinidad de modificaciones se han hecho según se haga la sección del hueso en tal ó cual sentido ó con la idea de dejar más amplia la pelvis de una manera permanente. A nosotros nos parece que el proceder de *Döderlein* es el mejor, porque introduciendo la aguja por arriba, previa separación de las partes blandas del borde y cara posterior del pubis, es casi imposible guiando la aguja con el dedo, que se pueda herir la vejiga, y la pequeña incisión que se hace sirve muy bien en caso de hemorragia para taponar con gasa y cohibirla. El puente cutáneo es muy útil para evitar una separación exagerada del hueso; sirve después de la operación para que haya una mejor adaptación de los fragmentos. Serrando el hueso al nivel de la espina del pubis se aparta uno de los plexos venosos prevesicales y del conducto vaginal, evitando desgarros vaginales que comuniquen con el foco óseo y hemorragias. Es indudable que expone menos á la infección que el método primitivo, al descubierto, presentando menos campo á la contaminación. Teniendo cuidado que la aguja salga á unos 3 centímetros por debajo del arco pubiano, se evitará el herir el cuerpo cavernoso del clitoris ó lo será muy ligeramente.

La operación, sea cualquiera el procedimiento, es de fácil ejecución, pero no tanto como para calificarla un querido compañero, de operación de cirugía menor; pues no está exenta de peligros, como vamos á ver. Los desgarros vaginales, las hemorragias, la herida de la vejiga, son los accidentes más frecuentes. Los desgarros vaginales se observan en la proporción según *Gigli* de 10 por 100, mucho más frecuentemente en las primiparas, y el peligro está en que pueden comunicar con la herida ósea, y no

es raro el caso, puesto que *Hocheisen*, en siete casos de rasgadura vaginal observados por él, encuentra cuatro en que había comunicación. Esto puede ser causa de una infección general. *Zangemeister*, en el Congreso de Dresde de 1907, presentó una estadística, en la cual el 31 por 100 de las operadas primiparas presentan desgarraduras vaginales más ó menos extensas, y sólo el 7,5 por 100 en múltiparas. Se ve por estos datos la influencia que la primiparidad tiene en la ocurrencia de estas lesiones. Así se comprende que *Pestaloza*, *Guiciardi*, *Porak*, *Budin* y otros, consideren la primiparidad casi como una contraindicación. El volumen del feto y la rigidez de las partes blandas son elementos muy importantes en su producción. El modo de terminar el parto es también interesante, pues si se deja terminar espontáneamente, se observan muchos menos desgarros; así *Kramer* sólo observó tres, y muy ligeros, en veintidós casos en que dejó á las fuerzas naturales el cuidado de expulsar el feto. En cambio, haciendo la extracción por medio del forceps, observó *Rossier* once desgarraduras graves; bien es verdad que se trataba de primiparas. La herida de la vejiga es lesión frecuente, pues se presenta en el 13 por 100 de las operadas. Puede ser espontánea ó producida por el instrumento. El estiramiento de la vejiga por los ligamentos pubio-vesicales, si se provoca una separación exagerada del hueso serrado, puede ocasionar esta lesión; otras veces es continuación de un desgarro vaginal. Puede ser causada por el operador al pasar la aguja que ha de servir para pasar la sierra. En una estadística alemana se encuentra siete veces herida la vejiga por la aguja y doce espontáneas. Para *Döderlein*, las más de las veces es debida esta lesión á la aguja, sobre todo si se ejecuta por el método *Walcher-Bumm*. Consecuencias de esta lesión son la infiltración de orina, la infección y la formación de fistulas véstico-vaginales. Aunque de menor importancia que los accidentes citados, también se presenta trombus, que son frequentísimos, y algunos trastornos urinarios. Pero el accidente más importante de todos es la infección que se presenta en el 50 por 100 de las operadas, aun ejecutada por el método subcutáneo, según *Hocheisen*.

Mortalidad materna. Como por regla general la operada de pubiotomía, si salva la vida queda en buen estado, sin dificultad en la marcha, levantándose pronto y sin trastornos urinarios, la mortalidad es el dato principal que nos ha de guiar para decidirnos en la elección de la cesárea ó de la pubiotomía. La proporción en las diversas estadísticas oscila entre 5 y 7 por 100 de mortalidad total, que puede reducirse algo si se separan las operadas muertas por causas ajenas á la operación. La causa casi única de defunción es la infección, pues de hemorragia se conocen dos casos solamente. En un trabajo muy concienzudo que sobre pronóstico de la hebotomía han publicado *Jeannin* y *Cathala*, y de donde hemos tomado muchos datos, se lee que según *Rossier*, en 300 casos de pubioto-

mía que ha reunido, ha habido un 6 por 100 de mortalidad total, y contando sólo las operadas por los métodos subcutáneos de *Döderlein* y *Bumm* es de 4,2 por 100, debido á que es el procedimiento más en boga en Alemania, ejecutada en clinicas donde la asepsia es rigurosa. De lo expuesto se deduce que la pubiotomía no es tan inofensiva como alguien ha pretendido, y su misma sencillez de ejecución puede ser causa, si se llega á generalizar en la práctica privada, donde tan difícil es rodearse de una asepsia completa, de grandes desastres.

Respecto á sus indicaciones es difícil fijar los límites, pues si bien los diámetros de la pelvis son los elementos esenciales, no es menos el tamaño del feto. Considerando sin embargo que la separación de los fragmentos no debe llevarse mucho más de 5 centímetros, pues nos exponemos á lesionar las articulaciones sacro-iliacas, desgarrros vaginales, etc., que con esta separación se consigue un aumento del diámetro antero-posterior de 1,6 centímetros y el trasverso y el oblicuo del lado operado 2 centímetros, ó más, creemos no debe ejecutarse esta operación en pelvis menores de 75 milímetros, de *conjugata vera*, á no ser que se trate de fetos pequeños, en cuyo caso podríamos ejecutarla en pelvis de 70 milímetros. Pasar de ese límite es peligroso, sobre todo que tenemos la cesárea que en condiciones apropiadas da tan buenos ó mejores resultados que la pubiotomía. Entre 75 y 85 milímetros de *conjugata vera* está el campo de acción de la hebotomía. Por encima de 85 milímetros á no tratarse de fetos grandes se termina el parto ó espontáneamente ó con un forceps. La ventaja que tiene esta operación, estriba en que se puede esperar á ver si las contracciones uterinas terminan fisiológicamente el parto, ó por lo menos, encajan la cabeza, pasando á la excavación donde sin peligro se puede extraer, vigilando atentamente el estado del feto para intervenir si vemos que pelagra su vida. Como contraindicaciones, consideramos, que la muerte del feto es una de ellas, la embriotomía nos sacará del paso sin hacer correr riesgo á la madre. En las primíparas cuyos tejidos vagino-vulvares veamos son resistentes ó que exigen una gran separación de los fragmentos, la creo contraindicada. La placenta previa es otra contraindicación, lo mismo que la infección del líquido amniótico.

Es opinión unánime que la operación no debe emprenderse mientras la dilatación del cuello no sea completa, si no se verifica espontáneamente ó tarda mucho se podrá recurrir á los diversos globos pero si fuera preciso desbridar el cuello, creo mejor recurrir á la cesárea. La infección confirmada de la parturiente es formal contraindicación para nosotros.

La operación cesárea abdominal clásica, eliminando de este estudio la cesárea vaginal, que no tiene aplicación al caso de estrechez pélvica que es lo que estudiamos, ni la de *Franck* ni de *Hocheisen*, es de todos conocida su sencilla técnica y los admirables resultados que da cuando se eje-

cuta en condiciones adecuadas de asepsia en mujer no infectada previamente. Tanto que sus indicaciones se van extendiendo de día en día. Recuerdo que cuando en el último Congreso internacional de Medicina verificado en Madrid, el doctor *Candela*, de Valencia, propuso la cesárea como tratamiento de la placenta previa, casi todos los asistentes protestaron y hoy día es ya admitida por la mayoría de los tocólogos á poco que se trate de una variedad central.

Se comprende pues que en España, principalmente, la cesárea en caso de estrechez pélvica tenga más partidarios que la pubiotomía. Como hemos anotado al hablar de las indicaciones de la pubiotomía por debajo de 75 milímetros y en absoluto por debajo de 70 milímetros, es preferible la cesárea á la división pubiana que exigirá una gran separación de fragmentos y seguros desgarros de importancia y quizás tener que recurrir al forceps y esta doble intervención es ya peligrosa. El tamaño grande del feto, el temor de que al tener que extraerlo por forceps ó versión después de la pubiotomía, peligro su vida, son datos en favor de la cesárea. Por encima de 80 milímetros de *conjugata vera* como los partos espontáneos cuando se cuenta con una buena presentación, cabeza maleable y enérgicas contracciones, suelen ser frecuentes, se puede tener una espera prudente y aun intentar una aplicación de forceps y si nada se consigue entonces, una pubiotomía salva la situación, pues si en una clínica aún pudiera intentarse la cesárea si todo se ha hecho asépticamente, en la clientela particular no puede intentarse la cesárea que exige rodearse de mayores cuidados y tener todo lo que ha de rodear á la operada en un estado de asepsia escrupulosa. Convencidos muchos tocólogos de la benignidad de la histerotomía, no se limitan á ejecutarla cuando las condiciones de la parturiente son tales, de no haber duda acerca de que no está infectada, sino que operan aunque la mujer lleve varias horas de parto y la bolsa de las aguas esté rota y aun habiéndose intentado maniobras de extracción del feto, habiéndose conseguido éxitos brillantes. Este punto es para nosotros muy delicado, pues es difícil saber si la mujer que ha sufrido varios reconocimientos ó maniobras de extracción no está ya infectada, en cuyo caso corre la mujer un serio peligro que debemos evitar. A poco que dudemos si estará contaminada, creo debemos abstenernos de la cesárea, á no ser en el caso en que ó por ser una estrechez ósea tan pronunciada, que ni la hebotomía ni la embriotomía sea practicable ó por concurrir tumores ó atresias de las partes blandas ó por infección profunda del líquido amniótico tengamos que recurrir á la histerectomía, —sea *Porro* ú otro procedimiento.—En el caso de infección, de la parturiente aunque no sea grave, en aquellos casos en que han intervenido personas de cuya conducta aséptica no estemos seguros, con aplicaciones de forceps ó intentos de versión, soy de parecer que debe-

mos ejecutar la embriotomía aunque el feto esté vivo antes que hacer una cesárea que pone la vida de la madre en gran riesgo.

Puede que se nos escomulgue por tal afirmación, pero no comprendemos el echar abajo un árbol por coger un fruto, pues como dice *Bar.* esta madre podrá seguir dando hijos sin que peligre tanto su vida.

En resumen, la pubiotomía será operación que ejecutaremos en pelvis que nos permitan tener alguna esperanza en un parto espontáneo; en aquellos en que por tratarse de diámetro antero-posterior de menos de 75 m. m. y más bien de 80 m. m., el parto espontáneo es casi imposible á no tratarse de feto pequeño, debemos decidirnos por la cesárea, operación perfectamente reglada, que deja á la mujer en buenas condiciones de vida social, que se puede repetir y que da al feto mayores garantías de existencia que la pubiotomía.

Confesamos que nos daría miedo ejecutarla y no la aconsejamos en el caso de que sospechemos un fundamento que ha podido ser contaminada y la desechemos en absoluto, aun contando con la operación de *Franck*, en caso de infección confirmada de la parturiente.

¿Existe la enfermedad de Dukés?

POR

A. ROMEO

Médico de la Beneficencia Municipal.

Niño de cuatro años.—Primer día de enfermedad.—Malestar general, inapetencia, fiebre moderada (38,5°) por la tarde, inyección conjuntival. Al día siguiente, aparece en el tronco, raíz de las extremidades inferiores y superiores y cara, un exantema de color rosa, de aspecto fino y punteado, acompañado de un ligero edema en esta última región, desapareciendo la fiebre en la tarde de este segundo día.

Las amígdalas y el velo del paladar están ligeramente enrojecidos, aquéllas no están aumentadas de volumen; ganglios submaxilares apenas perceptibles.

En los días siguientes, el curso es apirético, la lengua no toma el aspecto aframbuesado; grandes picores que duraron cuarenta y ocho horas, la orina no presenta albúmina.

La erupción desaparece el quinto día, el estado general, excelente; en la segunda semana se aprecia la descamación, que se hizo normalmente en escamas pequeñas, durando cinco á seis días.

Niño de siete años, hermano del anterior.—Con síntomas de invasión, casi iguales al anterior, aparece el exantema con igual distribución, á excepción de la cara, más rojo, pero también de aspecto uniforme, fino y punteado.

Ligera amigdalitis con exudado blanco grisáceo, en el lado derecho, pequeñas adenitis submaxilares; no se aprecian ganglios cervicales ni retroauriculares.

En los dos días siguientes, la temperatura no pasa de 37,5°. En el quinto desaparece el exudado, la erupción es poco perceptible, la temperatura normal.

La orina es escasa, clara en el momento de la emisión, depositando por enfriamiento un sedimento terroso sucio que produce gran efervescencia con los ácidos. No hay albúmina. La lengua está ligeramente roja y con señales de descamación, aunque no tiene el aspecto típico de la lengua escarlata.

El día octavo la orina es más abundante y no deja sedimento; la descamación empieza y se hace bien apreciable durante seis ó siete días.

Niño de cinco años.—Fiebre no muy elevada (38,5°) durante cuarenta y ocho horas, acompañada de vómitos, inapetencia y cefalalgia. Transcurrido este tiempo desaparece la fiebre á la vez que se aprecia una erupción del mismo tipo descrito anteriormente y en las mismas regiones, alcanzando el cuello y ligeramente la cara.

Faringe y amígdalas rojas; ganglios submaxilares aumentados de volumen, lengua saburrosa, no roja; no hay inyección conjuntival ni tos; la orina no contiene albúmina.

La erupción desapareció del quinto al sexto día, empezando en la segunda semana la descamación, que ha sido abundante, pero sin interesar las manos ni los pies.

Este niño ha padecido á la edad de dos años escarlatina bien caracterizada por la erupción, angina, fiebre elevada y de bastante duración (ocho días) y fuerte descamación.

Niño de tres años.—La primera manifestación apreciable en este enfermo, ha sido la erupción en la cara, después en el tronco y parte de las extremidades, con inyección conjuntival, sin fiebre y estado general bueno.

Faringe y amígdalas rojas, ligeras adenitis submaxilares; lengua ligeramente roja y en descamación.

En el curso del proceso apirético, pasó veinticuatro horas con fuertes dolores en el oído izquierdo y fiebre, terminando por la perforación del tímpano y supuración.

Descamación bien apreciable.

Niño de nueve años, hermano del anterior.—Apiresia completa, erupción primero en el vientre, de color rojizo, inyección conjuntival.

Lengua y faringe muy ligeramente rojas; pequeñas adenitis, picores, descamación regular.

Como vemos, todas estas observaciones presentan un cuadro clínico casi idéntico; para hacer el diagnóstico procederemos por exclusión.

Recuerdan en primer lugar á la *rubeola del tipo escalatiniforme*; se presentan en ésta anchas placas eritematosas sobre el cuerpo que simulan la escarlatina y su curso es también apirético ó casi apirético, el estado general se altera poco y con gran frecuencia se aprecia una ligera descamación.

Ahora bien, en la *rubeola*, aparte de que el tipo más general es el morbiliforme, en los casos de *rubeola escarlatiniforme*, al lado de las

placas eritematosas que recuerdan las observaciones antes descritas, se aprecian en otros puntos manchas aisladas ó agrupadas, lenticulares ó redondeadas, separadas por intervalos de piel sana; la erupción suele principiar por la cabeza (cara y cuero cabelludo), y sobre todo por el dorso de la nariz y labio superior, viéndose también manchas en la palma de la mano y planta del pie.

Durante todo el curso de la enfermedad, persisten muy marcadas las tumefacciones de los ganglios cervicales, las cuales á veces se observan ya en el periodo de invasión. *Klaatsch* insiste muy especialmente sobre la tumefacción de los ganglios retro-auriculares por encima de las apófisis mastoides; también suelen verse interesados los ganglios situados detrás del borde del esterno-cleido-mastoideo, y algunas veces los axilares é inguinales.

Suele existir un ligero catarro nasal y ocular, acompañado de tos de carácter traqueal.

La descamación es precoz, y corriente que al desaparecer la erupción en el cuarto día, empiece aquélla, no siendo raros los casos en los que no es apreciable.

Además, el color de las manchas es, en general, rosa el primer día, pero á las pocas horas ó al día siguiente van tomando un tinte rojo azulado, que hacia el tercer día pasa á ser moreno amarillento pálido.

Los casos descriptos no son, pues, de *rubeola*.

El *eritema escarlatiniforme idiopático* presenta tal semejanza con el cuadro clínico descrito, que, á decir verdad, si la observación hubiera sido única, es casi seguro que nuestro diagnóstico habría sido éste; pero los cinco casos han sido recogidos en muy breve espacio de tiempo; existe la circunstancia interesante de que de ellos, cuatro han recaído en solo dos familias, y además sé que otros queridos compañeros han tenido ocasión de observar enfermos parecidos; todo lo que da un carácter de epidemicidad y contagio de que carecen los eritemas escarlatiniformes.

Además, en éstos la descamación es muy precoz, ó mejor dicho, existe una verdadera simultaneidad de la erupción y la descamación (*Besnier*); en nuestros casos, no ha aparecido ésta hasta la segunda semana, cuando no quedaban huellas de la erupción.

El *eritema infeccioso* está constituido por manchas rojas lisas ó algo elevadas, diseminadas, del tamaño de cabezas de alfiler; estas manchas aumentan rápidamente de tamaño, pudiendo llegar hasta el de un duro; confluyen á veces. El centro de las grandes manchas aparece violáceo y adquiere sucesivos tintes de color azul, grisáceo, moreno y amarillo. Según la intensidad, pueden formar pápulas, vesículas, ampollas; evoluciona sin fiebre, la mayoría de las veces, y parece una infección epidémica.

Se desarrolla, primero en la cara, luego en las extremidades, permaneciendo casi siempre libre el tronco; la persistencia de la erupción suele ser larga (ocho días).

Hecho este diagnóstico diferencial, quedan dos procesos por estudiar, la *escarlatina apirética* y la *cuarta enfermedad* (enfermedad de *Dukes*).

En realidad, si nos fijamos en las descripciones que *Dukes* y *Weaver* han hecho de este último proceso, veremos que las observaciones relatadas coinciden exactamente con éstas, y por consiguiente, sería necesario

hacer el diagnóstico de *cuarta enfermedad* para nuestros enfermos; pero yo declaro que no sólo no estoy convencido de la realidad de esta nueva especie morbosa, sino que dudo mucho de su existencia como proceso independiente, y me inclino más á creer que se trata de *escarlatinas* benignas, bien estudiadas y conocidas con el nombre de *escarlatinas apiréticas*.

Para *Dukes* la característica de la *cuarta enfermedad* residiría en el curso, en general tan leve, la falta de complicaciones y enfermedades consecutivas, la desaparición relativamente rápida de la contagiosidad y la gran duración del período de incubación (nueve á veintiún días).

Dukes, al estudiar una epidemia de esta enfermedad, dice que al lado de 31 enfermos de escarlatina típica, encontró otros de cuarta enfermedad; pero mientras en éstos la incubación duraba de catorce á quince días, las invasiones de escarlatina se sucedían con intervalos de dos ó hasta tres días. En nueve niños, que antes habían padecido *cuarta erupción*, se presentó la *escarlatina*, mientras que varios que anteriormente habían tenido *escarlatina*, fueron afectados de *cuarta erupción*.

Estas son las razones principales en que basa la existencia de la nueva especie nosológica, y que á nuestro juicio, son insuficientes para diferenciar este síndrome del cuadro de la escarlatina apirética.

La benignidad del curso y sus consecuencias naturales, nos parece que tiene poco valor. *Barthez* y *Rilliet* son los primeros que han observado estos casos de *escarlatinas apiréticas* leves, pero con erupción típica y descamación; en una epidemia de 87 casos, se vieron cuatro de éstos.

Conatamanach publicó un trabajo sobre 12 observaciones recogidas en el Hospital Trousseau, Clínica Moizard, referente á niños que habían permanecido todo el tiempo en el pabellón de escarlatina sin contagiarse (un mes ó seis semanas); el período de invasión se caracterizaba por malestar general, cefalalgia, inapetencia, y á veces, no siempre, vómitos.

Fissinger dice haber observado 11 veces la escarlatina apirética, en 37 casos de una epidemia desarrollada en una pequeña localidad; hace notar el hecho interesante siguiente: de escarlatinas febriles han nacido escarlatinas apiréticas, las que á su vez han dado lugar en hermanos ó hermanas á escarlatinas febriles; según este mismo autor, la descamación de la lengua falta frecuentemente en estos casos.

En las formas apiréticas la angina es siempre ligera, y ya sabemos que según *Variot* y *Debé*, el proceso anginoso tiene más influencia que la erupción sobre la intensidad y evolución de la temperatura.

Queda pues, demostrado, que la levedad del curso y falta de complicaciones, se presenta en muchos casos de escarlatina indudable, por todos los demás síntomas y circunstancias de origen, y por consiguiente, que esto no puede ser una razón para separar estos cuadros clínicos de la verdadera escarlatina.

Respecto á la desaparición relativamente rápida de la contagiosidad, dice *Duques* «á las dos ó tres semanas puede ya levantarse el aislamiento sin temor ninguno».

Cierto que en la *escarlatina* el peligro de contagio dura más tiempo, pero siendo hoy un hecho admitido ya por casi todos, que ordinariamente la localización primera del agente causal debe tener lugar en la faringe y generarse en ésta la contagiosidad, para manifestarse después en las es-

camas, ropas, objetos etc, parece natural suponer que, en estas formas de escarlatina, en las que las lesiones faríngeas son mínimas y la descamación nunca tan intensa como en los tipos ordinarios, las probabilidades de transmisión deban ser también mucho menores.

Queda un último punto y es el que hace referencia á la duración del período de incubación, en el que insiste muy especialmente *Dukes*: nuestras observaciones no nos permiten decir nada sobre ésta cuestión; sin embargo como éste es un asunto en el que con facilidad puede caerse en error, bueno será que otros autores confirmen la aseveración de *Dukes*.

En cuanto á la circunstancia de ver al lado de enfermos de *escarlatina* otros de *cuarta erupción* más dice en contra de *Dukes* que en su favor; el hecho de que no se hayan contagiado encontrándose hasta en la misma sala, parece ser una razón para creer que su naturaleza es igual, aunque distinta su intensidad.

Queda lo referente á enfermos que, en distinto tiempo, han sufrido de ambos procesos, y aquí he de decir, en primer lugar, que si no es una rareza en España, donde se padecen con gran frecuencia epidemias de *sarripión*, ver niños que lo han presentado dos veces, en general una vez más intenso que la otra, no creo deba considerarse como extraordinario el hecho de que en un país como Inglaterra, en donde la *escarlatina* se presenta con mayor frecuencia que en otras naciones, acaso por mayor predisposición de sus habitantes, según algunos autores, puedan padecerla los niños dos veces, y conviene no olvidar que son autores ingleses los que más han visto y han tratado de la *cuarta erupción*.

En segundo lugar, que sería necesario comprobar si en algunos de los casos considerados como de *cuarta enfermedad* padecida anteriormente á la *escarlatina*, no se trataría de *eritemas escarlatiniformes* ó *rubeolas*, con los que tiene bastante parecido aquélla.

En resumen, que actualmente, desconociendo el agente causal de ambos procesos, se hace muy difícil la separación de ellos, y que yo, mientras nuevas pruebas no vengán en apoyo de la opinión de *Dukes*, seguiré creyendo más bien que tanto los casos por mí relatados, como los citados por este y otros autores, deben ser considerados como de *escarlatina apirética*.

Notas clínicas.

Un caso de herida de la arteria femoral profunda.—Aneurisma difuso consecutivo.—Sutura arterial.—Curación, por J. Goyanes cirujano del Hospital General.

El caso que voy á referir es muy interesante, por ser el primero, que yo sepa, de aneurisma traumático de la arteria femoral profunda tratado por la sutura arterial. Se refiere á un joven de veintitrés años, que gozaba de buena salud, que el día 19 de Marzo pasado fué herido, jugando con un amigo, con un cuchillo biflar de hoja estrecha, en la parte súpero-externa del muslo izquierdo. El agresor tenía empuñada el arma con la hoja hacia arriba, es decir, hacia el lado radial de la mano y acometió en dirección oblicua hacia arriba y adentro. El agredido sintió el contacto frío del arma y vió que sus ropas se manchaban de sangre rutilante. Un médico, pariente del herido, acudió á socorrerle en seguida; le despojó de las ropas y vió que de la pequeña herida del muslo brotaba abundante sangre, de color rojo intenso. Taponó con gasa rápidamente, aplicó un apósito compresivo y recomendó al herido la mayor quietud en la cama. La pequeña herida cicatrizó rápidamente, y el lesionado estaba bien; pero á los cuatro días comenzó á tener dolores intensos en el muslo; apareció una tumefacción, de volumen progresivo, en la parte externa del triángulo de *Scarpa*, bajo el recto anterior, entre la cicatriz de la herida y el trayecto de los vasos femorales. La sospecha de que el tumor fuera consecutivo á la infección, es decir, un absceso séptico, duró poco tiempo, hasta que el médico notó los latidos manifiestos de la tumoración, diagnosticando, por lo tanto, un aneurisma consecutivo á una herida arterial. La circulación y calorificación del miembro se conservaban bien; latían las arterias pedia, tibial posterior y poplítea; la tumoración era claramente pulsátil y se oía un soplo sistólico al auscultarla; pero su tamaño era cada vez mayor, los dolores cada día más intensos y el estado de excitación del herido tan grande, que rechazaba el alimento, tomaba tan sólo pequeñas cantidades de leche y se hacía poner tres á cuatro inyecciones de morfina diarias.

En esta situación decidió el médico trasladarle á Madrid desde la provincia de Orense, donde residía, aumentando el volumen de la tumoración y los dolores con los movimientos del viaje.

El 8 de Abril (veinte días después de la lesión), fui avisado para verle, encontrando al herido pálido y excitado, sin fiebre, con pulso frecuente y variable (de 100 á 120 pulsaciones por minuto). Tenía el muslo izquierdo en flexión, abducción y rotación externa, apoyado sobre una almohada.

Por inspección se veía una pequeña cicatriz reciente, como de un centímetro, situada en la línea vertical de la espina iliaca anterior y en la horizontal del borde inferior del escroto; hacia dentro de la misma, hasta la línea de los vasos femorales, se veía una tumoración difusa, con pulsación expansiva, del tamaño de una naranja aplanada, que dejaba de latir y se reducía de volumen, comprimiendo con energía la arteria femoral por debajo del arco de *Poupart*. No se apreciaba *thrill*, sino solamente un latido expansivo aplicando la mano sobre la tumoración. Con el estetoscopio sobre el tumor se apreciaba un soplo sistólico intenso y suave, que también se oía aplicándole sobre el trayecto de la arteria femoral desde el arco de *Poupart* hasta la mitad del muslo, pero que en un punto circunscrito de este trayecto (algo más alto que el nivel de la herida) presentaba su máxima intensidad, disminuyendo la misma hacia arriba y abajo. Este dato nos permitió localizar de una manera exacta (como se comprobó en la operación) el punto donde el vaso estaba herido. En la arteria pedía de la extremidad lesionada, el pulso era muy débil, pero igualmente débil era el de la arteria homónima del otro lado. En cambio la tibial posterior latía perfectamente.

El diagnóstico era claro: aneurisma difuso del muslo, consecutivo á una punción arterial. Pero, ¿qué arteria era la herida? Las ramas colaterales de la femoral superficial (1) ó de la profunda cuando se lesionan no suelen producir aneurismas difusos, salvo raras excepciones, y por lo tanto el vaso herido (la vena debía estar íntegra, pues faltaban síntomas de su lesión y de aneurisma arterio-venoso) era la femoral superficial ó la femoral profunda. La determinación de tal extremo era interesante para planear la intervención operatoria. Una lesión de la femoral profunda era probable teniendo en cuenta que el latido en las arterias periféricas se conservaba normal y además, según el herido, la punta del arma había tocado al hueso; pero nos inclinamos á creer, equivocadamente, que el vaso herido era la femoral superficial puesto que la suspensión ó debilitación del latido en las arterias periféricas no es un sintoma constante.

Al día siguiente fué trasladado el herido al Sanatorio de Villa-Gloria. La tumoración aneurismática había crecido mucho; se extendía ahora por debajo del recto anterior y del sartorio hasta el tercio inferior del muslo; los dolores eran intolerables. En vista de esto se decidió operarle al día siguiente.

En anestesia clorofórmica practicamos una gran incisión de 20 centímetros desde el arco de *Poupart* hacia abajo, siguiendo exactamente la dirección de los vasos femorales, y por lo tanto, sobre el lado interno de

(1) En la nomenclatura de las arterias del muslo seguimos la división alemana, que designa con el nombre de femoral común al segmento de la crural extendido entre el arco de P. y la emisión de la femoral profunda y con el de femoral superficial al resto de la arteria hasta la poplítea.

la tumoración aneurismática. Aislamos en la parte alta de la incisión, por debajo del ligamento, los vasos femorales, pasando alrededor de la arteria femoral común una gruesa hebra de catgut que se anudó sobre el vaso para obtener la hemostasia provisional, quedando disecadas la femoral común en toda su longitud (unos 3 centímetros) y el origen de la femoral profunda. Luego se aisló la femoral superficial en la parte inferior de la incisión, por debajo del sartorio (muy delgada en este sitio) y se ligó en la misma forma provisionalmente. Ahora abrimos con decisión el falso aneurisma, extrayendo gruesos coágulos oscuros que representarían unos 300 c. c. de sangre; pero con gran sorpresa vimos que, á pesar de las ligaduras hemostásicas, del fondo del hematoma salía abundante cantidad de sangre líquida y roja, descubriendo pronto que el origen de la hemorragia era la femoral profunda herida longitudinalmente en una extensión de 12 á 14 milímetros y á unos 2 centímetros de su origen. Rápidamente se pasó á través de los bordes de la arteria herida, comenzando por la parte inferior, una aguja fina y cilíndrica, armada con seda núm. 0, aplicando una sutura de punto continuo y penetrante (unos 10 á 12 puntos), con lo cual quedó dominada casi por completo la imponente hemorragia. Un segundo plano sutural, aplicado en la misma forma que el primero, pero comprendiendo sólo la adventicia, aseguró la hemostasia. Por encima de la herida arterial se veía una arteria seccionada y sangrante, probablemente la circunfleja externa por su dirección y situación, que fué ligada doblemente. Se terminó la operación ligando pequeños vasos, quitando las ligaduras provisionales de catgut de la femoral, con lo cual se restableció inmediatamente el pulso en la tibial posterior y suturando la extensa herida, previa aplicación de una mecha de gasa en la cavidad del hematoma y dos ó tres puntos de sutura muscular.

El curso post-operatorio fué excelente. El operado no tuvo reacción febril alguna, los dolores desaparecieron por completo; la circulación y calorificación de la extremidad operada fueron normales y la herida se halla en camino de curación; se quitó la gasa al tercero y los puntos al octavo día, pero persiste un hueco que actualmente va llenándose por granulación algo atónica.

Epicrítica.—Este caso demuestra una vez más los beneficios de la sutura arterial en el tratamiento de las heridas accidentales y operatorias de las arterias. Es probable que la ligadura de la femoral profunda en el caso historiado no hubiera producido gangrena del miembro, ni grandes perturbaciones circulatorias; pero no es menos cierto que la sutura arterial es un método más fisiológico que no determina interferencia del círculo y que con alguna habilidad técnica apenas resulta de mayores dificultades que una ligadura. Por otra parte, la sutura aséptica, aun penetrante, con afrontamiento del endotelio, no determina trombosis, ó produce tan

solo una trombosis parietal no obturante, como hemos demostrado por la experimentación en los animales (1).

En el hombre nosotros hemos practicado la sutura lateral de las arterias varias veces. Al operar un caso de pie equino se lesionó la arteria tibial posterior; la herida lateral fué ocluida por cuatro puntos de sutura continua restableciéndose la circulación. En otro caso de herida penetrante del abdomen con lesión visceral múltiple, encontramos la arteria mesentérica superior seccionada por completo y de través en su origen; hicimos una sutura circular del vaso restableciéndose inmediatamente la circulación, pero por desgracia la enferma falleció de peritonitis.

También hemos tenido ocasión de suturar la arteria humeral en un caso de herida de arma blanca del brazo y aneurisma difuso consecutivo (2) conservándose la circulación y el pulso en la radial.

En aneurismas espontáneos hemos hecho la sutura arterial circular en tres casos, uno de la subclavia (publicado en la citada Revista), otro de la poplítea (3) y un tercero de la femoral profunda.

También el *Dr. Ortiz de la Torre* ha practicado la arterio-rafia en tres casos de aneurismas difusos, de la iliaca externa, (4) de la femoral y de la humeral, con el mejor éxito.

Por todo lo dicho creemos que en los aneurismas difusos de las arterias de algún calibre el mejor tratamiento es la sutura lateral del vaso, á menos que la arteria esté seccionada de través ó desgarrada y contundida, pues entonces se debe ensayar, como decíamos en uno de nuestros trabajos citados, la sutura circular, con ó sin la prótesis de *E. Payr*, ó alguna de las operaciones plásticas vasculares ideadas por el profesor *San-Martín*, (5) á saber: la arterio-plastia venosa (doble anastomosis) ó la anastomosis lateral arterio-venosa con inversión del circulo.

Sencillo procedimiento para reconocer la presencia de la vejiga en el contenido hernial durante las operaciones, por *J. Goyanes*.

La presencia de la vejiga en el contenido de las hernias no es frecuente. Nosotros la hemos observado en tres casos en más de doscientas operaciones de cura radical practicadas. En hernias estranguladas no la hemos encontrado nunca. No en todos los casos se trata de verdadero cistocèle, sino de una disposición artificial producida por las maniobras de tracción y disección del saco hernial, hasta el punto de que algunos cirujanos, *Kocher* entre ellos, consideran rarísima la hernia de la vejiga. Esta

(1) J. GOYANES.—Sobre angio-plastia. Contribución al estudio experimental de la Cirugía de los vasos. *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 1905.

(2) J. GOYANES.—El método ideal en el tratamiento quirúrgico de los aneurismas. *Revista de Medicina y Cirugía*, Barcelona, Julio, 1908.

(3) J. GOYANES.—Sustitución plástica de las arterias por las venas ó arterioplastia venosa aplicada como nuevo método al tratamiento de los aneurismas. *Siglo Médico*, 1907.

(4) J. ORTIZ-DE LA TORRE.—Sutura de la arteria iliaca. *Siglo Médico*, Diciembre, 1907.

(5) SAN-MARTÍN.—Discurso de la Real Academia de Medicina, Enero, 1902.

se insinúa generalmente por la parte interna del saco inguinal ó crural, y se halla, la mayoría de las veces, cubierta en parte por el peritoneo y en parte desprovista de envoltura serosa. En otros casos, la parte anterolateral de la vejiga, cubierta por el tejido adiposo del espacio prevesical de *Retzius*, se desliza por el anillo hernial aplicándose íntimamente á la pared del saco. En tales circunstancias, la presencia de la vejiga queda enmascarada por este tejido adiposo, á veces hipertrofiado y formando un lipocèle; si entonces se incinde el saco ó se liga y excinde, la lesión de la vejiga, con sus peligrosas consecuencias es inevitable. Nosotros hemos tenido ocasión de presenciar una de estas roturas operatorias de la vejiga, de consecuencias fatales para la enferma, en un caso de otro operador, y desde entonces procuramos averiguar la presencia de aquélla en las paredes del saco hernial, para no ser sorprendidos.

La facilidad con que la vejiga es lesionada cuando forma parte del contenido de las hernias se demuestra en la estadística de *Hermes*, la más completa sobre este asunto, publicada en la revista *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XLV, pág. 245, según la cual, de 56 casos de hernia de la vejiga, sólo en tres se diagnosticó la presencia de aquélla en la hernia antes de la operación; de los 53 restantes, en 13 se hizo el diagnóstico durante la operación, evitando lesionarla; en 40 casos se lesionó la vejiga; de estos, en 25 se reconoció la lesión y se trató convenientemente y en los 15 restantes, sólo algunas horas ó días después se averiguó que se había lesionado; la muerte sobrevino en 11 casos.

Para reconocer y evitar la vejiga al operar las hernias, además de los detalles anatómicos propios de la hernia vesical (aparición por el lado interno de una masa sospechosa que se dirige hacia la línea media de la cavidad abdominal, espesor desmedido de las paredes del saco, grueso lipocèle, etc.), pocas veces suficientes, se recurre á dos maniobras: inyección de agua en la vejiga y cateterismo con sonda metálica. Pero estos medios no resuelven el asunto en muchos casos, sobre todo cuando es un divertículo de la vejiga la parte insinuada en la hernia y comunica con la cavidad vesical por un orificio estrecho.

Como medio de absoluta seguridad proponemos la maniobra siguiente: se introduce una sonda blanda (de *Nelaton*), en la vejiga y se insufla aire con una pelota de *Richardson* ó soplando á través de aquélla; inmediatamente notaremos que, si hay cistocele, el aire penetra en las paredes del saco (vejiga ó divertículo), distendiéndolas y produciendo ruido de gorgoteo á poca cantidad de orina que haya en la vejiga. Esta maniobra nos ha servido para evitar la lesión vesical en los tres casos citados y para asegurarnos en algunos otros de que no hay hernia de la vejiga.

La insuflación de aire no produce consecuencias desagradables; el paciente lo expulsa (pneumatúria artificial) en la primera micción.

Revistas críticas.

De los portadores de gérmenes y su importancia como propagadores de las enfermedades infecciosas, por el doctor *Cl. Sala*, inspector de Sanidad interior.

H. Dunschmann, en sus «Estudios sobre la fiebre tifoidea (1), pone de relieve la importancia que, para la propagación de esta enfermedad, tiene la existencia de personas portadoras de bacilos tíficos. Y *G. Mayer* deduce de sus «Investigaciones sobre la meningitis cerebro-espinal epidémica en la guarnición de Würzburgo» (2), que, se encuentran también periódicamente portadores de cocos específicos que, por contacto inmediato, transmiten frecuentemente la infección á las personas más próximas al enfermo.

Resulta, pues, interesante este modo de propagación de las enfermedades infecciosas que, si bien no dan origen á una brusca invasión de gran número de personas, mantienen, sin embargo, activo el agente infeccioso, contribuyendo al persistente desarrollo de la enfermedad en ciertos distritos y á que, en determinadas ciudades, se haga difícil, si no imposible, acabar con ciertas enfermedades endémicas. Compréndese también que la infección por contacto, puede ser el origen de verdaderas expansiones epidémicas.

En cuanto á la fiebre tifoidea se refiere, es de gran importancia la infección por los portadores de bacilos, como lo atestiguan las observaciones de *M. Kossel*, *Levy* y *Wieber*, en las que ha podido descubrirse el portador de bacilos, origen del contagio.

Los portadores de bacilos, son á veces personas que han sufrido la infección tífica cuatro, cinco, diez y hasta veinte años antes, y muchas de ellas, con ataques leves de tifoidea, que han pasado inadvertidos para las mismas, lo que explica que *Clerc* y *Ferrari*, hayan podido evidenciar la presencia de bacilos tíficos en personas que, expuestas al contagio, no han enfermado, así como encuentran estos bacilos después de ataques de *typhus levissimus* y *ambulatorius*.

Análogas deducciones pueden hacerse de las observaciones de *M. Gaethgens*, *Conradi*, *v. Drigalski* y *Jurgens*, relativas á los bacilos paratíficos.

De los trabajos de *Forster* y sus discípulos, puede deducirse que los portadores de bacilos ocasionan:

- 1.º Casos esporádicos de la enfermedad.
- 2.º La persistencia de las llamadas casas tíficas.
- 3.º Epidemias y endemias de fiebre tifoidea.

Conviene ahora estudiar la localización de los gérmenes en los portadores de bacilos, así como la excreción de éstos al exterior.

(1) Annales de l'Institut Pasteur, t. XXII, pág. 23.

(2) Centralblatt f. Bak. Bd. XLIX.

Se ha notado que la excreción de bacilos, es por avalanchas; y, hecho curioso: entre 22 portadores de bacilos hay 16 mujeres, y según *Forster*, la proporción es de un hombre por tres ó cuatro mujeres, es decir, en la misma proporción que la colelitiasis se reparte en los dos sexos. De todo esto se deduce que, el intestino no es sitio de origen, sino de paso de los bacilos, y que la verdadera guarida y lugar de multiplicación, es un órgano cístico. Las importantes observaciones de *Chiari*, demostrando las alteraciones de la vesícula biliar por los bacilos tíficos, las de *Forster* y *Kayser*, v. *Drigalski*, revelando la presencia de estos microorganismos en la bilis en distintos casos de fiebre tifoidea autopsiados hacen pensar que la fijación de los bacilos en la bilis puede muy bien ser el fenómeno primario, en tanto que la infección de las placas de *Peyero* no es más que un fenómeno secundario.

Pero los bacilos tíficos existen en la sangre mucho tiempo antes que se los encuentre en las materias fecales. De este hecho y de los experimentos de *Blackstein* y *Welch*, se infiere que la infección de la vesícula biliar se opera por vía hepática, no por vía intestinal.

En la patogenia de la fiebre tifoidea, la bilis es de una importancia capital, y al propio tiempo la infección de la vesícula biliar, es la causa de la transformación de cierto número de convalecientes en portadores de bacilos. Después de la curación, desaparecidos los bacilos de la circulación general y de las placas de *Peyero*, ó bien acaban por desaparecer de la bilis, ó se constituye una inflamación crónica, frecuentemente litógena, con persistencia de la infección biliar: «he aquí el caso de los portadores de bacilos.»

Para la profilaxia, es importante distinguir con *M. Forster*, las categorías siguientes de portadores de bacilos:

Los que excretan bacilos solamente algunas semanas durante la convalecencia.

Los que después de una curación, en apariencia completa, los excretan durante un tiempo indeterminado.

De aquí la importancia de perfeccionar los métodos de investigación de los bacilos tíficos en las heces fecales.

H. Dunschmann, en el trabajo de referencia, se ocupa de la confección de un medio de cultivo específico, de elección para el bacilo tífico, en el cual se desarrollara de un modo seguro, con exclusión de todo el resto de la flora intestinal. Desgraciadamente tal medio no existe, pero en cambio, alguno nos permite acercarnos al fin apetecido.

El medio de cultivo propuesto, debe tener la composición siguiente:

3 á 4 por 100 de agar.

0,5 por 100 de gelatina,

1,5 á 2,5 por 100 de taurocolato sódico.

4 por 100 de lactosa.

5 por 100 de peptona.

A este agar se incorporará las sales minerales que entran en solución en una maceración de 500 gramos de carne de ternera por 1.000 c. c. de líquido. Antes de verter en las cápsulas *Petri*, se añade el 10 por 100 de tintura de tornasol bien sensible.

Las siembras se harán, ya directamente en una serie de cinco placas con las materias fecales sospechosas, desleídas, en caso necesario, en un poco de agua de peptona, ya, si las heces no son del todo frescas ó se han desecado, haciendo una siembra previa en la solución siguiente: peptona, 5 por 100, extracto de carne, 0,5 por 100 y taurocolato de sosa 2,5 por 100. Manteniendo el tubo sembrado á 40-43° c., durante doce horas, se siembran luego una serie de cápsulas de agar con este líquido.

Análogas deducciones pueden hacerse del trabajo de *G. Mayer* acerca la meningitis cerebro-espinal epidémica.

También aquí son muy de tener en cuenta los casos leves de esta enfermedad, cuyos atacados, portadores de cocos específicos, pueden propagar fácilmente la enfermedad por contacto inmediato, deduciéndose de ello la importancia de la investigación bacteriológica y de las severas medidas de aislamiento y desinfección que es preciso aplicar.

Para la caracterización del meningococo, es imprescindible recurrir á la reacción de *Gruber-Widal*, haciendo obrar sobre los microbios el suero específico durante doce horas, por lo menos, á la temperatura de 37,5° c.

Encuétrase aun en personas sanas, que no han estado en contacto de enfermos de meningitis cerebro-espinal epidémica, bacterias en el exudado faringeo, que sólo por la sero-reacción es posible distinguir de los verdaderos meningococos.

De aquí que sólo deben tomarse como meningococos, á los netamente aglutinados por un suero específico de alto poder aglutinante, á una dilución de 1 por 500, á lo menos, concordando además sus caracteres en los medios de cultivo apropiados con los que ofrecen los genuinos meningococos.

Los cuerpos inmunizantes de Carl Spengler y su nuevo producto anti-tuberculoso, por *J. Elizagaray*, del Hospital General.

Las concepciones de este autor, relativas al mecanismo íntimo de la infección y de la inmunidad en la tuberculosis, fueron seguidas de una evolución nueva relativa á sus originales ideas, digna de conocerse en sus conclusiones más fundamentales.

El hombre tuberculoso, según este autor, está infectado á la vez por bacilos del tipo humano y del bovino. En la mayor parte de los casos,

una de estas dos razas no tarda en predominar sobre la otra. Estas dos variedades parecen tener acciones tóxicas antagónicas, y la inmunización, según esto, podría obtenerse mediante tuberculinas ó vacunas, derivadas de los bacilos secundarios. Este método dió en manos de *Carl Spengler* y de sus discípulos, notables resultados terapéuticos, pero es muy expuesto á errores en la elección del producto que debe inyectarse, haciendo muy comprometido el tratamiento.

Dicha dificultad, que se resolvería si un producto único se aplicase indistintamente á todas las formas de la tuberculosis, es la que *Carl Spengler* cree haber dominado mediante un nuevo producto que designa con las iniciales I. K., con las cuales quiere significar que contiene los verdaderos cuerpos inmunizantes de la tuberculosis, los *Immun Körper*.

El producto I. K. no es una tuberculina, ni una toxina extraída de los cuerpos bacilares, ni un suero; es un extracto celular procedente de la sangre de animales inmunizados, contra las dos grandes razas de bacilos tuberculosos.

La poca eficacia de los sueros anti-tuberculosos conocidos, depende, según *Carl Spengler*, de que el suero no es el principal receptáculo de las antitoxinas, de las bacteriolisinas, de los anti-cuerpos tuberculosos. La concepción más saliente de *Carl Spengler* es la de que estos anti-cuerpos están ligados á los hematíes, los cuales no pasan en parte al suero, más que debido á un principio de hemolisis y en apoyo de cuya personal é importante concepción aporta una serie de experiencias.

Después de separar los principales elementos constitutivos de la sangre, mediante una técnica que no es del caso describir, estudia el poder aglutinante, precipitante, bactericida y antitóxico de cada uno de estos elementos aislados, ó sea del suero, de los hematíes disueltos y de los leucocitos, cuyas conclusiones más importantes son las siguientes: *

El poder aglutinante y precipitante de los hematíes disueltos, se hace todavía manifiesto con disoluciones al 10 ó al cien millonésimo, mientras que la acción del suero desaparece cuando el título de su dilución desciende por debajo del 10 por 1.000.

Por otra parte, algunas gotas de una disolución de hematíes diluida al diez millonésimo puestas en contacto con bacilos tuberculosos vivos, atacan sus cubiertas de tal suerte, que después de una corta permanencia en la estufa, la mayor parte de estos bacilos no se colorean por el método de *Ziehl*, y, en fin, un décimo de centímetro cúbico de una disolución de hematíes, diluida al cien millonésimo, aplicada en inyección sub-cutánea, protege al conejo contra una dosis, seguramente mortal, de un veneno tuberculoso especial, que *Carl Spengler* denomina phtisina.

Las numerosas experiencias del autor, de sus ayudantes y discípulos con la sangre de hombres y animales inmunizados, parecen probar que

los hematies contienen el máximo de aglutininas, precipitinas, bacteriolisinas y antitoxinas; de aquí que el nuevo producto anti-tuberculoso de *Carl Spengler*, el I. K., está esencialmente constituido por una disolución de hematies, procedente de una sangre fuertemente inmunizada.

Este producto, desembarazado de albúminas y materias colorantes de la sangre, se presenta bajo el aspecto de un líquido claro que se diluye para el uso en una disolución clorurada al 8,5 por 1.000, adicionada de 0,5 por 100 de ácido fénico.

Carl Spengler no explica la génesis de la phtisina que le sirve para comprobar el poder antitóxico de I. K., ni tampoco de qué manera inmuniza los animales. A pesar de estas reservas, I. K. debe emplearse y conocerse, y aquellos que la han experimentado declaran haber obtenido satisfactorios resultados.

En Suiza, Alemania y Austria, numerosos médicos la emplearon con éxito, y *Herzberg*, que publicó los resultados de sus observaciones, dice que ha visto enfermos atacados de tuberculosis avanzada, que después de 14 ó 16 inyecciones de I. K., no tosían, habían aumentado de peso, no tenían bacilos en los esputos, y se encontraban en un estado general excelente. *Trató una joven de catorce años, atacada de tuberculosis de forma grave y marcha rápida. Presentaba una fiebre que oscilaba entre 37,5 y 40°, un pulso á 120, un estado tifoideo acentuado, hemoptisis, bacilos en los esputos. Al cabo de un mes de tratamiento, la temperatura era normal, los bacilos habían desaparecido, el peso aumentó en 11 kilos y la paciente parecía enteramente curada.*

Herzberg concluye declarando que I. K. obra de una manera específica, que mejora frecuentemente la tuberculosis pulmonar avanzada en un tiempo relativamente corto, y que cura todos los casos benignos y semi-graves.

A pesar de una presentación tan seductora de este nuevo producto anti-tuberculoso, ante los desengaños recibidos por intentos análogos, podríamos prescindir de comunicar á los lectores de esta revista lo que podría prejuzgarse como una ilusión más; pero las doctrinas de *Spengler* sobre la inmunización y el nuevo camino seguido por él, de buscar los anticorps en los hematies, mas las apreciaciones terapéuticas hechas por *Herzberg*, reclaman la atención ante lo interesante del asunto, y creímos conveniente dar á conocer á nuestros lectores esta nueva tentativa, extractando el artículo que publica *Bergeron*, acerca de este asunto, en el número de la *Presse Medicale*, del 21 de Abril.

Pulso lento permanente de origen intracardiaco, por J. Elizagaray.

Un asunto de gran interés en cardio-patología es el referente á los trastornos funcionales que producen las lesiones del fascículo de *His*, el

cual, teniendo la misión importante de conducir el estímulo rítmico aurículo-ventricular, fácilmente se comprende que los procesos patológicos que invaden ó alteran esta vía, han de traducirse por perturbaciones del ritmo cardíaco.

Las investigaciones experimentales acerca de las funciones de este fascículo explican la fisiología patológica de algunas arritmias, especialmente la de las bradicardias, y en donde se manifestó más esta influencia ha sido en la patogenia del pulso lento permanente.

Sabido es, que el pulso lento permanente no obedece á una patogenia única y que la enfermedad de *Stokes Adams* debe considerarse como un síndrome producido por diversas circunstancias relacionadas con las teorías patogenésicas que la explican: la teoría bulbar (arterio esclerosis del bulbo), la miogena (alteraciones del miocardio, especialmente del fascículo de *His*) y la neurogena (alteraciones del nervio vago).

Conocidas algunas de estas teorías, nuestro objeto es ocuparnos del pulso lento de origen intracardiaco, el cual tiene su fundamento en las funciones del fascículo de *His*. Obedece á una detención en la conductibilidad del estímulo del latido rítmico del corazón, que partiendo de la aurícula derecha, debe necesariamente atravesar para alcanzar los ventrículos dicho fascículo, cuya existencia y función pasaron hasta hace poco desapercibidos y que pusieron en claro los trabajos de *Gaskell*, *His*, *Engelmann*, *Hering* y *Erlanger*. Es de un orden especulativo saber si son los elementos nerviosos ó musculares que constituyen el fascículo los encargados de esta conducción.

Toda lesión experimental de este fascículo detiene el ritmo ventricular, y esto acontece, según las observaciones, en el orden patológico. Si por una razón cualquiera, la transmisión del influjo nervioso, que normalmente se extiende de las aurículas á los ventrículos no se verifica, se dice que está bloqueada. Si se ejerce una compresión ligera sobre este fascículo, el tiempo que separa la contracción ventricular del sistole auricular, que normalmente es de un quinto de segundo, se alargará y faltará una pulsación ventricular por cada tres ó cuatro auriculares. Este es el *Herz-block incompleto*. Si se ejerce una compresión más fuerte, ó el fascículo se secciona, entonces el pulso ventricular se hace independiente de la pulsación de la aurícula y puede descender á 30 pulsaciones. El trazado yugular, ó sea el de la aurícula, acusará una gráfica independiente del trazado ventricular. Este es el *Herz block completo*. En el primer caso, resulta al examen del pulso una arritmia particular, caracterizada por períodos de revoluciones cardíacas que se hacen cada vez más largas, hasta que se presenta una parada, un vacío; y en el segundo caso, el ritmo ventricular queda muy lento, fijo y absolutamente independiente del ritmo auricular.

Los trazados yugulares demuestran que los *sístoles* auriculares conservan su regularidad y frecuencia, y siempre que en una enfermedad de *Stokes Adams* se comprueben los alorritmias ventriculares indicadas coincidiendo con el trazado yugular fisiológico, se trata de una lesión del fascículo de *His*, y en efecto, en la mayor parte de las observaciones, los autores comprobaron la constancia y claridad de las lesiones del septum ventricular.

Esmein, que ha publicado una tesis notable acerca de este asunto, comprobó en la autopsia de cinco enfermos de bradicardia permanente, la existencia de lesiones profundas del sistema de *His*, y además llevó sus investigaciones á demostrar la integridad del sistema nervioso para desvanecer las dudas que pudieran ofrecerse respecto del origen bulbar ó neurógeno de estos casos, al cual podrían referirse, dados los síntomas nerviosos que se presentan en estos enfermos.

Por razón de la inestabilidad en la conducción inter-auriculo-ventricular, se producen trastornos nerviosos, por irrigación insuficiente de los centros y cuando las pausas del *Herzblock* incompleto determinan detenciones intermitentes ventriculares prolongadas, se establece un período sincopal que puede ser grave. No sucede lo mismo cuando el pulso, aun siendo más lento, es constante y la irrigación de los centros nerviosos no sufre interrupciones.

Las revistas que se ocupan especialmente de enfermedades del corazón, publican á cada paso observaciones necrópsicas de lesiones fasciculares diversas, y *Esmein* en su tesis estudia las causas intracardíacas de la enfermedad de *Stokes Adams*; ya se trata de endocarditis agudas cuyas lesiones pasan del endocardio al fascículo de *His*, ya son lesiones sífilíticas, particularmente gomas del mismo fascículo, ya esclerosis, degeneraciones grasosas ó calcáreas localizadas en el mismo.

El diagnóstico de la bradicardia por lesión del fascículo de *His*, ha de establecerse teniendo en cuenta varios elementos. Como las contracciones auriculares se manifiestan en las venas yugulares, la disociación auriculo-ventricular se comprueba clínicamente por la discordancia entre el pulso venoso y el radial, y la comparación de los trazados radial y yugular sería un método perfectísimo.

El diagnóstico con las bradicardias nerviosas accidentales, puede establecerse mediante la prueba con la atropina, que como se sabe, dada á dosis débil en el estado fisiológico debido á su acción paralizante sobre las terminaciones intracardíacas del nervio pneumo-gástrico, acelera los latidos del corazón, observándose igualmente esta acción en los casos de bradicardia nerviosa, y por el contrario, no produce efecto cuando el pulso lento se refiere á una lesión del miocardio. *Vaquez* experimentando en enfermos de *Stokes Adams* con lesiones del fascículo de *His*, comprobó

que la atropina quedaba sin efecto en las contracciones ventriculares, mientras que aumentaba notablemente el número de las pulsaciones yúgulo-auriculares. Por el contrario, en un caso de apendicitis tóxica, donde el pulso había descendido á 42, las inyecciones de un miligramo de atropina subieron rápidamente el número de pulsaciones radiales.

La bradicardia producida por las lesiones orgánicas del bulbo y del pneumo-gástrico, es paroxística, variable, pasagera, acompañada de alteraciones respiratorias; y en cuanto á las falsas bradicardias debidas á intermitencias, á extrasístoles, etc., no producen una detención suficiente en los ventrículos, que dé lugar á ataques sincopales.

El conocimiento de las causas y el diagnóstico, ofrecen una importancia suma en lo que se relaciona con el tratamiento, especialmente en sujetos que hayan tenido manifestaciones sifilíticas; y el peligro que entrañan las fases sincopales es un elemento de significación pronóstica que obliga á grandes exigencias en los preceptos higiénicos de estos enfermos.

Bibliografía.

Die Zytologische Untersuchungsmethode, ihre Entwicklung und ihre klinische Verwertung an den Ergüssen seröser Höhlen. H. KÖNIGER, Jena, 1908.

La enorme cantidad de trabajos que se han publicado sobre este asunto y lo contradictorio de las opiniones sustentadas por muchos autores, hacen que se lea con agrado la concienzuda monografía de KÖNIGER, basada en un estudio crítico de la literatura y en la experiencia personal adquirida en ciento treinta casos de derrames de pleura y peritoneo puncionados repetidas veces en la Clínica Médica de Erlangen.

Hay que tener presente, dice el autor, que aunque el examen citológico nos da idea de las alteraciones anatomo-patológicas de las serosas, éstas pueden variar de un momento á otro, ya por la natural evolución del proceso, ya por influencias extrañas de origen interno (infarto pulmonar, inflamación) ó externo (punciones).

Además, como prescindiendo de las células neoplásicas, no existe ningún otro elemento celular cuya aparición sea característica de una determinada enfermedad, no basta saber qué clase de células predominan en un exudado, sino que debemos estudiar la totalidad de las mismas, añadiendo á esto para formar juicio acabado, la historia clínica del caso, comienzo, evolución, etc.

En la pleuritis tuberculosa primitiva hay leucocitosis de polinucleares neutrófilos que dura muy poco tiempo, siendo luego sustituida por linfocitosis.

En el periodo de estadio predominan los linfocitos habiendo también algunos hematíes. Existen junto á éstos unos elementos denominados *pseudo-linfocitos* por EHRLICH que se toman por hematíes nucleados y aun por linfocitos. Tienen el grosor de estos, un núcleo redondo relativamente grueso, rico en cromatina, que se tiñe intensamente y una capa delgada de protoplasma de ordinario sin granulaciones neutrófilas y que se tiñe ligeramente de rosa con la eosina. Son formas degenerativas de los polinucleares por retracción celular con fragmentación del núcleo. En-

tre ellos y los polinucleares neutrófilos hay todas las formas de transición. Se dan principalmente en los exudados linfocíticos de la pleuritis tuberculosa primitiva, pero pueden aparecer también en los consecutivos á neoplasmas.

No hay pleuritis exudativa aguda de otra etiología, que tenga esta fórmula citológica; de ahí su valor diagnóstico.

En las pleuritis de curso más crónico tiene menos valor, pudiendo darse en la sarcomatosa (hay además gran descamación endotelial) y en la sifilítica.

La linfocitosis no es una reacción específica de la infección tuberculosa ni depende tampoco del grado de la lesión pulmonar concomitante, puesto que puede darse en la pleuritis secundaria, sino que es indicio de benignidad del proceso.

Sabemos por la clínica y la experimentación, que en la mayor parte de los casos de pleuritis tuberculosa primitiva se trata de una infección atenuada. Como la virulencia del exudado decrece con el tiempo, es lógico suponer que la pleura, órgano protector del pulmón, reacciona ante él ataque infectivo con una leucocitosis de polinucleares cuyo objeto es aminorar la energía del bacilo de KOCH, y una vez conseguido esto, viene el periodo regresivo de los polinucleares y el establecimiento de la linfocitosis.

Esta indicaría pues, una evolución favorable del proceso local, ya que después de curada la pleuritis puede la infección propagarse por el tejido subpleural á otras serosas ó al pulmón.

Debe también tenerse presente que una larga persistencia de los polinucleares no habla en contra de la tuberculosis, pues se da á veces en la pleuritis primitiva indicando pronóstico malo.

En la pleuritis secundaria, es decir, con tuberculosis pulmonar manifiesta, la fórmula citológica es de ordinario mixta, pero en ocasiones predominan los linfocitos, indicando forma benigna.

El exudado de la pleuritis tuberculosa se caracteriza además por ser difícilmente modificable por las influencias externas en oposición á lo que ocurre en los derrames mecánicos.

Fuera de la presentación de algunos eosinófilos con disminución de las células endoteliales y de los polinucleares, las punciones no hacen nada más. Este es un dato que tiene también su valor diagnóstico, pues la persistencia de la fórmula linfocitaria tras repetidas punciones, es con gran probabilidad indicio de naturaleza tuberculosa.

En el peritoneo la fórmula del exudado tuberculoso no es tan pura. Predominan también los linfocitos, habiendo algunos eritrocitos, polinucleares, grandes mononucleares y bastantes células endoteliales.

Los procesos infecciosos provocados por estreptococos, estafilococos ó pneumococos, se caracterizan por el predominio de elementos polinucleares, la mayoría de los cuales presentan una degeneración típica con tumefacción del protoplasma y núcleo.

Los mismos cambios degenerativos ofrecen á veces las células en los exudados que se dan en las inmediaciones de los focos purulentos. Aquí la degeneración ataca no sólo á los polinucleares, sino también á los grandes mononucleares. En losempiemas tuberculosos se ven leucocitos con degeneración grasa del protoplasma; sus núcleos conservan la forma normal y se colorean bien. Hay en la pleura exudados estériles ocasionados por irritación química de la pleura ó por infecciones que han pasado rápidamente; ejemplo, los consecutivos al infarto pulmonar ó á la pneumonía. Estos, aunque en ocasiones sean puriformes, se reabsorben espontáneamente sin intervención operatoria. Se diferencian de los infecciosos por ser estériles los cultivos y por faltar toda señal degenerativa en los polinucleares. Su conocimiento es doblemente

importante, no sólo para no confundir uno de estos exudados con los consecutivos á procesos infectivos cuyo pronóstico es siempre más severo, sino además porque con estos caracteres de benignidad puede un exudado estéril enmascarar una grave enfermedad pleural. En efecto, en las inmediaciones de empiemas enquistados, así como de abscesos subfrénicos, hay en ocasiones exudados pleurales con leucocitos polimorfos, variable número de hematies, muchos mononucleares de aspecto linfocítico y mayor ó menor cantidad de células endoteliales, fórmula citológica que recuerda la del infarto pulmonar.

Los trasudados de los cardíacos y nefríticos se caracterizan por la gran cantidad de células endoteliales sueltas ó formando *placards*. Estos elementos constituyen el 60 á 80 por 100 del total, habiendo además un 20 ó 40 por 100 de linfocitos y pocos ó ningún polinuclear.

En algunos hidrotórax como el consecutivo al infarto pulmonar y en el de los nefríticos, hay en ocasiones abundantes leucocitos por irritación tóxica de la pleura.

La fórmula de estos derrames se modifica fácilmente por las punciones, que aumentan considerablemente el número de células, predominando siempre las endoteliales, y con un número variable de linfocitos y polinucleares.

En los trasudados peritoneales hay pocas células, predominando las endoteliales. Sin punción previa adquieren muchas veces la fórmula de la ascitis tuberculosa. Los viejos trasudados, sobre todo, pueden presentarla por complicaciones inflamatorias espontáneas.

En los tumores, el exudado contiene en ocasiones elementos específicos que se caracterizan por las grandes diferencias en tamaño y forma de las células, las cuales tienen además un protoplasma rico en vacuolas y gotas de grasa y unos núcleos muy gruesos provistos de muchos nucleolos. Puede ser muy difícil la diferenciación con las endoteliales. Estas son células normales, sin señales de degeneración. Hay también exudados neoplásicos que contienen sólo endotelios con algunos linfocitos y polinucleares.

Se pensará en esta etiología una vez excluida toda afección cardíaca, renal ó hepática.

Esto es lo más substancial del trabajo de KÖNIGER, que consultarán con fruto todos los que se interesen por este género de investigaciones.

Common affections of the liver. W. HALE WHITE. London 1908.

Al resumir en un libro las lecciones dadas en el Guy's Hospital sobre enfermedades del hígado (con exclusión de la coleditiasis y afecciones de las vías biliares), el autor ha querido dar á los estudiantes una guía clínica en el comienzo de su práctica hospitalaria.

Escrito en un estilo muy claro, y huyendo de toda disquisición técnica, contiene todo lo esencial que acerca de dichas enfermedades importa recordar en la clínica, y á pesar de sus modestas proporciones, no desmerece junto á los grandes tratados de QUINCKE, HOPPE-SEYLER y ROLLESTON.

Lo que hace más atractiva su lectura es, que de ordinario el autor, poco aficionado á copiar lo que otros dicen, refiere con gran sinceridad el resultado de su experiencia personal, apartándose en muchas ocasiones de lo que enseñan los libros.

Así, hablando de la etiología de la cirrosis, restringe mucho el papel atribuido por los clásicos al alcohol, y expone ideas muy parecidas á las sostenidas en España por MADINAVEITIA.

No niega que realmente este agente tenga influencia etiológica en la producción de un cierto número de cirrosis, porque en muchos de estos pacientes los anteceden-

tes alcohólicos son indudables, y el tamaño de un hígado hipertrofiado disminuye, retrocediendo los demás síntomas cuando dejan de beber en absoluto; pero deducir de esto que el alcohol sea la sola causa de cirrosis, le parece una generalización injustificada.

Se ha citado como prueba, que algunos niños con cirrosis habían consumido alcohol en exceso, pero los hay que no habían tomado nunca nada; y algunos tan poco, que la cantidad no era digna de ser tenida en cuenta; por ejemplo, en un niño la cirrosis fué atribuida al alcohol contenido en cinco gotas escasamente de tintura de percloruro de hierro tomadas tres veces al día.

Algunos adultos mueren de cirrosis hepática, no habiendo nunca hecho excesos alcohólicos y aun siendo abstinentes.

Por otra parte, la administración de alcohol á los animales, no basta para hacerlos cirróticos; el hígado sufre solamente la degeneración grasa.

Para no creer que el alcohol es la sola causa de cirrosis, hay también otra razón y es, que muchos bebedores empedernidos no la contraen; así, es poco frecuente en mujeres con polineuritis alcohólica, y es excesivamente rara en los Asilos para borrachos.

Finalmente, es más común en unos lugares que en otros; frecuente en Londres, se da más rara vez en Escocia y Munich, donde seguramente no se bebe menos.

Todo lo que puede decirse, es que en algunos sujetos, y en algunos puntos del globo, el exceso de alcohol conduce á la cirrosis hepática, pero que lo hace indirectamente, habiendo algún otro factor operativo que nos es completamente desconocido.

En el capítulo dedicado á la ictericia, al estudiar las pancreatitis crónicas como causa de obstrucción del colédoco, sostiene ideas no muy en armonía con las de los cirujanos.

La pancreatitis crónica con ictericia dice, rara vez es mortal. Casi todos los casos fatales, en los que durante la vida se hizo este diagnóstico, han resultado afecciones malignas, como lo demuestra la aparición de depósitos secundarios ó el examen histológico del páncreas.

En 19.000 autopsias sólo he encontrado un caso indudable con examen histológico, y sin embargo, es innegable que cierto número de casos de ictericia crónica no debidos á tumor ni coleditiasis, y durando demasiado para ser catarrales, deben ser atribuidos á esta causa. Tal creencia se deriva del hecho de que al intervenir en algunos de estos casos, el cirujano halló un páncreas duro y engrosado. Estos enfermos han curado muchas veces drenando la vesícula biliar; pero como la enfermedad abandonada á sí misma rara vez es fatal, considera innecesaria la operación, que además no siempre es bien soportada por enfermos intensamente ictéricos.

Todos los que tienen mucha experiencia, se han encontrado con pacientes en los cuales una ictericia crónica después de durar varios meses, ha desaparecido lentamente.

Estos dos ejemplos dan idea del espíritu de independencia con que el libro está escrito, haciéndose por ello muy recomendable su lectura.

Urrutia.

Revista de Revistas.

Anormal posición de la trompa de Falopio derecha y el apéndice, por H. P. COLE (*The Journal of The American Medical Association*). Noviembre 7-1908.

Mujer de treinta y nueve años, casada, y con historia de infección gonocócica desde el año anterior. Ingresó en el City Hospital, Alabama, quejándose de vivos dolores en el lado derecho é inferior del abdomen, que estaba ligeramente prominente, y á la palpación acusaba rigidez muscular. Por examen vaginal se notaba el útero en latero retrodesviación derecha; los anejos del lado derecho estaban elevados y no pudieron ser tactados.

Operada esta enferma pudo apreciarse la disposición de la trompa y el apéndice. Estaba hecho todo una masa que iba del ciego al útero. La trompa se dirigía directamente á la base del ciego y era adherente á este órgano y al punto de origen del apéndice. El ovario, ligeramente agrandado, contenía un quiste hemorrágico de tres centímetros de diámetro. El apéndice era adherente al fondo y pared uterina posterior.

Quitados los anejos derechos y el apéndice esta enferma curó.

De las causas de anormal posición del apéndice: longitud excesiva del mesenterio, desarrollo fetal incompleto y condiciones inflamatorias, sólo se puede explicar por estas últimas.

Una infección gonocócica dió lugar á una salpingitis y perisalpingitis, y en alguna de las exacerbaciones se hizo á la adherencia con el ciego. La extensión de la perisalpingitis al apéndice en posición pélvica (el 25 por 100 de los casos, según KELLY) hizo que se uniese á la pared uterina. Este caso interesa por su rareza, pues hay pocos casos semejantes.

HOWARD KELLY menciona el caso de una negra en la que el apéndice estaba fuertemente adherido al lado derecho del útero. J. B. MURPHY refiere el de una mujer joven en que el ciego llevado sobre el útero estaba fijado por un apéndice alargado y adherido al útero. La estrangulación ocurrió en los dos casos.

D. G. QUIGLEY habla de un caso en que el apéndice, conteniendo abscesos localizados, estaba adherido al lado derecho del útero y la trompa sobre el apéndice.

Etiología del embarazo ectópico, por CH. D. WILLIAMS, (*Surgery, Gynaecology and Obstetrics*), Noviembre, 1908.

Sostiene este autor que la inflamación previa de la trompa de FALOPIO, es el más importante factor en la etiología de la gestación ectópica.

Ha examinado microscópicamente un gran número de trompas en estos embarazos y ha encontrado siempre señales evidentes de inflamaciones anteriores.

Lo más característico es la formación de divertículos que WILLIAMS llama *falsos* para distinguirlos de los *verdaderos* que son de origen congénito.

Estos falsos divertículos son debidos á la coalescencia de los vecinos pliegues longitudinales de la mucosa inflamada, generalmente abiertos mirando al extremo distal de la tuba.

WILLIAMS encontró esto no sólo en la trompa en gestación, sino en la del lado contrario, cuando pudo ser examinado.

Considera que esta condición es la principal causa predisponente del embarazo tubario en el 95 al 98 por 100 de los casos.

Cita á OPITZ, que encontró semejantes divertículos en veintitres trompas (en las que se había dado el embarazo) examinadas en sección serial y que acepta la misma explicación para el embarazo ectópico.

Divertículos verdaderos fueron hallados pocos por WILLIAMS en el examen macro y microscópico de miles muestras normales y patológicas.

Mientras se discuten otros posibles factores, WILLIAMS da su opinión de que hay muy poco en favor de la moderna teoría de implantación del huevo, en el útero y trompa, por medio del poder erosivo de un trofoblastos.

Trompas accesorias no fueron halladas en ninguno de los casos examinados, así como tampoco se encontraron fibromiomas y pólipos de la trompa en dichas investigaciones.

WILLIAMS desecha la teoría de la «reacción decidual» de WEBSTER, pues en sus preparaciones sólo halló una limitadísima formación de tejido decidual.

Vigueras.

La fractura de los boxeadores. (Fractura de la extremidad inferior del primer metacarpiano). O. LENOIR, *Presse Médicale*, n.º 25, 1909.

El autor ha podido recoger una curiosa colección de radiografías de las manos de célebres boxeadores, en las que se observan variadas fracturas de falanges y metacarpianos, hecho que no debe sorprender por ser la mano en estos sujetos, la parte más expuesta, en virtud del trabajo que ejecutan.

Lo que ha llamado la atención á LENOIR es la constancia con que se observa en estos casos, la fractura de la extremidad inferior del primer metacarpiano, lesión poco descrita, puesto que los tratados de patología admiten que de todos los metacarpianos, es el primero el que menos se fractura por razón de su movilidad. En una estadística de POLAILLÓN, de 102 casos de fracturas de metacarpianos, sólo se observaron ocho en el primero, siendo el mayor número (35) los correspondientes al cuarto.

La estadística de HOLMES difiere de la de los autores franceses, puesto que el mayor número de fracturas de metacarpianos, se refieren al primero de estos huesos, lo que puede atribuirse á que ese autor, en razón de su nacionalidad, ha tenido ocasión de ver más boxeadores lesionados.

Para LENOIR, esa clase de fractura constituye una fractura que pudiera llamarse profesional, por observarse más frecuentemente en los que practican ese *sport*, y la razón de su producción está en que al dar un golpe con el puño cerrado, las cabezas de los cuatro últimos metacarpianos, juntas las unas con las otras, forman un todo que recibe la presión resultante del choque, pero en los golpes dados lateralmente puede ocurrir que el puño actúe por su borde radial y que la cabeza del primer metacarpiano se deje inclinar demasiado hacia adelante, produciéndose la fractura por inflexión. Puede admitirse también según LENOIR, que en el momento del golpe, la primera falange violentamente inclinada hacia adelante y arrastrando con ella el ligamento glenoideo, arranque por intermedio de los ligamentos metacarpo-sesamoideos, la extremidad inferior del primer metacarpiano.

Sobre el signo de Rovsing en la apendicitis.

En 1907, ROVSING describió un nuevo síntoma de la apendicitis que consiste en la provocación indirecta del dolor en el punto de MAC BURNEY. Para ello se coloca la

mano izquierda aplicada de plano sobre el colon descendente, apoyando sobre sus dedos la mano derecha, se deslizan las manos de abajo arriba comprimiendo siempre el colon hasta el ángulo esplénico. El aumento de presión de los gases en el ciego y el apéndice provoca un dolor localizado en el punto de MAC BURNEY, semejante al que se obtiene por la presión directa de este punto.

Encuentra ROVSING, ventajas en este signo para el diagnóstico diferencial cuando en la fosa iliaca derecha existe una tumefacción ó sólomente dolor, que hacen dudar entre apendicitis, lesión renal ó ureteral ó salpingitis. En los casos de apendicitis agudas en los que la palpación directa es peligrosa ó muy dolorosa é imposible por la defensa muscular, puede remplazarse por la indagación de este sintoma.

Recientemente FÜSTER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1909), ha publicado sus investigaciones, sobre este asunto y de sus estudios se deduce que como signo positivo de apendicitis, no se le puede dar gran valor por faltar en gran número de casos y sólo le ha encontrado en el 30 por 100 de los casos. Su valor para el diagnóstico diferencial, tampoco responde á las esperanzas de ROVSING puesto que FÜSTER le ha observado claramente con su dolor localizado al punto de MAC BURNEY, en un caso de colecistitis calculosa y en otro de sarcoma renal.

Cifuentes.

Las primeras castraciones practicadas en Europa por motivos sociales.—Die ersten Kastrationen aus sozialen Gründen auf europäischen Boden, por NÄCKE.—*Neurologisches Centralblatt*, 1909, núm. 5.

Este asunto es de transcendencia suma. En 1907, se han practicado en el asilo cantonal de Wil (Suiza), cuatro castraciones por razones sociales. La primera en una epiléptica de veinticinco años con accesos de furor y ninfomanía, que tuvo varios hijos epilépticos é idiotas. Como la enferma podía trabajar y pedía salir del manicomio, se le propuso la castración y se la explicó lo que significaba para ella. Consintió en ella, y consultados sus parientes y las autoridades, dieron su permiso. Un ginecólogo hizo la extirpación de los ovarios. La ninfomanía desapareció y la enferma mejoró mucho. Lo mismo ocurrió en el segundo caso, mujer ninfomaniaca también. El tercer caso era un hombre degenerado, alcohólico, satiriaco, corruptor de menores, ladrón, falsificador, incorregible. El mismo pidió la castración, de acuerdo con sus padres y con las autoridades. Se apeló á ella como último refugio. La satiriasis desapareció, pero persistió la tendencia á robar. El cuarto caso era un hombre homosexual que cometi6 numerosos atentados en niños. El mismo pidió la castración, amenazando hacérsela por sí mismo si se la rehusaban. Según parece, desapareció la aberración sexual desde que se hizo la operación.

En estos casos las ventajas de la castración son innegables. No sólo alivió ó curó sino que evitó en unos la procreación de hijos anormales, y en otros los trastornos sociales inherentes á las perturbaciones sexuales. Como además los enfermos se habían sometido á ella voluntariamente, no puede hacérsela objeción alguna, como no sea el peligro siempre anejo á la ovariectomía. En el hombre la esterilización se puede hacer sin peligro, si se prescinde de la castración y se practica la vasectomía que es inofensiva y no suprime la potencia. Conservándose los testículos se conserva su secreción interna y no son de temer las consecuencias ordinarias de la castración. Por consiguiente, parece que por ahora la esterilización es aplicable sólo al hombre y no podrá hacérsela en la mujer hasta que se descubra algún modo inofensivo de suprimir la ovulación, ó al menos, de extirpación de los ovarios sin peligro alguno.

No es fácil precisar las indicaciones de medida tan radical. Sólo en casos extremos de degeneración psíquica incurable será lícito apelar á ella. Los criminales incorregibles, los inmorales, los epilépticos dementes, los idiotas, los alcohólicos incurables, etc.; son los que exigen más imperiosamente el ser privados del poder reproductor para evitar así la formación de hijos degenerados. Hasta ahora la intervención más inofensiva es como queda dicho, la vasectomía, pero es posible que pueda ser sustituida con ventaja por la aplicación de rayos RÖNTGEN, que según parece demostrado en los animales, anulan la espermatogenesis.

Puede objetarse contra la esterilización que las leyes de la herencia son todavía poco conocidas y que un degenerado puede engendrar vástagos perfectamente normales. Pero como es poco probable que tal suceda, esta objeción pierde mucha fuerza. Los reparos jurídicos no tienen valor alguno; van siendo vencidos en algunos países. Lo importante es demostrar científicamente la necesidad de la castración. Conseguida tal demostración, el jurista tendrá que acatarla.

El problema se ha planteado ya en el terreno de la práctica, desde que en 1907 el Estado de Indiana (Estados Unidos), ha promulgado una ley que establece la castración obligatoria para los delincuentes incorregibles (confirmed criminal) estupradores, idiotas, etc. Claro es que en cada caso deben examinarse escrupulosamente las indicaciones de la intervención. La ley dispone que el médico director del manicomio consulte el caso con dos cirujanos.

En dicho Estado se han hecho ya unas 300 castraciones con el fin indicado.

N. cree que la castración legal es indispensable como medio de mejorar la raza y que con el tiempo se impondrá en todos los países civilizados.

Gayarre.

Acción de la adrenalina sobre la pupila de la rana. (Bemerkungen zur Wirkung von Adrenin auf die Froschpupille), por S. I. MELTZER. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1, Ap., 1909.

El autor hizo notar hace tiempo que las soluciones muy ténues de adrenalina, producen una acción midriática sobre el ojo de la rana enucleado. Este hecho, conocido con el nombre de *fenómeno de EHRMANN*, que lo confirmó posteriormente, sirve para demostrar la presencia de dicha substancia en el suero de la sangre.

En este trabajo da nuevos detalles de la técnica del método. Instilando simplemente una gota del líquido sobre el ojo de una rana viva, se ve producirse la dilatación pupilar á los diez minutos. También puede seccionarse la cabeza del animal y, fijada en una plancha de corcho, se rodea cada ojo de un anillo cortado de un tubo de goma estrecho y se deposita en él la gota, que de este modo puede obrar largo tiempo sobre la pupila. La acción de la adrenalina, no se limita á la midriasis; consiste también en un redondeamiento de la forma ovalada de la pupila y en una rigidez de la misma á la luz. La dilatación nunca es completa; queda siempre aun en los casos de efectos máximos, un reborde del iris que no desaparece por la instalación de soluciones más concentradas. Comprobando los resultados en los casos dudosos por medio de la inyección de la substancia en el saco linfático de la rana, demuestra MELTZER la sensibilidad de su reacción hasta para disoluciones de adrenalina al 1 por 100.000. Los productos artificiales (sethaminoketón) tienen una acción menos marcada que la adrenalina obtenida de las cápsulas suprarrenales.

Sirviéndose de este mismo método, ha estudiado CRAMER la acción del jugo de glándula pituitaria, demostrando que es análogo al de la adrenalina, como se había previsto, con la diferencia de que sus efectos son más tardíos, pero más persistentes.

Coincidiendo con los resultados de otro género de experiencias, ha comprobado CRAMER el hecho paradójico de que el jugo de la porción glandular de la hipófisis, es mucho menos activo que el de la porción posterior ó nerviosa.

Acción midriática del suero y de la orina, en los nefríticos y en los animales nefrectomizados, por G. MACAROFF, *Presse Medicale*, Jan, 1909.

Algunos autores pretenden explicar la hipertensión permanente de ciertos nefríticos crónicos, por la presencia en la sangre de un exceso de adrenalina, substancia que elaboran normalmente las cápsulas suprarrenales y que produce una elevación de la tensión arterial, entre otros efectos muy complejos. Se han servido de los reactivos químicos de la adrenalina, de la contracción que produce en las arterias *in vitro* y del experimento de EHRMANN, ya citado.

MACAROFF ha obtenido con sueros una reacción positiva doce veces en trece nefríticos crónicos y seis veces en nueve enfermos de nefritis aguda. En alguno de los primeros, los efectos midriáticos sobre el ojo de la rana, se observaron con el suero diluido al vigésimo.

La orina tiene una acción menos constante y menos pronunciada. El líquido céfalo-raquídeo no da lugar á la reacción. El líquido de la ascitis, tampoco, según EICHLER.

En treinta y dos sujetos sanos ó afectos de otras enfermedades, el suero dió reacción positiva en ocho casos y la orina, en cuatro.

Por último, en animales operados de nefrectomía, el suero sanguíneo produce el fenómeno de EHRMANN, aun en soluciones bastante diluidas, desde las sesenta á setenta horas después de la operación. Ligando ambas arterias renales, la acción midriática aparece más tarde y con menos intensidad.

Estos hechos parecen confirmar que en los estados de hipertensión permanente, se encuentra en la sangre, con más frecuencia que en otras condiciones, una substancia que da las reacciones de la adrenalina.

G. Marañón.

Academias y Sociedades Médicas.

LX Congreso de la Asociación Americana para el progreso de la Ciencia, en Baltimore, del 28 Diciembre 1908 al 2 Enero 1909.

(Revista de algunas comunicaciones de interés médico, por N. Achúcarro, Washington).

De las distintas secciones y de las reuniones de sociedades afiliadas á la Asociación general para el progreso de la ciencia, se podrían escoger más de 100 comunicaciones relacionadas con la Medicina. Yo me limitaré á extractar algunas de las que me han interesado.

Anafilaxis, por Rosenau.—Rosenau y Anderson han trabajado mucho en este asunto en los últimos años, y su comunicación fué un resumen de sus últimos experimentos y de su punto de vista en la cuestión.

Gay y Southard dieron en 1907 el nombre de anafilaxis al fenómeno que se supone fundamenta el hecho siguiente: Si á un conejo de Indias se inyecta una cantidad pequeña de suero de caballo, no muestra ningún fenómeno anormal; pero si al cabo de diez dias se le vuelve á inyectar

una cantidad parecida de suero de caballo, el animal presenta síntomas de gran gravedad y muere súbitamente.

La explicación sería como sigue: La mayor parte de los elementos contenidos en el suero de caballo, se eliminan fácilmente; hay uno, sin embargo, la *anafilactina*, que queda y produce una irritación continua, en las células, exaltando extraordinariamente la avidez de éstas para los otros productos asimilables contenidos en el suero, de tal modo, que al cabo de dos semanas, una segunda inyección produce graves síntomas y la muerte.

Un conejo de Indias, en situación de poder enfermar repentinamente por la inyección segunda del suero de caballo, está *sensibilizado*.

Rosenau y *Anderson* han determinado el periodo de incubación para la anafilaxis, que es, próximamente, de siete días, para conejos de Indias sensibilizados por vía intracerebral, y próximamente de nueve días por vía subcutánea. La sensibilización se manifiesta gradualmente, y el tiempo de incubación es constante y los animales sensibilizados con suero de caballo, mantienen esta sensibilidad por lo menos en un periodo de doscientos cuarenta y cinco días, según los experimentos.

El calor influye gradualmente en el producto sensibilizador, que es destruido cuando se calienta el suero de caballo á 100° C., durante una hora.

También el principio tóxico, el que produce los trastornos en la segunda inyección, se aniquila expuesto el suero á 100° C. A los 80° empieza á debilitarse.

La inyección de pancreatina, oxalato potásico, pepsina, sulfato sódico, sulfato de magnesia, peptona, cloruro cálcico y acetato cálcico, no producen ninguna influencia favorable en el estado anafiláctico. Narcotizando con éter los animales intoxicados, los síntomas quedan enmascarados, pero no se evita la muerte por la segunda inyección.

La anafilaxis es específica y se puede sensibilizar conejos de Indias con suero de caballo, con clara de huevo, con leche, etc. La especificidad de las anafilactinas parece ser del mismo género que la de las precipitinas, es decir que hay reacción entre proteínas de especies allegadas y no entre proteínas de especies muy separadas. Los conejos sensibilizados con leche humana, no reaccionan á una segunda inyección con leche de vaca. Por el contrario, la reacción se cumple si se toman leche de oveja y leche de vaca, como sensibilizador y como tóxico, respectivamente.

El fenómeno de la anafilaxis tiene gran importancia por la semejanza con los trastornos que á veces siguen al tratamiento con suero antidiftérico.

R. cree que la circunstancia que condiciona el colapso y muerte súbita de algunos enfermos tratados con suero de caballo, no es una toxicidad especial del suero, sino una sensibilidad especial del enfermo.

Constitución química y acción fisiológica de los ácidos por *Jacques Loeb* (1).

Se trata de determinar los factores que intervienen en la acción fisiológica de los ácidos.

Experimentos anteriores han mostrado que el grado de disociación electrolítica de los ácidos, influye en sus diferencias de grado de acción fisiológica. Por lo que toca á los ácidos inorgánicos, existe realmente un cierto paralelismo entre disociación y acción fisiológica; pero los ácidos orgánicos desenvuelven un grado de acción superior al que se pudiera esperar de su grado de disociación. Tampoco la comparación de intensidad de distintos ácidos orgánicos parece indicar que el único factor que decide sea la concentración de iones libres de hidrógeno.

Los conocidos experimentos de *Loeb* acerca de la partenogénesis artificial, mostraron que realmente en la acción fisiológica de los ácidos entra una variable nueva en relación con la constitución química del ácido.

Los experimentos actuales han tomado como elemento para medir comparadamente la acción de los ácidos la formación artificial de la membrana de fecundación en huevos de equinodermos. La primera modificación presentada por el huevo después de la penetración del espermatozoide, es la formación de esta membrana, llamada de fecundación. Desde hace mucho tiempo se sabe que agentes químicos, como clorofórmico, benzol, formol, xilol, pueden conducir el huevo á la formación de una membrana, pero el huevo perece. *Loeb* encontró que la membrana se forma y los huevos de equinodermos no perecen, sino que se desarrollan cuando se les trata por poco tiempo con un ácido diluido. El proceso de la formación de la membrana es el principio del desarrollo del huevo, y tiene una importancia fisiológica capital.

Véase ahora cómo se ha servido *Loeb* de este hecho para medir la acción fisiológica de varios ácidos.

En proporciones constantes, añade al agua del mar una pequeña cantidad del ácido, cuya acción quiere medir. A una cantidad determinada de la mezcla, añade próximamente la misma cantidad de huevos de erizo de mar y de treinta en treinta segundos toma porciones iguales de estos huevos, que han sido sometidos á la acción del ácido, y los lleva á agua de mar sin adición ninguna y examina el tanto por ciento de huevos que han formado la membrana de fecundación.

Los resultados obtenidos por *L.* parecen probar que la teoría de la disociación, no es suficiente para explicar la diferencia de acción fisiológica de los ácidos. Ha encontrado, p. ej., que cuanto la molécula del ácido usado contiene mayor número de átomos de carbono, el tiempo necesario para la formación de la membrana es más corto. Este resultado es com-

(1) El profesor *Jacques Loeb* no pudo leer su trabajo anunciado en el programa, pero nos lo ha enviado publicado en *Biochemische Zeitschrift*, Berlín, 1900.

parable al obtenido en el estudio de la acción narcótica de distintos alcoholes que también es proporcional al número de átomos de carbono.

Cree *Loeb* que las diferencias de penetrabilidad en las células influyen especialmente en la acción de distintos ácidos, y que estas diferencias están en relación con la composición química. Para los efectos de la absorción celular, parece, pues, que la constitución de la molécula entera decide. Esto no excluye que en la acción fisiológica final la concentración de los iones de hidrógeno, y, por lo tanto, la disociabilidad del compuesto jueguen un gran papel, pero hay que considerar los dos factores.

Teñido de la leche en animales lactantes, etc., por *Simon H. Gage* y *Susana Ph. Gage*.

Partiendo de experimentos de *Daddi* en 1896 y de los más recientes de *Riddle* que prueban, que si se da de comer á las gallinas alimentos mezclados con sudán III (colorante de la grasa), el color aparece en la yema de los huevos puestos por estas gallinas, los autores han encontrado que los pollos nacidos de tales huevos llevan el tejido adiposo teñido de rojo pálido.

La comunicación actual se refiere especialmente á resultados obtenidos en ratas blancas con el mismo método. Los animales se encontraban á medio desarrollo, y al cabo de cinco á siete días de ingerir Sudán III mezclado con la comida mostraron el color rojizo debido á la absorción del colorante en el tejido adiposo.

Alimentando del mismo modo á ratas madres durante los ocho primeros días después del parto, es decir, en un período en que los hijos sólo se alimentan de la leche de la madre, se consigue teñir igualmente el tejido adiposo de los ratones recién nacidos.

La leche contenida en su estómago estaba tan intensamente teñida, que su color se veía á través de las paredes.

Experimentos en ratas preñadas, conducidas á ensayar si el color rojo pasa á través de la placenta al tejido adiposo de los fetos, han dado un resultado negativo.

A mí me parecen interesantes estos experimentos acerca de la absorción de colorantes específicos de la grasa y quizá de alguna aplicación en patología y actualmente tenemos en marcha algún experimento en este sentido.

Sobre las primeras fases en el desarrollo de las neurofibrillas, por *St. Macburdy*.

El propósito principal del autor ha sido estudiar los primeros momentos de la formación de las neurofibrillas en larvas de *Rana*, *Amblystoma*

y Cambarus, y de determinar la relación entre la aparición de neurofibrillas y el establecimiento de conducción nerviosa manifestada por los primeros movimientos y reacciones á los estímulos externos. El autor concluye que las neurofibrillas se encuentran formatas en los nervios ó vías nerviosas que empiezan á funcionar y que la aparición de las neurofibrillas en las células es fenómeno contemporáneo del crecimiento de los axones partiendo del cuerpo celular.

La esencia del concepto clínico del histerismo, por Tom A. Williams.

W. es un partidario decidido y considerable de las opiniones de *Babinski* á propósito de la esencia del histerismo y sostiene de nuevo en esta comunicación, que únicamente han de ser considerados como síntomas histéricos, los producidos por sugestión, con la contraprueba de poder ser eliminados por sugestión-persuasiva.

Las modificaciones de la marcha normal de los reflejos tendinosos, cutáneos ó vaso-motores, no son fenómenos debidos á sugestión, y por lo tanto no son síntomas histéricos. A veces se encuentran en un cuadro clínico en compañía de síntomas histéricos de sugestión, pero entonces se trata de un estado mixto.

Indudablemente que aunque á muchos no parece satisfactoria la definición de síntomas histéricos según *Babinski*, la posición que este clínico y *Williams* toman en el obscuro problema, tiene la ventaja de la sencillez.

Por lo menos, aísla bastante bien un conjunto de reacciones anormales y da una técnica para diferenciarlos de trastornos orgánicos.

Por lo que toca á ensayos de explicación, tales como el que sigue: *Aunque fisiológicamente faltan datos para la explicación del histerismo, se ve claramente que este estado es favorecido por modificaciones bioquímicas que retrasan ó impiden el complejo fenómeno nervioso de la asociación, y hablando psicológicamente, ocurre entonces una suspensión de la síntesis mental, que explica el aumento de sugestibilidad del individuo*, realmente son ensayos con un fin laudable, pero de una estabilidad dudosa. Pero el histerismo, dice el autor, no es ni inhibición de la síntesis mental, ni intoxicación cerebral, y únicamente la definición de *Babinski*, comprende todas sus manifestaciones.

Una interpretación del método psico-analítico en Psicoterapia, W. D. Scott.

Según una opinión ahora bastante en boga, iniciada por *Freud* (1)

(1) Véase el núm. 2 de esta Revista, 16 de Enero 1909, *Gayarre*, «La génesis sexual del histerismo y de las neurosis en general.»

histerismo, psiquiastenia, obsesiones, fobias, etc., tienen un fundamento psicogénico, y son debidos á complejos de ideas especialmente sexuales, que rechazados de la conciencia y obrando en la vida mental subconsciente, condicionan la actitud psíquica de esta clase de enfermos. Según esta escuela, la cura de estos estados se inicia con la vuelta á la conciencia del complejo de ideas que produjo el choque mental, y el tratamiento ulterior consiste en eliminar por persuasión el complejo, causa del trastorno.

Scott se expresa en términos favorables respecto á la eficacia terapéutica del método, empleado ó no en conexión con hipnosis, lo considera como el más hábil empleo de la sugestión, pero no cree que la explicación es correcta, ni tampoco que los casos descritos ni los suyos, dan margen á argumentos en favor de la existencia de ideas subconscientes.

La sensibilidad después de la sección de nervios, por *Sheperd Ivory Franz*.

El examen de un individuo con sección del cubital y del mediano en un brazo, dió resultados correspondientes á los obtenidos por *Head* y *Sherrren*, cuya división de la sensibilidad en las tres formas protopática, epicrítica y profunda, parece justificada. Sin embargo, el autor pretende haber encontrado alguna diferencia con respecto á los resultados obtenidos por *Head* en lo que se refiere á la estimación de la sensibilidad al tacto. Áreas que conservaba la sensibilidad epicrítica examinadas por los métodos de *Head*, mostraron diferencias manifiestas relativas á los valores del umbral de la sensación.

El instrumento empleado por el autor ha sido el estesiómetro de *Bloch*. El área en cuestión rodeaba á la de pérdida de la sensibilidad epicrítica. Los valores más altos correspondían á los puntos de este área cercanos de la línea limitante con el área de pérdida de la sensibilidad epicrítica y los valores del umbral de la sensación iban decreciendo á medida que se hacía uso del instrumento en puntos más lejanos hacia la región completamente normal.

Según el autor, este resultado indicaría que la opinión de los anatómicos de que en su distribución periférica los nervios cutáneos no tienen áreas de límites precisos, sino que las áreas vecinas se superponen en cierta extensión en los límites, es exacta en contra de lo pretendido por *Head*.

Parecen interesantes los resultados que *F.* ha obtenido examinando la sensibilidad de los pelos en ciertas áreas correspondientes á los nervios seccionados. En tales sitios, si se tocaba á los pelos delicadamente, la sensación normal seguía á la excitación, mientras que estos mismos pelos podían ser tirados con unas pinzas y hasta arrancados sin que siguiese

sensación alguna. El autor se inclina á creer que los pelos tienen dos formas de sensibilidad, de las cuales, únicamente una, estaría suprimida en este caso. Recuerda también los datos histológicos encontrados especialmente por *Tello* con el método de *Cajal*. En los pelos táctiles que representan un máximo de complicación nerviosa hay varias clases de terminaciones, pero aun en los pelos comunes que tienen una inervación más sencilla, se distinguen dos formas de terminación.

Muy interesante parece también una nota del cirujano *H. Cushing* acerca de la faradización de las circunvoluciones post-centrales en un enfermo consciente. El enfermo trepanado daba cuenta de sus sensaciones á consecuencia de la excitación de la circunvolución post-rolándica.

Achúcarro.

Terapéutica.

El óleo-brasidato de mercurio y su empleo en terapéutica.—*DUPUY.*—*Société de Thérapeutique de Paris*, 24 de Febrero de 1909. *Bull. de Ther.*, 23 de Marzo de 1909.

El óleo-brasidato de mercurio se presenta bajo un aspecto gelatinoso, amarillo claro transparente, fácilmente absorbible por los tegumentos. Es una sal que constituye por sí sola una pomada débilmente soluble en el agua caliente y mejor en agua jabonosa tibia.

Tiene como ventajas sobre las pomadas de manteca lanolina y vaselina que es más limpia y no da como ellas la sensación de grasa.

Es preciso no calentar demasiado el óleo-brasidato porque se descompondría dejando Hg libre.

El A. ha ensayado este medicamento.

En la sífilis: Después de tanteos considera como término medio la dosis de 18 gramos diarios en fricciones, que suponen seis gramos de mercurio metálico. Será conveniente en general probar la tolerancia de cada paciente, empezando por una dosis menor. Ha podido llegar á dar 30 fricciones. Por término medio bastan 10 á 20 hasta que los accidentes desaparecen.

Nunca se presentaron síntomas de intoxicación, solamente estomatitis en un caso que había estado sometido al aceite gris y tenía una dentadura muy defectuosa.

La fricción se dará lentamente durante diez minutos en los pliegues de los miembros ó cara interna de los muslos. Pasados otros diez minutos casi seguramente se habrá absorbido la dosis necesaria de medicamento y se puede lavar la región con agua y jabón, pero en general será preferible esperar algunas horas. Ha visto pasar el mercurio en la orina después de una fricción de cinco minutos seguida de lavado. También ha ob-

tenido buenos resultados en el tratamiento local de diferentes sífilides, especialmente en sífilides papulosas húmedas difíciles de cicatrizar.

Han sido rápidos los efectos conseguidos en el tratamiento de la *pediculosis* del pubis y de la cabeza (sin cortar el pelo). Bastan dos fricciones, seguidas cada una de un lavado con agua jabonosa para que desaparezcan los parásitos adultos y los huevos.

También se ha empleado, al parecer con éxito, en úlceras y fistulas antiguas.

El A. concluye diciendo que sin dejarse dominar por la novedad ni creyendo pueda sustituir este medicamento á los preparados inyectables, el óleo-brasidato de mercurio está llamado á prestar grandes servicios en los casos en que se empleaba el unguento mercurial sobre el que tiene como ventajas, ser más limpio, menos peligroso y permite administrar mayor cantidad de principio activo. En muchos casos ha observado efectos iguales ó más rápidos que con el aceite gris.

T. Hernando.

El colargol en el tratamiento de las fiebres puerperales.

El tratamiento de la infección puerperal siempre será tema interesante en tanto que las formas generalizadas escapen á nuestros medios curativos y ocasionen tantas víctimas. Estamos bien armados contra las formas localizadas, las dominamos de ordinario de tal modo, que en el último Congreso italiano de Obstetricia, se preconizó por todos los asistentes como el único medio de evitar los desastres que la infección generalizada ocasiona, el tratar con energía y desde el primer momento las formas localizadas, evitando por los diversos medios que tenemos á nuestra disposición, la generalización de la infección. Lo difícil es precisar cuándo una infección puerperal se ha generalizado. El examen de la sangre en unión de los síntomas, puede darnos solamente una seguridad de diagnóstico relativa, pues se ven formas graves sin lesiones locales en las que no se encuentra en la sangre un microbio á quien hacer responsable. Clínicamente cuando nos encontramos con una puerpera que, con fiebre alta y pulso muy frecuente, mal estado general y que á pesar de las curas locales bien practicadas vemos que no ceden los síntomas, aunque en la sangre no encontremos el estreptococcus hemolítico ú otro de los que conocemos como agentes de la infección puerperal, estamos autorizados á considerar que la infección se ha generalizado. Entre los medios de que disponemos para tratar estas formas generalizadas, está el colargol. El colargol que se usa hoy día es el electargol, por ser producto más puro que el colargol ordinario obtenido por vía química.

De las diferentes maneras que se puede usar el colargol, no nos va-

mos á ocupar más que de las inyecciones venosas y de las intra-musculares.

Aunque algún clínico de autoridad como *Chrobak* da la preferencia á las fricciones hechas con el unguento de *Credé*, sólo como excepción podrá usarse la piel como vía de absorción; en dos ocasiones que tuve de usar las fricciones, no me pareció influyeran en la marcha de la enfermedad.

En un trabajo muy interesante publicado en el *Obstetrique* por *Bonnaire* y *Jeannin*, dan estos tocólogos la preferencia á las inyecciones intravenosas, por considerarlas más activas y exentas de peligro.

Usan una solución al 1 por 100, de la que inyectan 10 c. c. cada vez con la jeringa de *Roux* ó la de *Luër*, y una aguja de *Pravaz* de unos cinco centímetros de larga, con un bisel corto, para evitar el riesgo de atravesar las dos paredes de la vena. Se tendrá sumo cuidado en purgar de aire la jeringa y el tubo que la une á la aguja, para no producir una embolia gaseosa.

En las primeras horas que siguen á la inyección, es frecuente observar un violento escalofrío y la subida de la fiebre á 40, 41° y aún más, para descender rápidamente; según deducen los citados autores, se presenta más bien esta violenta reacción en los casos en que el colargol consigue detener la marcha de la infección, que en aquellos otros en que resulta impotente. Aconsejan renovar la inyección en tanto que no amengüen los síntomas; si la fiebre es continua, una inyección cada dos días; si la fiebre es de pihemia, una inyección intravenosa á cada ascensión de la fiebre. Los Sres. *Bonnaire* y *Jeannin* han tratado 49 casos, unas veces á título profiláctico y otras curativo. Dejando aparte las tres observaciones en que lo usaran profilácticamente por no poderse sacar una conclusión de tres observaciones, de las 46 restantes, empleando el colargol á título curativo, hay que descontar tres casos, en que las enfermas dejaron el Hospital sin estar curadas y sin saberse el resultado, aunque su estado era muy grave y hace presumir que alguna fallecería. Quedan 43 casos, de los cuales fallecieron 10, lo que da una proporción de 24 por 100 de defunciones.

Aunque la cifra parece muy elevada, si se compara con la de 10 por 100 que dan las infecciones puerperales en globo, los autores observan con razón que sólo se han usado las inyecciones en los casos de infección general ó con tendencia á generalizarse y de forma grave. Siendo el colargol absolutamente inofensivo, podría emplearse en todos los casos de infección puerperal; pero se comprende que sea inútil recurrir á él en las formas localizadas, y proponen recurrir á él en las siguientes condiciones: 1.º Cuando desde su principio la infección reviste un aspecto grave, hiperhemia grande, pulso en desacuerdo con la temperatura, escalofríos violentos repetidos, etc., y 2.º Cuando una infección al parecer lo-

calizada, tiende á generalizarse. Terminan el citado trabajo con las siguientes conclusiones: 1.º El colargol es un remedio frecuentemente eficaz contra las infecciones puerperales generalizadas ó con tendencia á serlo. 2.º Se podrá recurrir á él en todos los casos en donde la terapéutica local intra-uterina (inyecciones, curaje digital, curetage, escobillonaje, cauterización) resulte impotente á detener la marcha de la infección. Este método puede ser empleado con otros procedimientos actualmente en uso, balneoterapia, abscesos por fijación, etc. 3.º La sola manera verdaderamente activa de emplear el colargol es la inyección intravenosa. Cada inyección se hará de 10 á 15 c. c. de una solución de colargol al 1 por 100. 4.º La acción del colargol terminando rápidamente, se usará con ventaja renovando dos, tres y cuatro veces, á dos días de intervalo por ejemplo, ó más exactamente, cada vez que los síntomas sufran alguna recrudescencia.

En el intervalo de las inyecciones intravenosas, será bueno mantener la enferma bajo la acción del medicamento, recurriendo á las inyecciones intra-musculares repetidas una ó dos veces al día. Coincidiendo con el trabajo que hemos extractado, se publicó en los *Annali di Ostetricia é Ginecologia* en el núm. 4 de 1908, otro sobre el mismo tema por *Caldesi*, asistente en la Clínica de *Mangiagalli*. Aunque el número de casos tratados, 10, es escaso, sin embargo, de las historias bastante detalladas que acompaña, se saca la convicción de que eran formas gravísimas en las que se usó los tratamientos locales clásicos sin resultado, y que la inyección intra-muscular de solución de colargol repetidas han dado buen resultado, pues sólo falleció una enferma con septicemia gravísima. El doctor *Caldesi* usó exclusivamente las inyecciones intra-musculares de 6 c. c. al 1 por 100 todos los días, hasta ceder los síntomas.

No hemos tenido ocasión de usar el colargol en la infección puerperal en forma de inyección ya intravenosa ó intra-muscular; pero visto el escaso resultado que hemos obtenido con el suero antiestreptocócico polivalente, nos proponemos usarlo cuando se nos presente ocasión, ya que los dos trabajos citados animan por sus resultados. Nos parece que la inyección intra-muscular repetida todos los días de 5 á 10 c. c. de la solución al 1 por 100, es preferible á la intravenosa, por su técnica más sencilla, por no producir esos escalofríos violentos, y esa rápida subida de la temperatura á 40, 41º y más, que dicen *Bonnaire* y *Jeauvin*, y porque no expone á embolias, como ha ocurrido con la intravenosa.

Sobre todo en la clientela privada es preferible usar las intra-musculares, que sólo alguna vez producen la molestia de formarse un absceso; las intravenosas no creo que sea fácil hacerlas aceptar, como no se trate de algún caso gravísimo en que sea urgente poder dominar la situación.

Botella.