

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Sumario: Tratamiento del ataque colérico (conclusión), por *Pérez Valdés*.—Neurosis gastro-cardíaca, por *M. Gil Casares*.—NOTAS CLÍNICAS: Titus exantemático, por *J. Madinaveitia*.—Rotura completa de la uretra: retención urinaria (Uretrorrafia), por *Cifuentes*.—Laringuectomía parcial (hemitirectomía) por cáncer, por *Tapia*.—Espasmo clónico del esterno-cleido-mastoideo, en una histérica, por *Fernández Sanz*.—REVISTAS CRÍTICAS: Diagnóstico precoz de la tuberculosis (conclusión), por *F. Sandoval*.—REVISTA DE REVISTAS: Del abandono temprano del lecho de las laparotomizadas.—Tuberculosis del cuello del útero.—Contribución al estudio clínico de la tuberculosis papilar del cuello uterino, por *Viguera*.—Notas sobre operaciones realizadas con anestesia espinal (cocaina ó estovaina), por el método de *Tuffier*, por *Covisa (I.)*.—Experimentos sobre la existencia de una endocarditis por toxinas bacterianas.—Sobre la histogénesis de los tumores renales de *Grawitz*, por *F. Tello*.—Tratamiento operatorio de las leucoplasias linguales extensas, por *Sainz de Aja*.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS.—Sociedad de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de París, por *Botella*.—TERAPÉUTICA: Tratamiento de la corea de *Sydenham*, por *Hernando*.—Anestesia local del oído, por *Tapia*.—NOTICIAS PROFESIONALES (fuera de texto).

Tratamiento del ataque colérico.

Memoria redactada, por encargo del Real Consejo de Sanidad.

AL DOCTOR

PÉREZ VALDÉS

(Conclusión).

INYECCIONES INTRAVENOSAS

No es un tratamiento nuevo. Desde que *HERMANN* le ensayó en Rusia en la epidemia de 1830, se ha venido practicando en diferentes países con éxito tan variable, que nunca llegó á adquirir carta de naturaleza en la terapéutica del cólera.

HAYEM en 1884, publicó sus observaciones del Hospital Saint-Antoine. En este precioso trabajo analiza su objeto, razona su indicación en el periodo álgido del cólera, y asienta las bases que debe seguir el práctico. Si en lo sucesivo se divulga su empleo, á Mr. *HAYEM* se deberán los beneficios que reporte.

Del 24 de Julio al 15 de Octubre, inyectamos diecinueve mujeres y veintisiete hombres. Excepto tres, todos se encontraban en el último estado del periodo álgido; después de muchas horas sin pulso ni en los grandes vasos, con descenso considerable de temperatura rectal, sudor frío y pegajoso, las córneas deslustradas, los más en el estado de estupor

que generalmente precede á la muerte, de tal modo, que el doctor J. DE RAPTCHEIOSKY de San Petersburgo, que á la sazón se ocupaba de estudios micrográficos en nuestro Hospital, nos decía: que inyectando á enfermos tan graves, sólo conseguiríamos desacreditar el sistema.

Así pues, los éxitos obtenidos son indudables, y seguramente la mayor parte de estos enfermos, si no todos, hubiesen muerto con otro tratamiento que no fuese el de las inyecciones.

La poca ó ninguna seriedad con que se llevó la estadística en los primeros días, nos impide hoy hacerla pública, teniendo que limitarnos, á observaciones recogidas en los meses de Agosto y Septiembre.

Número de enfermos inyectados 46.—Mujeres 19: curadas 7, muertas 12, proporción 36 ⁸/₁₀.—Hombres 27: curados 7, muertos 20, proporción 25 ⁹/₁₀.

MUJERES INYECTADAS Y MUERTAS

EDAD — años	Número de enfermos	Número de inyecciones	Tiempo que vivieron.	OBSERVACIONES
De 20	1	1	1 día.	Parió.
» 22	1	1	11 días.	Reacción tifoidea. Convulsiones finales.
» 25	1	2	10 horas.	
» 27	1	2	11 días.	Recayó: tífus y convulsiones.
» 33	1	1	2 »	
» 38	1	1	1 día.	Síntomas de envenenamiento por el opio.
» 40	1	3	4 días.	Eterización rectal.
» 43	1	1	5 horas.	
» 48	1	2	1 día.	Escalofrío intensísimo.
» 58	1	1	7 horas.	
» 64	1	2	1 día.	
» 67	1	2	17 días.	Tífus y parotiditis doble.

MUJERES CURADAS POR LA INYECCIÓN

EDAD — años	Número de enfermos	Número de inyecciones	Tiempo que vivieron.	OBSERVACIONES
De 18	1	1	22 días.	Reacción tifoidea; parto.
» 19	1	3	14 »	Exantema papuloso.
» 25	1	1	9 »	
» 30	1	1	16 »	
» 32	1	2	16 »	
» 42	1	1	20 »	Reacción tifoidea; parotiditis doble no supurada.
» 46	1	2	10 »	

HOMBRES INYECTADOS Y MUERTOS

EDAD — AÑOS	Número de en- fermos.....	Número de in- yecciones....	Tiempo que vivieron después de la inyección.	OBSERVACIONES
De 17	1	1	Horas.	Delirio ligero durante la inyección.
» 19	1	1	»	
» 26	1	1	»	
» 27	1	1	»	
» 28	1	1	»	
» 30	2	1 y 3	Horas y cuatro días respecti- vamente.	
» 31	1	1	4 días.	
» 34	1	1	Horas.	
» 39	1	1	8 días.	
» 45	2	1 y 1	Horas los dos	
» 47	1	1	Horas.	Maquinista del ferrocarril del Mediodía. Hizo viaje de ida y vuelta á Talavera con síntomas del 2.º periodo del cólera.
» 48	1	1	Horas.	
» 51	2	2 y 3	2 días y 4 días respectiva- mente.	
» 61	1	1	Horas.	
» 63	1	2	4 días.	Sacerdote.
» 65	1	1	1 día.	

HOMBRES INYECTADOS Y CURADOS

EDAD — AÑOS	Número de en- fermos.....	Número de in- yecciones....	Tiempo de su permanencia en el Hospital después de la inyección.	OBSERVACIONES
De 19	1	2	16 días.	Epistaxis, parotiditis-abscesos. Reacción tifoidea, parotiditis y epistaxis.
» 22	1	1	14 »	
» 25	1	2	20 »	
» 32	1	1	9 »	
» 40	1	1	15 »	
» 50	1	1	26 »	
» 57	1	3	24 »	

Tenemos pues, que de 46 enfermos inyectados han muerto 31, salvándose 15 ó sea la tercera parte. Si estos resultados se refiriesen á coléricos de todos los periodos, no serian muy halagüenos; pero habiendo sido, excepto tres enfermos en el último estadio del periodo álgido, no se negará la bondad de nuestra estadística, pues con ningún otro tratamiento de los conocidos hasta ahora, se consiguen éxitos tan numerosos, seguros y rápidos.

INDICACIONES.—Las inyecciones intravenosas se dirigen á reponer mecánicamente un elemento, cuya falta en el organismo se manifiesta con el conjunto de síntomas, que caracterizan el periodo algido, cianosis, frío, calambres, pérdida de pulso, anuria, disnea, sequedad de la cornea, arrugamiento de la piel, obtusión intelectual, etc., que preceden á la muerte. Sus indicaciones son precisas, y se desprenden del concepto patogénico de que hacemos depender el estado que con ellas se trata de combatir. Inútilmente se practicarán, cuando todos los órganos se hallan infeccionados por los productos de absorción; los trastornos que en este caso existen no dependen, sino muy relativamente, de la falta de líquidos intraorgánicos. Algo parecido sucede en esa forma insidiosa, en que la enfermedad se desarrolla con relativa lentitud, llegando á la muerte sin presentarse la mayor parte de los síntomas mencionados, y sin que en realidad se presenten tampoco una verdadera indicación de la inyección intravenosa. Aún estando perfectamente indicada, la falta de resistencia de los enfermos limita mucho los éxitos; no es posible que los órganos y los tejidos sufran impunemente la falta casi completa de nutrición, sin grave riesgo en su funcionalismo; de ahí el corto número de ancianos que se salvan.

Cuanto más pronto se produce la algidez, más probabilidades existen de que la inyección sea útil. La sangre pierde de repente en los casos rápidos, una gran cantidad de agua, sobreviniendo la algidez antes de que haya tenido tiempo de reponerla, á expensas del líquido de composición de los tejidos, siendo por consiguiente, mucho menos graves los trastornos sufridos por estos en los casos sobreagudos, que en los que siguen una marcha más lenta pero más á propósito, para deshidratar completamente el organismo.

Resumiendo; las condiciones que á nuestro juicio ofrecen más seguridades de éxito son: por parte del enfermo, juventud, vigor físico y carencia de antecedentes morbosos; por parte de la enfermedad, algidez reciente y producida con rapidez. Si fuese posible limitar el uso de las inyecciones á estas circunstancias, las estadísticas resultarían sorprendentes.

EFFECTOS INMEDIATOS.—El primer efecto que se observa en los casos en que la inyección ha de ser eficaz, es el cambio del semblante, que pierde el aspecto cadavérico, para recobrar animación y vida, desaparece la afonía y el estupor, los enfermos empiezan á moverse, piden de beber, contestan con lucidez á las preguntas y aseguran encontrarse bien.

A los pocos minutos de comenzada la inyección, reaparece el pulso lento y débil, luego se hace excesivamente frecuente, pero sigue débil; al terminar la operación, decrece el número de pulsaciones ganando en amplitud y dureza.

Por el estado del pulso durante la inyección, se puede hacer pronóstico; por excepción se ha salvado alguno que no haya seguido la marcha

que acabamos de indicar. Los enfermos que le han conservado frecuente y débil, han terminado todos por la muerte.

Después de restablecido el pulso, se encuentran los inyectados en un estado de bienestar que dura algunos momentos; después experimentan una sensación de frío que les hace temblar como en el período álgido de la fiebre intermitente.

Hayem considera el escalofrío intenso, de buen pronóstico por implicar buena vitalidad del sistema nervioso. Los enfermos nuestros, que le presentaron muy intenso, y de larga duración, murieron, y con rapidez. En cambio, de tres enfermos en que apenas fué perceptible, se salvaron dos.

DISNEA.—Sólo en un caso hemos visto sobrevenir, á los pocos momentos de practicada la inyección, una disnea considerable sin síntomas locales que la explicasen. Este caso terminó por la muerte á las nueve horas de inyectado.

En los enfermos que padecen afecciones crónicas del aparato circulatorio, la inyección aumenta la disnea, pero de un modo pasajero, y carece al menos aparentemente, de influencia directa en el curso de la enfermedad.

En los demás casos, desaparece la dificultad respiratoria á medida que disminuye la anemia pulmonar que la origina.

CENTROS NERVIOSOS.—De los 46 inyectados á que nos referimos, dos presentaron trastornos intelectuales, que pudieran relacionarse con la inyección. El primero fué un hombre de 54 años, y con antecedentes alcohólicos. Terminada la operación le acometió un violento delirio, y en él murió á las ocho horas. El segundo fué un joven de 22 años, sin antecedente diatéxico; habríamos inyectado un litro, cuando empezó á delirar con movimientos de tal brusquedad, que nos impidieron continuar la operación; diez minutos después recobró la tranquilidad. A las pocas horas falleció sin que pudiéramos poner en claro cómo había ocurrido. Es de advertir que en este enfermo se había iniciado la algidez pocas horas antes de la inyección, y conservaba algo de pulso cuando ésta se hizo, condiciones ambas que estima *Hayem*, de gran ventaja para el éxito. A nosotros nos fueron muy desfavorables en este y otros dos inyectados en condiciones análogas.

La desaparición de los calambres y de la contractura, es otro de los efectos más inmediatos y beneficiosos que se obtienen con las inyecciones intravenosas.

APARATO GASTRO-INTESTINAL.—En muchos de los enfermos tratados por nosotros, habían desaparecido ya los vómitos y las diarreas; en otros, por el contrario, persistían con más ó menos tenacidad. Es frecuente que en el primer caso, reaparezcan las deposiciones, y en el segundo, se aumente ligeramente después de la inyección, para luego disminuir ó desaparecer en los casos de curación.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en nuestra práctica del Hospital del Sur, podemos deducir:

1.º Que las inyecciones intravenosas del líquido cloruro-sulfato-sódicas, en las proporciones de cantidad y composición que las hemos hecho, han sido *siempre* inocentes para el enfermo.

2.º De 46 enfermos inyectados, sólo uno padeció flebitis (ligera), los demás no tuvieron ningún trastorno consecutivo, á pesar de haber practicado en ocasiones dos y tres inyecciones en el mismo vaso.

3.º La tercera parte de los enfermos sometidos á este tratamiento, se han curado, teniendo la evidencia que la mayoría, si no todos, deben la vida al auxilio prestado por la inyección.

4.º Los efectos inmediatos fueron siempre sorprendentemente favorables, no acertando á comprender cómo *Gouguenheim*, tuvo que renunciar á las inyecciones por los efectos terribles que observara.

5.º En todos los casos hemos conseguido prolongar la vida de los enfermos que en los casos funestos, dado el estado de lucidez que recobran con la inyección, se les devuelve la aptitud necesaria para llevar á cabo sus últimas disposiciones.

6.º La convalecencia de los enfermos inyectados, ha sido por regla general, más rápida y menos expuesta á accidentes, que las de los no inyectados.

7.º El tratamiento por las inyecciones intravenosas, debe ser considerado como el más racional de los que se han opuesto al período álgido del cólera.

ETERIZACIÓN.—No he practicado nunca la eterización rectal en el cólera, pero he presenciado la operación en dos de los enfermos sometidos por el doctor *Reyes* á este nuevo tratamiento. En ambos, se presentaron náuseas, vómitos, mucho tenesmo rectal, y algún dolor en el vientre; poco después de terminada la operación desaparecía todo esto, y la enfermedad continuaba su curso, terminando un caso por la muerte y en otro por la curación, sin que aparentemente influyese gran cosa el tratamiento en la marcha consecutiva de la enfermedad.

REACCIÓN TIFOIDEA

Lo más prudente durante éste período es prescindir en absoluto de toda medicación farmacológica. Ninguno de los medicamentos conocidos, puede modificar las condiciones en que el organismo se encuentra. La enfermedad ha ocasionado un número considerable de muertes celulares, cuyos detritus pasan á la sangre y envenenan los tejidos y los órganos.

Existe un verdadero estado de auto-intoxicación. Nuestros esfuerzos deben dirigirse á favorecer la eliminación de estos detritus.

La indicación fundamental en estos casos, es elevar el coeficiente de dilución en la sangre, y los líquidos intersticiales que se encuentran sobresaturados de substancias venenosas. Favoreciendo por este medio las diálisis á través de los emuntorios naturales que, facilitando su función eliminativa, se pongan en aptitud de depurar el organismo de tanta materia nociva.

La ingestión de grandes cantidades de bebida; las inyecciones hipodérmicas en dosis masivas de suero normal. Las inyecciones intravenosas de este mismo suero, parecen llenar esta perentoria necesidad orgánica; pero en la práctica, preciso es confesar que bien rara vez se obtiene con su uso los beneficiosos efectos que á priori, es permitido esperar.

Esto, y sostener las fuerzas por medio del caldo con alguna pequeña cantidad de vino, es todo lo que hicimos en la mayoría de los enfermos y lo que aconsejamos que se haga, teniendo siempre en cuenta, como es natural, las complicaciones posibles y frecuentes durante este período del cólera, como hemorragias, convulsiones, que exigen un tratamiento especial que en nada difiere del acostumbrado en los casos ordinarios.

SEROTERAPIA É INMUNIZACIÓN

Koch, en 1883, descubrió en Egipto su bacillus virgula, agente productor del cólera, que confirma más tarde en la India, llegando á producir con inyecciones intraperitoneales de sus cultivos, un cólera artificial en animales adultos.

A partir de este punto, las investigaciones se encaminaron á conocer las condiciones biológicas del vibrión colérico.

Al principio se creía que el cólera era una toxicosis debida á la toxina segregada por el vibrión. *Pfeiffer* demostró lo contrario, hizo inyecciones de cultivos muertos en el peritoneo de conejillos de Indias, obteniendo los mismos efectos que con cultivos vivos.

Como contraprueba, filtró los cultivos coléricos para abstraer los microbios, no encontrando en este caso el menor trastorno en los animales inyectados.

En cambio, cuando en el cultivo filtrado existia algún microbio muerto, se determinaban síntomas de cólera cuya intensidad estaba en relación con el número de agentes muertos.

Con estos experimentos demostró *Pfeiffer*, que lo que se creía un producto de secreción bacteriana, es decir, una toxina, no lo es, sino que forma parte del protoplasma y que no le abandona hasta que este muere y se disgrega.

En 1885, el español doctor *Ferrán*, concibió la idea de inmunizar

contra el cólera, vacunando con virgulas vivos, y en dosis progresivas, una serie de conejillos, observando que los que no morían á consecuencia de la inyección, adquirían un poder de resistencia que evitaba los efectos de una inoculación mortal del vibrión de *Koch*.

Este derrotero absolutamente nuevo y genial que emprendió *Ferrán*, el de la profilaxia con la vacuna anticolérica, fué continuado en 1892 por el médico inglés *Haffkine*, que preparó dos vacunas, una débil y otra de extremada virulencia, siendo ensayadas en Calcuta, en 1895.

Tanto *Ferrán*, como *Haffkine*, experimentaron en conejillos, y en el hombre después. Los resultados revelan un poder preventivo de la vacuna, que supera en resultados curativos en 1'50 por % á los no vacunados.

Ferrán y *Haffkine*, utilizaron cultivos vivos con exposición de propagar la enfermedad. Comprendiéndolo así, el doctor *Kolle*, se sirvió de gérmenes muertos, obteniendo un grado de inmunidad igual ó superior. Esta inmunidad va en aumento hasta diez ó doce días después de la inoculación, y se conserva luego, en ocasiones hasta un año, en grado más inferior, pero siempre eficaz.

Posteriormente se han hecho vacunas con el protoplasma del vibrión colérico, disuelto en un líquido aterotomio, cuyos efectos en el hombre no son tan conocidos como los de *Kolle* y *Haffkine*.

A estos sueros de carácter preventivo, ha seguido el estudio de varios investigadores, pretendiendo descubrir un suero de propiedades curativas en los casos de cólera constituido.

Ramson, en 1895, declaró haber hallado un veneno soluble en los cultivos viejos del vibrión colérico, obteniendo mediante esta toxina por inmunización de los animales, una antitoxina capaz de neutralizar la dosis mortal del veneno colérico.

Pfeiffer demostró que tales investigaciones habían sido hechas con dosis, que á lo más, eran dos ó tres veces la dosis letal mínima, y que los efectos antitóxicos observados, pueden atribuirse á las propiedades que el suero normal presenta. Este suero de *Ramson* ningún influjo tenía contra las endo-toxinas del vibrio colérico, es decir del verdadero veneno colérico. Y todavía más, en comparación con las conocidas propiedades bactericidas que el suero en el cólera presenta, se mostraba el suero de *Ramson* muy pobre en substancias bacteriolíticas específicas, así como contenía también en muy pequeña cantidad aglutininas.

Más adelante comunicaron *Metchnikoff*, *Roux* y *Taurelli-Salimbeni* (*Toxine et antitoxine cholérique.—Ann. Pasteur, 1896*) haber podido inmunizar á cobayas, conejos, cabras y caballos, mediante un veneno colérico, producto de secreción de los vibriones, y diferente del veneno unido á la célula bacteriana, de tal modo, que la sangre de estos animales así inmunizados, tenía propiedades antitóxicas. Este suero antitóxico, no sólo pre-

servaba de la acción de la toxina, sino además desplegaba acción curativa en la infección intraperitoneal con cultivos muy virulentos.

Investigaciones posteriores no han confirmado lo anteriormente dicho por *Metchnikoff*, *Roux* y *Taurelli-Salimbeni*.

En Febrero del presente año 1908, se ocupó nuevamente *Salimbeni* de la toxina y antitoxina colérica.

Admite como *Ramson* la existencia de una toxina colérica y de un suero antitóxico. Asegura haber obtenido este último por inmunización en el caballo, lo cual indicaría algo acerca de la naturaleza del verdadero veneno colérico.

Estos últimos estudios de *Salimbeni* son bastante indecisos y nada concluye que se pueda considerar como decisivo.

El doctor *R. Krauss* publicó en 1907 sus investigaciones sobre esta materia. De ellas se desprende que muchos vibriones, y entre ellos el del cólera, tienen la propiedad de producir venenos, los cuales, por su facultad de engendrar *antígenos* deben caracterizarse como toxinas bactericinas. Las antitoxinas obtenidas con estas toxinas, neutralizan *in vitro* la toxina de los vibriones, y obran como agentes curativos en el organismo.

La obtenida con el vibrión *El Tor*, obra no sólo sobre el veneno homólogo, sino además sobre los venenos de los diversos vibriones tóxicos incluso el del cólera. Después, añade, parece que las antitoxinas coléricas son más fáciles de preparar con la toxina *El Tor*, que con la toxina *Sai-gón*, y que con ellas pueden obtenerse mejores resultados curativos que las demás antitoxinas coléricas.

Krauss envió al doctor *Pfeiffer* para su comprobación dos muestras de estas toxinas designadas con los nombres de *Kalif* y *El Tor*.

Los profesores *Pfeiffer* y *Friedberger*, en el número del *Central Blatt*, correspondiente al 15 de Junio del presente año, dicen á propósito de los sueros anticólicos y especialmente el de *Krauss*, que es el que actualmente se utiliza en Rusia y el que en general goza de mayor prestigio.

«Convenimos con *Krauss* y *Roux*, que los vibriones *El Tor* producen una toxina que puede ser neutralizada por el suero antitóxico que preparan.

»Pero es preciso hacer constar que al propio tiempo existe en el cuerpo de las bacterias *El Tor*, una endotoxina contra la cual no se ha podido evidenciar una substancia neutralizante, una antitoxina en el suero *Krauss*.

»Hemos demostrado que la antitoxina *El Tor*, no es, como *Krauss* y *Roux* admiten, una antitoxina universal. Es completamente ineficaz contra las endotoxinas del *vibrión colérico*, y hasta contra las substancias tóxicas que en la infección experimental, se engendran en el cuerpo de las cobayas.

Ya *Koch* supuso que el origen de los síntomas coléricos en el hombre

era debido á la existencia de un veneno. Pero no podemos admitir el punto de vista de *Krauss* y *Roux*, de que el cólera es puramente una toxicosis. Desde nuestro punto de vista, concebimos la posibilidad de una inmunización del hombre contra el modo natural de infección del cólera, mediante las inyecciones de cultivos muertos de vibriones coléricos, á pesar de que en esto aparecen indudablemente sólo fuerzas protectoras bacteriocidas, no antitóxicas. El cólera es substancialmente un *proceso infeccioso*, que se desarrolla en las capas superficiales del canal intestinal, en donde aparece la intoxicación solamente como algo secundario.

La demostración de que existen verdaderas antitoxinas contra el veneno colérico, no ha podido ser hecha hasta ahora ni aún por las investigaciones de *Krauss*.

De los experimentos hechos resulta: que el suero *Kalif de Krauss* no se comporta como neutralizante de las endotoxinas de los vibriones coléricos.

El juicio emitido por *Pfeiffer* acerca de los sueros no puede ser más severo ni más categórico, debiendo tener en cuenta que *Pfeiffer* es hoy la autoridad más acatada y respetable de cuantos en esta materia se ocupan.

Desgraciadamente esta opinión tan terminante, la comprueba los escasos resultados obtenidos en el suero *Krauss* por los médicos rusos.

En la conferencia anticolérica reunida este verano, se acordó declarar por mayoría, que ninguno de los sueros llamados anticoléricos ofrecían garantía suficiente para considerarlos como un tratamiento específico del cólera.

Así, pues, será preciso esperar que los estudios é investigaciones que incesantemente se hacen sobre esta materia, consigan por último, que la ciencia triunfe, y que la terapéutica futura cuente en su arsenal curativo, con un arma contra el ataque colérico tan eficaz y seguro, como es el suero *Behring* para la difteria.

Sobre la neurosis gastro-cardíaca.

POR EL DOCTOR

MIGUEL GIL Y CASARES

Catedrático de Clínica Médica en la Universidad de Santiago de Galicia.

Con independencia de las neurosis cardio-vasculares puras y de los trastornos cardíacos reflejos, iniciados en las vísceras del abdomen ó en el aparato genital, todo clínico medianamente observador puede comprobar sin esfuerzo, que existe un gran número de cuadros de origen neurasténico ó histérico en que los desórdenes gastro-cardíacos destacan con tanto relieve que, al menos en apariencia, constituyen los síntomas más penosos, constantes y característicos de la enfermedad. Pudiera creerse á primera vista que se trata de síntomas bien conocidos de ciertas enfermedades del estómago ó del sistema vascular; mas á poco que nuestra observación sea atenta y continuada, no tardaremos en convencernos de que los fenómenos gástricos, los cardíacos y algunos otros de que luego me ocuparé, son manifestaciones coordinadas de un desorden funcional, limitado probablemente al territorio de los nervios neumogástricos. En mi concepto la neurosis no ha sido descrita por ahora como unidad morbosa especial. Creo, pues, que vale la pena de llamar la atención sobre el asunto; pero, aunque yo abrigo la convicción de que estoy en terreno firme, pues me apoyo en gran número de observaciones personales, no doy á este breve trabajo otro valor que el de una comunicación provisional.

La neurosis gastro-cardíaca se presenta ordinariamente en personas jóvenes, de veinte á treinta y cinco años, y con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Es común descubrir antecedentes neuropáticos hereditarios, y de todas suertes, las víctimas de la enfermedad suelen ser personas «nerviosas», que no sólo pertenecen á las clases medias y elevadas, sino también al proletariado.

Como circunstancias ocasionales figuran en primera línea el abuso de los placeres venéreos, la masturbación, la espermatorreya, los excesos deportivos, las preocupaciones y disgustos y el terror intenso. A veces no se descubre causa provocadora especial. Estos casos son los menos.

Por más que el trastorno puede iniciarse en forma brusca según ya diremos, es lo más común que se instale insidiosamente con síntomas dispépticos, adelgazamiento y anemia. Los enfermos no siempre pierden el apetito; pero las digestiones, molestas y perezosas, se acompañan de sensación de peso y de cuerpo extraño en el estómago, de eructos ino-

doros y aún de regurgitaciones y pirosis. A la vez, hay casi siempre estreñimiento pertinaz.—Estos síntomas parecen corresponder simplemente á los de atonía gástrica; mas su carácter neurótico queda á mi entender bien de manifiesto advirtiéndose que, á pesar de su constancia y de su rebeldía al tratamiento dietético-farmacológico, pueden cesar, transitoriamente al menos, por efecto de una influencia puramente emocional, como la distracción, los viajes, etc.; en cambio, la dispepsia se agrava bajo la acción de las causas deprimentes del ánimo.

Aparte de esto, *son entonces constantes* otros dos síntomas: la *fosfaturia* y el *estado espasmódico de la musculatura faringo-esofágica*.

La *fosfaturia* (aparente, según toda probabilidad) se presenta sólo en las orinas de la tarde, coincidiendo con el apogeo de la digestión gástrica de la comida del medio día y con el auge de las molestias digestivas. Es tanto más pronunciada cuanto más intensos son los síntomas dis pépticos y á la inversa; el día que el enfermo digiere bien, los fosfatos no se precipitan espontáneamente, aunque la precipitación es casi siempre posible, incluso en las orinas de la mañana, calentando ligeramente la orina en tubo de ensayo.—Tanta puede ser la precipitación de los fosfatos que la orina tenga aspecto lechoso en el momento de la micción; las salpicaduras dejan manchas blancas en las ropas ó en el suelo. En estos casos, muchos enfermos creen sufrir espermatorrea. Otros pacientes experimentan dolor urente muy vivo en la extremidad uretral á los pocos instantes de emitir las últimas gotas de orina, que siempre son las más turbias por sedimentación de los fosfatos en la vejiga.—La fosfaturia casi nunca se presenta en las orinas emitidas antes del medio día y nunca en la de la noche (las de la mañana temprano); por el contrario, es frecuente que estas orinas más ácidas redisuelvan los posos fosfáticos sedimentados en el vaso durante la noche. Réstame decir, que las orinas fosfáticas son de reacción neutra ó alcalina, y que, en ocasiones, dejándolas algún tiempo en el recipiente, aparecen cubiertas de una película irisada de indican.

Tanto la fosfaturia como la indicanuria, son síntomas de dispepsia y carecen de importancia propia.

El *faringismo* constituye un fenómeno muy característico. Durante las horas penosas de la digestión gástrica, experimentan los enfermos un sentimiento de constricción en el cuello al nivel de las ramas del hueso hioides; esta sensación, comparable á la que produciría la compresión ejercida con dos dedos por encima de la laringe, angustia y deprime á los enfermos. El espasmo debe extenderse á veces á la musculatura laríngea, pues la palabra es débil y trabajosa cuando el síntoma se exacerba. La expulsión reiterada de eructos lo mitiga ó suprime.

Es más raro, pero no menos curioso, el fenómeno de *esofagismo*. Los enfermos manifiestan que los eructos se detienen á lo largo del esófago en cualquier punto del mismo; notan cómo, poco á poco, van ascendiendo

las porciones de aire aprisionadas y cambiando de sitio las molestias hasta que, por último, llegan los gases á la faringe y son expulsados después que los enfermos han hecho todo género de esfuerzos, adoptando en ocasiones actitudes insólitas para favorecer la eructación.

Es singular la influencia poderosa de que corresponde á la acumulación gaseosa en el estómago sobre la producción de las molestias cardiovasculars de que ahora hablaremos. Los eructos reiterados alivian ó ponen término rápido á los fenómenos en apariencia más alarmantes. Cabe, pues, pensar en la acción mecánica comprimente del estómago dilatado sobre el diafragma y la aorta abdominal, ó en que la distensión de los filetes del neumogástrico dé lugar á un fenómeno reflejo.

El primero de los fenómenos cardíacos que suele iniciar la escena es el sentimiento de opresión torácica. Suele presentarse por las tardes y causa al enfermo la impresión de falta de aire ó de insuficiencia respiratoria. El síntoma se agrava por influencia emocional, y particularmente en lugares cerrados y muy concurridos; en tales condiciones, puede presentarse ligera angustia y algo de vértigo. Algunos enfermos suponen que la opresión torácica depende de enfermedad pulmonar, y creyéndose tuberculosos, acuden al médico para que les examine el aparato respiratorio.

No tardan en aparecer otras manifestaciones más inequívocas y alarmantes por parte del sistema cardio-vascular. Una de ellas, muy curiosa por cierto, consiste en lo que yo denomino *palpitaciones epigástricas*: sin que el enfermo ponga á prueba el aparato circulatorio, hallándose en reposo, quizás sentado, echado ó en pie, ó ejecutando al menos un ejercicio que no le produce molestia alguna, siente de pronto algo así como unos golpes ó sacudidas en la región epigástrica; la primera vez que los aprecia le alarman extraordinariamente, pues el síntoma produce angustia momentánea; pero luego que se acostumbra á ellos no les concede importancia, porque estas sacudidas, palpitaciones ó latidos son pocos en número (uno á seis) y ceden con las eructaciones ó con un simple cambio de la actitud corporal.

No está claro, á mi entender, este síntoma: ni por su localización, ni por sus caracteres puede identificarse con las verdaderas palpitaciones cardíacas; quizás se trate de extrasístoles en el ventrículo derecho sin influencia sobre el pulso; pero es más probable que el fenómeno consista en latidos violentos de la aorta abdominal ó en contracciones momentáneas del estómago. El síntoma requiere ulterior estudio y explicación.

Las verdaderas palpitaciones cardíacas tampoco son raras; pueden presentarse durante el ejercicio activo, coincidir con el apogeo de la digestión gástrica y aparecer por las noches, cuando el enfermo trata de conciliar el sueño. La función circulatoria se percibe entonces penosamente en todo el cuerpo.

Pero al tratar de dormir se presentan otros sufrimientos cardiacos de mayor entidad. Uno de ellos, que también puede aparecer en otros momentos, lo constituyen las palpitaciones cardiacas momentáneas y tumultuosas; son *extrasístoles*, que producen la impresión de un desorden violento y súbito del trabajo cardiaco. El pulso las acusa con intermitencias é intercidencias, y los pacientes las interpretan como paralizaciones repentinas del trabajo del órgano circulatorio.—Otro síntoma común en el estado intermedio á la vigilia y el sueño es una palpitación cardiaca especial, una *trepidación* que cesa cuando el enfermo se despierta totalmente. Por fin, al tratar de dormir son muy comunes la *bradicardia*, la *irregularidad completa del pulso*, los *saltos en la cama* y los ataques abortivos de *angustia cardiaca* y de *estenocardias* que, no obstante, pueden también presentarse en otros momentos.

La sintomatología de estos ataques es bien conocida y casi resulta innecesario que yo me detenga en hablar de ella. En su determinación influyen poderosamente ciertas condiciones de acción escasa ó nula sobre los ataques de angina pectoris coronaria: basta el recuerdo de ataques anteriores, la exacerbación de la dispepsia gástrica, la permanencia en locales cerrados, una contrariedad cualquiera ó cosas por el estilo, para provocarlos. En cambio no los provoca el ejercicio físico, y al contrario, puede ponerles término rápido si el enfermo domina suficientemente su emoción.—También debe advertirse que, en muchos casos, los accesos de angustia se inician en la región gástrica, donde el enfermo siente una frialdad y un malestar indecibles, algo así como un aura: al propio tiempo hay tendencia á las náuseas. La angustia subjetiva no siempre corresponde al estado objetivo de los pacientes, y en particular al del corazón y del pulso. Si hay dolor cardiaco suele ser escaso, y, de todas suertes, la angustia, el dolor ó ambos síntomas son muy transitorios. Las crisis se acompañan de eructos, de bostezos y de lágrimas, de evacuación ventral en muchos casos, y de emisión de orinas espásticas en casi todos. Cabe preguntarse si estos fenómenos son consecuencias puras de los ataques ó del terror y de la ansiedad que producen. Los ataques de angustia y de dolor que yo he presenciado fueron breves y terminaron favorablemente; pero quizás puedan causar la muerte en casos raros, pues también se puede morir de *cosas puramente «nerviosas»*.

En algunas circunstancias los ataques cardiacos revisten otro aspecto: el *pulso es lento y débil*; el número de pulsaciones puede descender á 40, 30, 20 por minuto. Los enfermos tienen tendencia al síncope y creen morir; pero estos fenómenos alarmantes ceden con bastante facilidad y el éxito es siempre favorable.

La *bradicardia* puede sobrevenir en vez de la taquicardia *durante el ejercicio violento*, y el fenómeno no depende en manera alguna de arteriosclerosis, pues la curación puede ser completa y duradera.

Estos síntomas á que acabo de referirme, son más cardíacos que gástricos; he aquí un *síntoma gastro-cardíaco puro*: muchos enfermos se despiertan por las mañanas con una sensación angustiosa especial en el estómago; la sensación es intermedia á las de hambre, dolor y ardor. La visera gástrica ejecuta contracciones expulsivas ruidosas (*tormina ventriculi*), dirigidas en su mayoría de izquierda á derecha. En tales condiciones, el pulso es lento y arritmico, pudiendo también presentar un tipo bigeminado ó trígeminado. Estos síntomas cesan tan pronto como el enfermo ingiere alimentos.

Después de sufrir ataques gastro-cardíacos, experimentan los pacientes ciertos dolores reumatoideos ó neurálgicos que también pueden acompañar ó suceder á las molestias gástricas exclusivamente. Los dolores reumatoideos se extienden difusamente por el costado, el hombro y el brazo izquierdos; ciertas actitudes y esfuerzos los exacerban y otras los calman. Los dolorcillos neuralgiformes se fijan principalmente en los dedos de la mano izquierda, en la parte superior del brazo, en la ántero-superior del muslo ó en la interna de la pierna del mismo lado, en el dorso, etc.

De los síntomas antes expuestos se deduce con toda evidencia la estrecha correlación que las molestias cardíacas guardan con las gástricas. Los enfermos auto-observadores (y lo son casi todos los de esta especie) averiguan muy pronto que hay ciertos alimentos muy determinados y no siempre indigestos, que les provocan seguramente molestias en el aparato circulatorio y especialmente palpitations epigástricas. Pudiera, pues, admitirse que esta neurosis que estudiamos es simplemente una neurosis refleja á partir del estómago. Pero también cabe explicar los hechos de otra manera. En primer lugar, hay ocasiones en que las molestias cardíacas inician la escena, v. gr., los ataques angustiosos, y *consecutivamente* se presentan las molestias dispépticas que no existían hasta aquel momento. Y además, hay casos de iniciación aguda ó de exacerbaciones agudas de la forma latente, en que los síntomas gástricos y cardíacos son simultáneos entre sí y con otros síntomas de depresión nerviosa tan considerable, como sólo se observan en determinadas psicosis de principio más ó menos brusco.

Expondré brevemente la sintomatología de estas *formas agudas*. Sea á consecuencia de una de las causas provocadoras ya enumeradas, ó sin causa ostensible, se presenta un cuadro alarmante especial. En pocas horas decaen los enfermos como si su mal contase semanas de fecha. Su aspecto es lamentable: el semblante angustiado, contraído, densamente pálido ó terroso; las conjuntivas inyectadas; los ojos rodeados de un círculo violáceo. La piel está fría; el pulso es pequeño y frecuente ó lento é irregular. El enfermo sufre vértigos, constricción faríngea, opresión torácica, palpitations cardíacas y epigástricas, molestias sin cuento, en una

palabra. Hay sed; la lengua está seca y saburral; el apetito puede abolirse ó exagerarse; pero al tratar de satisfacerlo, se presenta en ocasiones un estado especial intermedio al vértigo gástrico y á la angustia cardíaca. Otras veces el enfermo se alivia momentáneamente después de comer. Más común es, no obstante, que la ingestión de alimentos, aún en pequeña cantidad, despierten las molestias gástricas y cardíacas á que tantas veces nos hemos referido, y en particular los *tormina ventriculi* y las palpitaciones epigástricas.—El estreñimiento suele exagerarse. Alternan las orinas fosfáticas con las espásticas.—Los padecimientos nocturnos son mayores todavía; pero desde que el paciente concilia el sueño, duerme tranquilamente, sin verse atormentado por las pesadillas y sufrimientos tan comunes en los verdaderos enfermos del corazón.

Estas formas agudas suelen durar breves días. A continuación es lo general que persista el estado crónico antes descrito.

En los más de los casos, el examen de los enfermos descubre la llamada *astenia congénita universal*: el cuerpo es grácil, el panículo adiposo escaso, la musculatura deficiente. Los diámetros inferiores del pecho suelen ser exiguos; las décimas costillas son flotantes (signo de *Stiller*).

Dos órganos merecen sobre todo nuestra atención: el corazón y el estómago.

En el *corazón* el choque de la punta se percibe en su lugar normal cuando el enfermo se halla en pié ó en decúbito supino exacto; en ocasiones es algo amplio y difuso; pero falta el carácter impulsivo que acompaña á las hipertrofias miocárdiales. Existe á menudo pulsación epigástrica ondulatoria y limitada á la parte alta del reborde costal izquierdo; la röntgenoscopia demuestra que el fenómeno no depende de dilatación cardíaca, sino de la posición declive que ocupa el diafragma.—Las arterias periféricas no ofrecen señales de arteriosclerosis; la röntgenoscopia tampoco descubre este proceso en el cayado aórtico, parte en la cual, según reiteradas observaciones propias, se presenta muy precozmente bajo la influencia de la edad ó de otros factores bien conocidos que producen la esclerosis de las arterias.

El área de matidez cardíaca es normal. Los tonos cardíacos suelen ser puros; pero á veces se exagera la intensidad del primero en la punta, ó se perciben tonos metálicos ó un soplo mitral suave y no acompañado de refuerzo (acentuación) del tono diastólico pulmonar. El tono diastólico de la aorta puede reforzarse transitoriamente durante el examen si el paciente se emociona.

Resulta, pues, que el examen objetivo del corazón no suele demostrar lesión orgánica, y este aserto se corrobora atendiendo á la excelente capacidad funcional del corazón fuera de los momentos en que sufre trastornos. No sólo no se presentan edemas, disnea de esfuerzo y otros síntomas de insuficiencia cardíaca, sino que los enfermos disfrutan ordinaria-

mente de energías físicas inconcebibles para quien les observe durante los ataques: andan leguas y leguas, suben rápidamente pronunciadas pendientes, montan en bicicleta, etc., sin molestia alguna. Sus ataques no se asocian poco ni mucho con el ejercicio físico, que antes es capaz de prevenirlos que de provocarlos.

Un fenómeno que he encontrado repetidas veces en estos casos es el de la llamada *movilidad pasiva del corazón*, (*corazón flotante*). Mientras que el latido de punta y aun el epigástrico son bien perceptibles cuando el enfermo está de pié, desaparecen ó poco menos en decúbito supino; mas el choque de la punta reaparece, se amplía y se refuerza considerablemente á medida que el paciente gira horizontalmente sobre su eje en el lecho. Acostado en decúbito lateral izquierdo, puede latir la punta en las líneas axilares anterior ó media; entonces, si el paciente se incorpora sobre el brazo izquierdo, retrocederá el choque más ó menos —siempre bastante— hacia la línea mamilar. Pudiera creerse que este último fenómeno es sólo aparente por interponerse el pulmón izquierdo, al llenarse de aire, entre el corazón y la pared torácica: pero la percusión cuidadosa demuestra que no es que el corazón se recubra por el pulmón, sino que éste, al dilatarse más, lo disloca. Echado el paciente sobre el vientre, es normal el choque de la punta por lo que atañe á su localización, extensión é intensidad. En decúbito lateral derecho, no se percibirá el latido; entonces también desaparecerá ó disminuirá grandemente la matidez cardíaca á la izquierda del esternón; aumentará la subesternal ó se presentará matidez á la derecha de este hueso.

Por lo que al *estómago* atañe, mis observaciones se refieren solamente á los datos subjetivos del enfermo y á los que descubre el examen externo. No me he decidido á introducir en estos casos la sonda gástrica, primero, porque las molestias cardíacas de los enfermos y su estado moral la contraindican seriamente, y segundo, porque no la he considerado necesaria.—En el estómago no hay sensibilidad dolorosa á la presión; la viscera siempre está en descenso, ligeramente dilatada y atónica; el chaptoteo gástrico es fenómeno muy común.—En consideración á estos datos y á los antes expuestos, puede aceptarse que la gastropatía, la neurosis gástrica, se manifiesta con fenómenos mancomunados de atonía y gastro-sucorrea hiperclorhídrica.

Los desórdenes antes expuestos son seguramente de índole neurasténica; pero esta neurastenia difiere grandemente del cuadro bien conocido por todos los médicos. Parece limitarse exclusivamente, como ya hemos dicho, al territorio de distribución de los neumogástricos. Tampoco se trata de una gastropatía con reflejos cardíacos, pues las molestias del es-

tómago pueden ser tan inestables como las del corazón. Quizás á la larga el estómago se resienta definitivamente por fenómenos de catarro y dilatación de segundo grado, como también es posible que el estado crónico de eretismo cardíaco favorezca la aparición de arteriosclerosis precoz, que bien pudiera fijarse en los vasos coronarios.

Peró lo único que puedo asegurar juzgando por los muchos casos que he observado, es que el *curso* del padecimiento suele ser favorable. Las formas agudas cesan pronto; las subagudas y crónicas persisten tanto tiempo como perseveran las causas provocadoras. Es admirable la rapidez suma con que pueden curar ó desaparecer por largo tiempo las molestias, el cambio de localidad y de ocupación; el convencimiento de que sólo existe un estado neurótico, no una enfermedad orgánica, el ejercicio físico, los viajes, etc., son factores que, conjuntamente ó aisladamente, pueden vencer en pocas semanas, en pocos días, hasta en pocas horas, una dolencia que en otras ocasiones es tenaz. Todo cede: la dispepsia, los desórdenes cardíacos, las fobias; sólo el estreñimiento y la fosfaturia son más rebeldes, aunque también pueden cesar.

Peró hay algo que no se cura: el fondo constitucional, neurótico, el estigma de degeneración que los pacientes conservan impreso toda la vida. Procurar refrenarlo, conservarlo latente, es la tarea del médico y del enfermo mismo.

Hablemos ahora del *tratamiento*. En sus puntos cardinales ya está apuntado: higiene, distracción, continencia genésica; descanso en unos casos; trabajo grato y no molesto en otros; procurar que los pacientes cambien radicalmente de vida, de medio y aun de relaciones; infundirles alientos, confianza en sus propias energías y en el porvenir: esto es todo.

Claro está, además, que hemos de prescribirles una alimentación suave y acomodada al estado de sus fuerzas digestivas: alimentación mixta, sin excluir las substancias feculentas, sin aumentar con exceso la ración de alimentos nitrogenados y en particular de las carnes duras y sangrantes, que estimulan más de lo conveniente la secreción clorhídrica. Prohíbanse las salsas, las especias, los pasteles indigestos, las hortalizas *blancas* (coliflor, repollo), la caza, los vinos aromáticos y los licores. Dése preferencia al régimen lácteo-vegetariano, con huevos, pescados blancos, aves de corral, compotas, etc.

Después de las comidas, que no deben ser muy copiosas, el enfermo reposará un rato sin dormir, absteniéndose severamente de todo trabajo mental en las horas de la digestión.

El *tratamiento farmacológico* ocupa lugar secundario; pero tiene su importancia. Contra las molestias digestivas, prescribiremos el empleo de

medicamentos alcalinos después de las comidas, asociándolos con la belladona, que es de excelentes resultados en estos casos:

Rp.

Citrato de sosa.	} aa 0,5 gramos.
Carbonato de cal.	
Extracto de belladona.	0,01

M.^e en un paquete iguales X.

Tómense 2 ó 3 por día.

Para mejorar el estado general apelaremos al arsénico y en particular al cacodilato de sosa en inyecciones subcutáneas, dosificadas á 5 ó 10 centigramos del medicamento y propinadas en días alternos. Sus resultados acostumbran á ser muy satisfactorios.

En los casos agudos podrá á veces convenir la administración de un purgante salino. Recomendaremos, además, el reposo y la dieta, y prescribiremos opio en cualquier forma (unas cuantas gotas de láudano, una inyección de morfina, etc.). El opio es también el mejor antídoto para los ataques nocturnos de angustia cardíaca; por otra parte, es bien sabido que no deprime las energías del corazón; hasta puede aumentarlas. Claro está, además, que en los períodos alarmantes del proceso, convendrá el reposo completo, la aplicación de sinapismos, de fricciones estimulantes, de una compresa fría sobre la zona precordial, y la ingestión de un sorbo de una bebida alcohólica fuerte ó de unas cuantas gotas de éter. No suele haber necesidad de recurrir al alcanfor y á la cafeína por vía subcutánea.

Los dolores reumatoideos y neurálgicos se mitigan muy bien con el empleo de pequeñas dosis de aspirina (0,25 gramos tres veces por día).

Aunque el estreñimiento es un fenómeno coordinado con los demás, debe combatirse, pues, en otro caso, podría agravar el estado depresivo, hipocondríaco, de muchos de estos pacientes. Aparte de las prescripciones dietéticas propias de estos casos, y en particular del consumo de miel con el desayuno y la cena, se contrarrestará con el uso habitual de enemas de aceite en emulsión. Dan excelente resultado los pequeños enemas de aceite puro, aplicados al acostarse: durante la noche, el aceite reblandece los materiales, se enrancia y los gases que se forman estimulan las contracciones peristálticas del intestino. El enfermo debe resguardarse convenientemente con algodones para no ensuciar las ropas de la cama.

La electroterapia da escasos resultados contra la neurastenia gastrocardíaca. Respecto á la hidroterapia, suelen convenir las aplicaciones frías parciales sobre el pecho, los brazos, el epigastrio, etc. En cambio, las duchas frías pueden agravar las molestias. Es seguida de buenos efectos la balneación en agua tibia del mar, en aguas salinas ó en aguas termales indiferentes.

Nos guardaremos de aconsejar á estos enfermos los tratamientos hidrominerales al interior; las aguas alcalino-acidulas tomadas en dosis excesivas (como es muy común), antes agravan que mejoran el estado diséptico.

Notas clínicas.

El tifus exantemático, por J. Madinaveitia.

Vamos á señalar los rasgos más importantes de la epidemia de tifus que padecemos hoy, ya que muchos de nuestros lectores tendrán la suerte de no haber visto ningún caso.

Lo mismo la epidemia actual, que las que se padecieron hace cinco ó seis años, se deben á la negligencia de las autoridades, que recogen á los mendigos y á los infelices que no tienen trabajo en locales inmundos, á los que se da el pomposo nombre de asilos. Desde estos centros se desarrolla la enfermedad, porque hacen dormir á los sanos junto al que padece el tifus exantemático, para que á la mañana siguiente vayan á llevar los gérmenes á todas partes.

Hay quien llama caridad á prender en la vía pública al que no tiene trabajo y está hambriento, para llevarlo á uno de esos centros en que se le hace contraer esta grave enfermedad, que la ha de pasar, á veces, entre ratas, como sucede en el asilo Tovar.

El tifus exantemático es muy contagioso y este es el primer carácter que le diferencia del abdominal. Se desarrolla de preferencia entre la gente pobre, pero en Madrid hubo bastantes casos de gente acomodada en la epidemia anterior. Asistí yo la sala de tíficos en la epidemia anterior y murieron dos compañeros que estudiaban conmigo los casos. Uno de ellos, se pinchó en un dedo cuando hacíamos una autopsia. En la epidemia actual ha contraído la enfermedad otro de los compañeros que van conmigo, á pesar de que ahora sólo están de paso en mi sala, los de tifus exantemático.

En el tifus exantemático no existen en el intestino las ulceraciones que hay en el tifus abdominal ó fiebre tifoidea.

Los síntomas más constantes de esta enfermedad en todos los casos que hemos visto, han sido los siguientes.

1.º *Dolor de cabeza.*—Casi siempre muy intenso en los primeros días y en el período prodrómico, que en general es breve. Es bastante frecuente el dolor en la nuca.

2.º *Fiebre de 39 á 41º.*—En la mayoría de los casos con subida brusca y muchos escalofríos. Es de tipo continuo, con una oscilación que no pasa de un grado.

3.º *Conjuntivitis.*—Todos tienen los ojos rojos, como en el sarampión.

4.º *Roseolas y petequias.*—Este es uno de los síntomas diferenciales

más importantes. La roseola de la tifoidea aparece del séptimo al noveno día. En el exantemático, del segundo al quinto. En la tifoidea es casi siempre discreta y limitada á la parte alta del vientre y baja del tórax. En el exantemático se extiende á los brazos y á los muslos, y es muy abundante.

En la tifoidea hay verdadera roseola. En el exantemático se mezcla la roseola con las verdaderas petequias. Algunas de estas son muy pequeñas y se parecen mucho á las extravasaciones sanguíneas que suele haber en el centro de las picaduras de pulga. Algunas roseolas se transforman en petequias, y dejan de borrarse cuando se pasa el dedo sobre ellas. A los seis ó siete días, es muy característica la cantidad grande de manchas, la variedad de tipo de las mismas y la distribución.

Los ojos rojos, la aparición pronta de la erupción y el aspecto y distribución de la misma, aseguran el diagnóstico.

5.º *La duración y terminación.*—La mayor parte de los casos tienen una duración de dos semanas y casi todos terminan por crisis, como la pneumonia. Teniendo en cuenta lo rarísima que es esa terminación en la tifoidea, sirve como dato diferencial en los casos dudosos.

Como síntomas menos importantes se pueden señalar, en muchos casos, la falta de aumento de volumen del bazo y el aspecto del enfermo, que en bastantes casos de exantemático es, desde los primeros días, igual al que suelen tener los tifoideos en la segunda ó tercera semana. Ya sabemos que en el tifus abdominal es muy raro el que no haya aumento de volumen del bazo. En el exantemático falta muchas veces.

Las complicaciones más frecuentes son en ambos tifus la pneumonia y la nefritis. En el exantemático se presentan más pronto. En este último faltan las hemorragias intestinales y la perforación.]

La mortalidad es mayor en el exantemático, pero disminuye mucho, así como los riesgos de contagio, si se tiene á los enfermos en habitaciones amplias, con los balcones abiertos, y bien bañados de sol.

Cuando hay una epidemia como la actual, se deben construir barracones con maderas no machimbradas (para que circule bien el aire) y grandes aberturas ó ventanas al mediodía, que se tendrán siempre abiertas, sin miedo á las pulmonías, que mejoran en esta forma, siempre que se ponga un par de mantas á cada enfermo. Un par de estufas colocadas en el barracón ayudan á renovar el aire. En cuanto termine la epidemia se debe quemar el barracón.

Los baños tienen muy poca utilidad en el tifus exantemático.

No hay ninguna medicación especial contra esta enfermedad; pero la limpieza, la aireación y el sol, tienen más importancia que todos los medicamentos. Es menor la mortalidad en la sala de un Hospital bien acondicionada, que en las casas de esas calles estrechas, á las cuales no llega el sol.

Rotura completa de la uretra; retención urinaria.—Uretrorragia, por el doctor *Pedro Cifuentes*.

El 25 de Junio de 1907, ingresó en el Hospital de la Princesa, sala de San Bartolomé, un niño de nueve años, que en la tarde del día 23, estando subido en una anunciadora, sufrió una caída á horcajadas sobre una de las barras de sostén de la misma. Aquejando un fuerte dolor en el periné, fué conducido á su domicilio; por el meato salieron algunas gotas de sangre, cantidad que aumentó cuando en la misma noche intentaron son- darle, sin conseguirlo. El día siguiente transcurrió en completa retención y con dolor perineal, siendo conducido al Hospital á las treinta y ocho horas de ocurrido el accidente.

Cuando nosotros le observamos en la mañana de su ingreso, presenta- ba un equimosis perineal intenso que se extendía á la parte inferior del escroto; periné abombado con tumefacción que insensiblemente se pierde por detrás de las bolsas. La uretrorragia que existió en las primeras ho- ras, ha desaparecido, y lo que se aprecia en seguida es la completa reten- ción urinaria, pues no ha expulsado nada de orina y el cateterismo ha sido imposible; la vejiga está tensa, formando relieve en el abdomen, llegando el globo vesical á poca distancia del ombligo. No aqueja dolor agudo en el periné, más bien es una sensación molesta de plenitud, y á pesar de los esfuerzos que hace por orinar, no logra su objeto.

No presenta fenómenos febriles, y el estado general es satisfactorio.

Desistimos de intentar ninguna maniobra de cateterismo tanto explo- rador como evacuador, porque sobre no ser muy beneficioso en estos casos y casi siempre impracticable, la conducta que habíamos de seguir era la misma, esto es, la intervención por reclamarlo así el hematoma perineal, posible foco de infección consecutiva y la retención de orina. Aquél nos hacía sospechar por su extensión, que la rotura era total, es decir, que es- taban interesadas las tres tunicas uretrales, y al abrirle evitando de este modo ulteriores complicaciones infecciosas, nos permitiría la introducción de una sonda por la rotura uretral para vaciar la vejiga.

Con la urgencia que el caso requería procedimos á la operación. Prac- ticamos una incisión sobre el rafe perineal desde la raiz de las bolsas hasta tres centímetros por delante del ano; seccionada la aponeurosis superficial salió por la herida alguna cantidad de orina y coágulos sanguíneos, los que en bastante cantidad ocupaban el espacio comprendido entre dicha aponeurosis superficial y la media. Hecha la limpieza del foco pudo apre- ciarse que la rotura de la uretra era completa, asentando en la porción bulbar, los extremos estaban separados, siendo visible el periférico, que hicimos más ostensible introduciendo una sonda de NÉLATON por el meato y que salía por la herida. El extremo posterior no pudo encontrarse por simple inspección, siendo necesario desembarazar por completo de coágu-

los el fondo de la herida, haciendo irrigación sobre ella y con una sonda acanalada orientarnos en su busca, consiguiendo introducirla después de algunos tanteos, en la uretra posterior. La separación sería de unos dos centímetros y la rotura, como hemos indicado, era completa, comprendiendo toda la circunferencia uretral.

Retirada la sonda acanalada, introdujimos en la vejiga una sonda de NÉLATON, que dió salida á gran cantidad de orina, puesto que la retención era muy pronunciada. Retirada la sonda que habíamos colocado por el meato y con objeto de restablecer la continuidad del conducto, hicimos la sutura de los dos extremos con catgut fino. Para ello reunimos con tres puntos que comprendían todo el espesor de la pared, la parte superior de la sección del canal, habiendo antes igualado ligeramente con tijeras finas los respectivos extremos. Reunida así la pared superior se introdujo una sonda olivar por el meato, que nos sirvió de fiador para guiar de atrás á adelante la sonda que habíamos colocado en la vejiga, que era la que dejaríamos permanente. Dos puntos laterales y tres anteriores que no comprendían la mucosa, terminaron la anastomosis sobre la sonda. Algunos puntos que reunían los tejidos periuretrales, sutura de la piel y dejamos en la parte inferior de la herida un drenaje con gasa.

Como al vaciarse la vejiga que estaba enormemente distendida, la congestión que se produce puede ser un factor que facilite la infección (Guvón), hicimos un lavado por la sonda con nitrato de plata al 1 por 1.000, como medio de prevenir aquélla.

Al día siguiente, la temperatura era de 38,5°, subiendo al tercer día á 39,8°, fué levantado el apósito, renovando el desagüe por haber algunos exudados y haciendo un lavado de vejiga que se repitió los días siguientes. El cuarto día se le cambió de sonda; la fiebre había descendido á 37,6°, siendo normal la temperatura. Al quinto día, aparece algo de supuración por el periné, que disminuye en los días sucesivos. La sonda es retirada al séptimo día. Como la herida perineal avanza en cicatrización, se va disminuyendo el drenaje hasta suprimirle por completo. El cateterismo demuestra la presencia de una pequeña brida á nivel del bulbo uretral, pero una sonda entra fácilmente en la vejiga. Hacemos cada tres días sesiones de dilatación con bujías hasta mediados de Septiembre en que es dado de alta voluntaria. La herida perineal estaba completamente cicatrizada, sin haber quedado fistula y la micción se realiza sin trastorno alguno.

En este caso como en otros semejantes, dos indicaciones había que llenar principalmente, la abertura del hematoma perineal y el restablecimiento del curso de la orina. El hematoma abandonado á sí mismo puede ser punto de origen de una infección peri-uretral con sus consecuencias sobre el estado general y complicándose con fistulas perineales que hagan interminable el proceso de supuración. La retención debida al espasmo que en estos casos se presenta ayudado del obstáculo mecánico que los

coágulos y la falta de correspondencia de los extremos uretrales puedan ocasionar, constituye una situación sobre cuya gravedad no hace falta insistir. Siendo en muchos de estos casos impracticable el cateterismo, la evacuación de la vejiga habrá de hacerse por punción si la gravedad lo exige ó por el periné. Al abrir el hematoma perineal tenemos vía expedita para introducir una sonda en la vejiga, como en este caso hicimos, y colocarla en toda la longitud de la uretra. La sola abertura perineal nos asegura la evacuación de la orina.

Siendo la estrechez traumática la consecuencia de estas roturas, de aquí que la sutura de los extremos uretrales sea hoy preferida por los cirujanos, al simple drenaje perineal ó combinado con sonda permanente.

Es cierto que son muchos los casos en que el éxito de la sutura no es completo. La infección es fácil, favoreciéndola la misma sonda y el magullamiento de tejidos, pero si comparamos la estrechez que puede quedar después de una desunión parcial de la sutura á la consecutiva á un caso en el que siendo completa la rotura, no se haya practicado aquélla, la diferencia es grande, pues en el segundo es más pronunciada.

Existiendo esa facilidad de infección, creemos que en estos casos debe hacerse siempre drenaje como aconsejan ALBARRÁN y DESNOS, entre otros, pues nos sirve de válvula de seguridad que puede evitar la total desunión de la sutura. Así la hemos practicado en el caso que historiamos, con tanto más motivo, puesto que se trataba de un caso en el que interveníamos treinta y ocho horas después del accidente y en el que por el hematoma y la cantidad de orina que existía en el periné, temíamos la infección que era casi inevitable, como así ocurrió.

La regularización y refrescamiento de los extremos contundidos, es también una condición que no hay que olvidar para el mejor éxito de la sutura en las roturas uretrales. Es precepto de patología quirúrgica general, el no practicar la reunión inmediata en las heridas contusas, en las que los bordes no son limpios, pues la sutura fracasaría. Cuando practicamos la resección uretral por estrechez, seguida de uretrorrafia las condiciones son distintas; operamos sobre tejidos con menos probabilidades de infección, suturamos bordes recientemente seccionados, y en estos casos podemos suturar por planos sin desagüe, pero en las roturas uretrales no debemos olvidar las condiciones que las asemejan á las heridas contusas.

De todos modos, repetimos, la sutura en estos casos debe intentarse siempre, conducta preferible al simple drenaje perineal. Aunque la infección desuna parcialmente la sutura, la estrechez será menor y podremos evitar mejor las fistulas.

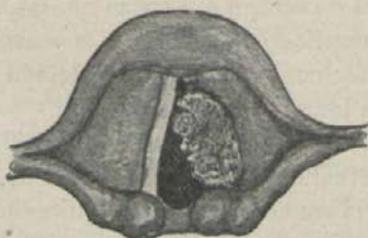
De no seguir esa conducta, puede practicarse la propuesta por PASTEAU é ISELIN (Congreso internacional de Lisboa), que consiste en fijar los extremos uretrales á la piel del periné, dejando una sonda colocada; retirada ésta se hace dilatación con Beniqué, hasta que la fistula formada se

cierra y que puede ser también obliterada por una operación autoplástica, procedimiento aplicable especialmente cuando existe mucha contusión con esfacelo de los extremos.

Un caso de laringectomía parcial (hemitirectomía) por cáncer, por el doctor A. G. Tapia, del Instituto Rubio.

En la operatoria del cáncer, es principal factor la oportunidad de la intervención. El diagnóstico precoz es indiscutiblemente la base del tratamiento y á lograrle debe dirigirse nuestro principal esfuerzo. Por lo que á la laringe se refiere, hay multitud de signos que, por regla general, pueden, mejor que en ningún otro órgano, ponernos en la pista del diagnóstico del cáncer desde el momento que este nace. No es objeto de esta nota exponer los signos que puede apreciar el especialista, pero sí debo hacer á los médicos generales, no obligados á dominar la técnica laringoscópica, la recomendación que en todo individuo que pase de los 40 años y lleve más de un mes ronco, sin causa muy manifiesta á que atribuir su ronquera, debe sospecharse esta enfermedad.

Esta recomendación no por mil veces hecha puede llegar á ser supérflua, ya que por desgracia se olvida á menudo á pesar de su simplicidad y de su enorme transcendencia. ¡Cuántos enfermos que llegan al especialista en extremo grado de inoperabilidad hubieran logrado su salvación de haber



recurrido á tiempo! Ya hemos indicado en otro trabajo (1) las razones de la eficacia del tratamiento quirúrgico del cáncer de la laringe.

El enfermo cuya historia voy á hacer brevemente en esta nota clínica es un buen ejemplo de oportunidad operatoria.

D. J. O. de 64 años, arquitecto, sin antecedentes relacionados con el mal actual, no fumador, propenso á padecer catarros bronquiales; arterioescleroso.

Desde los primeros días de Enero de 1908, que por primera vez comenzó á notar que su voz se velaba, ha ido acentuándose su ronquera y presentándose molestia al hablar. Este ha sido el único sintoma apreciado por él hasta el 24 de Septiembre del presente año en que lo ví por primera vez.

Examen (véase la figura); tumoración sesil del tamaño y forma de una almendra grande, de color rojo pálido, de superficie vegetante; cuya base,

(1) Un caso de laringectomía total en dos tiempos. Curación. Comunicación al II Congreso español de Cirugía.

adherente á la parte central de la cuerda izquierda en casi toda su extensión, parece penetrar hasta el cartilago ocupando el ventriculo izquierdo. La cuerda de este lado está parésica. La cuerda del lado opuesto se ve ligeramente enrojecida por el roce constante con el tumor. No se aprecian ganglios infartados. Analizado por el doctor López Durán un trocito del tumor, resultó carcinoma.

La limitación de la lesión y la falta de ganglios nos indujo á proponer la hemitirectomía.

Y procediendo como aconsejan hoy los maestros de la cirugía laríngea, hicimos traqueotomía baja en un primer tiempo (7 Octubre 1908), y pasados quince días, durante los cuales la tráquea se habituó al cuerpo extraño y á la respiración por la cánula, practicamos una incisión en la línea media desde el hioides hasta un centimetro por encima de la fistula traqueal, y otras dos, que partiendo de los extremos de la incisión vertical, se dirigian horizontalmente hacia afuera en una extensión de cinco centímetros cada una. Disección del colgajo; posición de *Rose*; sección del cartilago tiroides; exploración directa de la laringe; comprobación del diagnóstico laringoscópico; taponamiento ligero de la tráquea para evitar caída de sangre á las vías respiratorias; extirpación de la mitad izquierda del cartilago tiroides con la masa tumoral íntegra. Taponamiento de la herida; cura adecuada. Colocación de una sonda por la nariz para alimentarle los primeros días.

Marcha sin accidentes. Curación operatoria al cabo de veinte días. En la actualidad no hay vestigios de reproducción: el enfermo respira bien con la cánula tapada (que quitaremos en breve plazo). La fonación se verifica de un modo casi normal y habla mucho menos ronco que antes de ser intervenido.

Este caso de laringuectomía parcial ha sido titulado por mí hemitirectomía y no hemi-laringuectomía, como algunos autores hacen en iguales circunstancias, por varias razones: 1.º Por puridad de lenguaje, hemi-laringuectomía significa extirpación de la mitad de la laringe, y en estos casos no se extirpa más que la cuarta parte. 2.º Porque la técnica de la hemi-laringuectomía es mucho más difícil que la de la hemitirectomía, pues á la extirpación de la mitad del tiroides, hemitirectomía, se agrega la extirpación de la mitad del cricoides, que es sin duda mucho más difícil. 3.º Porque los resultados operatorios de la hemi-laringuectomía son mucho más graves que los de la hemi-tirectomía, en razón de la mayor amplitud de comunicación del árbol aéreo con el digestivo, y por tanto de la mayor facilidad de producirse la broncopneumonía, á pesar de que en la hemi-laringuectomía se haga la autoplastia cutánea ideada por *Gluck*, y que no es factible hacer en la hemitirectomía.

Espasmo clónico del esterno-cleido-mastoideo, en una histérica, por el doctor *E. Fernández Sanz*, Médico numerario, por oposición, del Hospital de la Princesa.

La patogenia, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de los tics y de los espasmos, han sido objeto de concienzudo estudio por los neurólogos franceses, muy especialmente, por BRISSAUD y por MEIGE, y son hoy motivo de discusión en las Sociedades Científicas. Por estas razones de actualidad y por el interés intrínseco que indudablemente ofrece todo lo relativo á génesis y á terapéutica de estos trastornos, tan molestos para el paciente y tan rebeldes, en la mayoría de los casos, á los medios de tratamiento, considero oportuna la publicación de esta nota clínica.

M. V., de 52 años, viuda, de Tibi (Alicante), cigarrera, carece de antecedentes neuropáticos familiares, habiendo disfrutado siempre de excelente salud. Ha tenido tres hijos, habiendo muerto todos en la primera infancia, de afecciones comunes.

Asegura que no ha tenido nunca ataques de nervios, pero que ha sido siempre muy vehemente y excitable, emocionándose muy facilmente; la menor contrariedad la hace ponerse trémula, siendo en tales momentos incapaz de hacer uso de las manos.

Experimenta á menudo sensación de bola epigástrica que asciende á la garganta y necesidad imperiosa de bostezar. No ha cometido abusos alcohólicos, bebiendo sólo una copa de vino en cada comida. Ha sido muy aficionada al café, pero ahora lleva varios meses sin probarlo.

La enfermedad actual comenzó, de un modo solapado, y sin causa alguna á que atribuirla, en Noviembre próximo pasado. Comenzó insensiblemente á hacer gestos ligeros con la boca y los ojos, de los cuales no se daba ella cuenta, pero sobre los que la llamaban la atención las personas que la veían. Estos gestos se fueron haciendo cada vez más extensos y más bruscos y poco después comenzó á mover lateralmente la cabeza. Estos movimientos de la cabeza se hicieron, más tarde, á fines de Diciembre, mucho más violentos, y por la misma época, cesaron los gestos de la boca y de los ojos no reapareciendo sino de tarde en tarde en los momentos de mayor agudización de las sacudidas de la cabeza.

Presentóse el 22 de Enero en la consulta de enfermedades mentales y nerviosas del Hospital de la Princesa (Jefe, doctor Ezquerria). Es una mujer corpulenta, que presenta un grado de obesidad bastante pronunciado, y sin ninguno de los caracteres asignados al antiguamente llamado temperamento nervioso; sin ningún rasgo de neurosismo, diríamos ahora. Hace constantemente movimientos de rotación lateral y de inclinación de la cabeza, que consisten en series de sacudidas bruscas, á intervalos irregulares, pero siempre breves y de extensión é intensidad muy desiguales; se observa, no obstante, cierto ritmo en la sucesión de estas sacudidas, por cuanto á partir de un período de relativo reposo, van au-

mentando progresivamente en amplitud, aunque no con perfecta regularidad, hasta llegar á la intensidad máxima que corresponde á la mayor desviación de la cabeza, estas sacudidas se hacen por oscilaciones, que determinan la rotación de la cabeza hacia la derecha (la cara mira hacia este lado) y su inclinación hacia el hombro izquierdo aunque fugazmente, se inclina, de vez en cuando, hacia el derecho en el apogeo de los movimientos consabidos se dirige también la cabeza un poco hacia atrás, pero el movimiento dominante, el que supera en extensión y en persistencia á todos los demás, es el de rotación de la cara hacia la derecha.

Si el acceso espasmódico es muy intenso, se acompaña de algunas ligeras sacudidas de los músculos peribucales y orbicular de los párpados, pero en general, estos no participan en la crisis convulsiva.

Se percibe el esterno-cleido-masteideo izquierdo como una cuerda dura, tensa, muy dolorosa á la presión; también es sensible á la compresión, pero en menor grado, el derecho.

Zonas hiperalgésicas muy exageradas en el vertex cefálico y en las regiones precordial y ováricas provocando su compresión vivas reacciones de expresión dolorosa. Zona hiperestésica en la región lateral izquierda del cuello. No hay estrechamiento del campo visual, y existe el reflejo faríngeo.

Los movimientos convulsivos cesan por completo durante el sueño.

La descripción precedente revela que se trata de un espasmo: así lo demuestra su exacerbación paroxística, sus rítmicos aumentos y disminuciones de intensidad y de extensión, abarcando progresivamente cada vez mayor número de músculos, para luego ir desapareciendo gradualmente también, la no imitación de un movimiento intencional, la falta de estereotipia, pues los movimientos de la cabeza no son siempre por completo idénticos, caracteres todos ellos de mucho valor en el diagnóstico diferencial del espasmo y del tics.

El músculo principalmente interesado es el esterno-cleido-mastoideo izquierdo, del cual parte la excitación morbosa que se irradia luego á otros músculos del cuello y nuca (incluso el esterno-cleido-mastoideo opuesto) y á veces á algunos de la cara.

La existencia de estigmas histéricos (á los cuales, piénsese lo que se quiera de su génesis, debe concederse valor diagnóstico) y la presencia de una zona hiperestésica superpuesta al músculo que es asiento primordial del espasmo, hacen muy verosímil la naturaleza psicógena de la afección.

Como tratamiento se empleará la sugestión, los preparados de valeriana y las aplicaciones galvánicas anodales sobre el esterno-cleido-mastoideo izquierdo.

Revistas críticas.

Un nuevo método de diagnóstico precoz de la tuberculosis, según Calmette, por F. Sandoval. (Conclusión.)

Es evidente que el método de *Calmette*, lo mismo que el de *Bordet-Gengon*, es poco apropiado para la clínica, á causa de su dificultad técnica, y, sobre todo, de su interés teórico, más que práctico. La clínica exige métodos sencillos y de seguridad diagnóstica.

A esta idea corresponde el método de *Wright*, dado hace cuatro años; consiste en determinar el índice opsónico de la sangre del sospechoso de tuberculosis, por comparación con la del sano. Ya había demostrado anteriormente *Wright* que en los tuberculosos, los leucocitos polinucleares toman muchos menos bacilos tuberculosos, en igualdad de circunstancias que los del hombre sano.

La facultad fagocitaria se mide, *in vitro*, sirviéndose de la técnica siguiente: Se toma 1 c. c. de sangre de un sano, que sirve de contraprueba, y al mismo tiempo se toma igual cantidad de sangre sospechosa, se separa el suero por centrifuga ó por coagulación y reposo. Después se toman algunas gotas de sangre del sano y se diluyen en 2 c. c. de solución fisiológica á la que se añade 0,5% de citrato de sosa; después de repetidos lavados y centrifugaciones, se separan los leucocitos cuidadosamente por medio de una pipeta, inmediatamente se mezclan con una emulsión muy diluida de bacilos tuberculosos (de cultivo reciente) igual cantidad de suero de la sangre sospechosa. La mezcla se pone durante veinte minutos en una estufa á 39° y después se extiende con toda la uniformidad posible sobre un porta objetos. Los preparados se someten á los métodos usuales de *Ziehl* (coloración doble de fuchina y azul de metilo); después se hacen idénticos preparados de contraprueba en que se ponen leucocitos, bacilos y suero de sangre de sano en vez del sospechoso de tuberculosis; después se averigua el término medio del número de bacilos contenidos en 100 leucocitos de ambas series de preparaciones. La relación entre el número de bacilos contenidos en ambas series de leucocitos es el índice opsónico.

En tuberculosos el índice opsónico es inferior á 0,9, en los sanos oscila entre 0,8 y 1,2. Las variaciones que en un mismo individuo se observan nos dan una idea bastante exacta del estado del enfermo, el índice aumenta con la mayor resistencia del enfermo, por el contrario, la disminución de resistencia se expresa por descenso, y baja permanente del índice opsónico.

Este método se usa en clínica, principalmente para juzgar de la acción de algunos medicamentos ó curas en sanatorios. No obstante, la manipulación es complicada, y los resultados obtenidos son frecuentemente de interpretación difícil. Se prefiere comúnmente, como mucho más seguro,

la positiva reacción específica de la tuberculina, introducida en la práctica por *Koch*, hace diez y ocho años.

Se comprende con el nombre de tuberculina, no solamente el primitivo preparado de *Koch*, sino una porción de sustancias análogas, obtenidas en parte, por el mismo *Koch*, y en parte, por otros investigadores, siguiendo diversos procedimientos y siempre de los cultivos; existen hasta diez variedades. En todas estas tuberculinas, la parte activa es próximamente la misma: una sustancia albuminoidea, químicamente indefinida. *Calmette* da en esta parte del artículo un procedimiento personal para obtención de una tuberculina muy activa. La toxicidad la mide por inoculación intracerebral en cavia sanos.

La especificidad de la acción de la tuberculina, según *Koch*, consiste en la reacción local y general; 1 centígramo de la tuberculina primitiva inyectado á un tuberculoso, produce síntomas de tal intensidad que puede ser peligroso; obra produciendo la movilización de los bacilos, y, por tanto, la posibilidad de generalizarse la tuberculosis. También pueden reavivarse focos casi cicatrizados y de ahí el temor que tienen muchos clínicos á la aplicación de este reactivo. Nosotros sabemos hoy que puede aplicarse con prudencia y en caso de accidente abstenerse. De los trabajos de *Krauss*, *Turbán*, *Spengler* y otros, se deduce, que las inyecciones aplicadas con cuidado, hasta la aparición de una reacción débil, pero clara, en dosis gradualmente ascendentes es inofensiva, incluso para los niños, quizá en estos en primera línea. Se comienza por 0,5 miligramos de la tuberculina antigua para los adultos y 0,1 miligramos para los niños. Si no hay reacción se inyecta nuevamente la misma cantidad, al tercer día, no antes. Si á pesar de esto no hay ninguna reacción, se esperará tres días y se inyecta entonces 2 á 5 miligramos. Si después de esta tercera inyección no hay aumento de temperatura, puede aceptarse que no se trate de tuberculosis.

Es cierto que en muy raros casos de individuos no tuberculosos se observa la reacción, pero esto no invalida, de ningún modo, el carácter específico de la misma. Es indiscutible que la inyección de aquella sustancia, en una dosis débil, en algunas enfermedades (tifus, lepra, actinomicosis, escarlatina, sífilis) produce un aumento de temperatura. Estos hechos no aminoran el valor de la tuberculina, que indiscutiblemente representa el mejor de nuestros reactivos, para el descubrimiento de la tuberculosis latente. Ningún medio, ni clínico ni de laboratorio, puede compararse en rapidez y seguridad diagnósticas. El único inconveniente que tiene la tuberculina, y que ha sido demasiado exagerado, es el reavivar focos viejos.

Estos temores han desaparecido desde que se ha podido provocar, en vez de la reacción general febril, la local, gracias á los métodos de inoculación cutánea y de instilación conjuntival (*Pirquet*, *Wolff-Eisner*, *Calmette*). *Pirquet* (de Wiena) comunicó en Mayo de 1907, á la Sociedad de Medi-

cina de Berlín el hecho siguiente: si se deposita una gota de tuberculina sobre una escarificación cutánea en un niño escrofuloso ó que padezca otra forma de tuberculosis, se presenta después de algunos días una elevación papulosa rodeada de una aureola rojo-azulada. En el sano no ocurre nada parecido á esto, todo lo más un enrojecimiento pasajero y sin infiltración. Esta cutirreacción se presenta ya á las cuarenta y ocho horas; la pápula permanece de cinco á ocho días, aumenta en altura y en extensión, después se seca y desaparece gradualmente. Después queda una ligera pigmentación, que persiste alguna vez durante semanas. Los niños son particularmente sensibles á esta reacción; en ellos se indica siempre una afección tuberculosa. Es positiva en el 87 por 100 de los niños con afección tuberculosa, clínicamente demostrable, y en el 20 por 100, de los cuales no puede demostrarse la lesión tuberculosa. En los adultos la prueba no es menos segura, solamente el espesor del epidermis dificulta la observación y la significación del resultado. A consecuencia de esto, se prefiere la instilación conjuntival, introducida en la práctica de la Clínica por *Wolff-Eisner* y *Calmette*.

Calmette comprende por oftalmorreacción aquella reacción simple y nada peligrosa, por medio de la cual se puede demostrar, casi con seguridad absoluta, en el término de cuarenta y ocho horas, la existencia ó no existencia de una afección tuberculosa.

Si se instila en el pliegue conjuntival una gota de una solución de tuberculina al 1 por 100, aun al 50 por 100 en un sospechoso de tuberculosis ó un individuo que tenga en su cuerpo un foco tuberculoso, aparece después de seis horas un enrojecimiento vinoso de la carúncula con ó sin simultánea aparición de una ligera conjuntivitis, y una secreción escasa de un líquido serofibrinoso y rico en linfocitos. El enrojecimiento dura de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, alguna vez más días, después desaparece lentamente y todo ello vuelve á la normal sin que se haya presentado aumento de temperatura, trastornos de la visión y del estado general.

Jamás se observa fenómeno semejante en personas libres de tuberculosis, exceptuando algunos casos de tífus; sin embargo, en estos casos la reacción es particularmente característica, es fugaz y con ligero enrojecimiento, así que apenas es posible una confusión. Los individuos atacados de afecciones tuberculosas, precisamente en la época del desarrollo, muestran una extraordinaria sensibilidad á la oftalmo-reacción, tanto más, cuanto más robusto sea el organismo atacado; por el contrario, en tuberculosis viejas ó en caquéticos es muy débil, aparece lentamente ó falta por completo.

Estas diferencias garantizan la posibilidad de un diagnóstico preciso, y al mismo tiempo, un pronóstico probable. La reacción conjuntival lo mismo que la cutirreacción, es negativa la mayor parte de las veces en los

viejos, en tuberculosos demostrados clínicamente, se presenta en el 93 por 100 de los casos de un modo positivo. Fuera de los hospitales se muestra de 10 á 15 por 100 en hombres que pasan por completamente sanos y efectivamente contienen focos tuberculosos latentes. Un número bastante considerable de autopsias da bastante exactitud á la proposición que puede enunciarse así, de un modo general: *Todo hombre con reacción positiva evidente es tuberculoso.*

Por el contrario, la falta de reacción no autoriza para desechar la idea de tuberculosis. En afecciones muy crónicas, en caquexia, en la tuberculosis de marcha rápida, en las cuales existen otros datos clínicos (meningitis, peritonitis, tuberculosis miliar) que facilitan el diagnóstico, faltan la reacción conjuntival y la antirreacción.

Cuando se tiene una simple sospecha de tuberculosis, es extraordinariamente raro, si realmente es tuberculoso, que la reacción falte, después de una segunda, hasta una tercera instilación, hechas con ocho días de intervalo.

El método es completamente inofensivo. En algunos casos excepcionales la reacción ha sido más ó menos peligrosa y se le achacan algunas afecciones consecutivas á su aplicación. No obstante, desde hace más de un año, se han sometido á la oftalmorreacción en todos los países un número tan grande de individuos que fuera verdaderamente maravilloso no haber encontrado un par de casos con sorpresas desagradables. Justamente se puede citar como inconveniente el que los enfermos se enteran de su diagnóstico; esto no es un inconveniente. Nosotros proclamamos constantemente que la tuberculosis es una enfermedad curable, cuando está diagnosticada á tiempo. ¿No es el mejor medio para convencer á un enfermo de los cuidados que debe tener, que hacerle ver la causa de su enfermedad y al mismo tiempo la importancia de los medios curativos y que todo ello está en su mano?

La positiva reacción local infébril es el medio más seguro de todos los suministrados por el laboratorio moderno. La clinica práctica puede emplearla con completa confianza.

Puede ser de gran provecho emplear los dos métodos, como contraprueba uno de otro, así, por ejemplo, se puede usar oftalmo-reacción y cutirreacción al mismo tiempo.

En caso de reacción positiva, oftálmica y cutánea, no cabe duda de que se trata de un tuberculoso, cuyo sitio y extensión se determina por la investigación clinica.

Desde el punto de vista social es de extraordinaria significación el diagnóstico precoz, pues permite el aislamiento en tiempo oportuno, para evitar una reinfección, y además garantiza á los sanos de todos los peligros: de un tuberculoso libre.

Revista de Revistas.

Del abandono temprano del lecho de las laparotomizadas, por J. Cohn, profesor ayudante de la clínica ginecológica de Pfannenstiel en Kiel, (*Zentralblatt für Gynäkologie*, Septiembre 1908, n.º 32).

Cuando KRÖNIG principió á poner en práctica el levantamiento de sus operadas de vientre en el transcurso de la primera semana, unos se le rieron y otros se irritaron, lo mismo que antes á KÜSTNER cuando lo hizo con las paridas.

Después se han ido haciendo tentativas, con resultados beneficiosos y en la clínica de Pfannenstiel se están haciendo estos ensayos.

Las ventajas son de orden moral y material. La enferma á quien se le aconseja que debe levantarse, recibe una impresión agradable, que vence el malestar psíquico de toda operada, pues significa para ella estar fuera de cuidado.

Y en el orden material, las ventajas son el mejor funcionamiento intestinal y vesical y aumentar el apetito.

En los cien casos presentados más adelante, no se registra ninguna complicación de aparato respiratorio, y jamás se ha dado un caso de neumonía y bronconeumonía post-operatoria.

No se impone el levantamiento temprano de la cama, sino se le aconseja.

El dejar el lecho antes ó después no depende, como á primera vista parece ser, porque la operación sea más ó menos grande, sino por su estado anterior á la operación.

Una de las cosas no dilucidadas todavía, es si la posición vertical puede dar lugar á trombosis y embolias en las operaciones pélvicas por miomas, en que las venas están dilatadas.

En los cien casos, tres tuvieron trombosis de la vena femoral que curaron por el reposo, pero del estudio detallado de los tres casos, no se sabe si la trombosis fué debida al abandono temprano de la cama, ó si la tuvieron por su estado anterior y á pesar de haberse levantado pronto. Es cuestión á estudiar.

De todos modos hay que ser muy circunspecto, si la enferma tiene edemas ó fiebre antes de la operación que es lo que ocurría en estos tres casos. En los cien casos de mujeres laparotomizadas: 13 se levantaron el primer día (después del día de la operación); 16, el segundo; 21, el tercero; 30, el cuarto; 10, el quinto; 8, el sexto y 2 el séptimo.

No ocurrió más accidente que el de la trombosis de los tres casos anteriormente dichos.

KRÖNIG dice que para esto la anestesia lumbar es condición casi indispensable, pero en la clínica de Pfannenstiel se emplea la anestesia general por el éter, con muy buen resultado, como se ve en estos cien casos.

La incisión de Pfannenstiel es necesaria y así no habrá peligro de eventración, pues sólo en el punto de cruce de la incisión transversal con la longitudinal, es débil la pared.

En España no se tiene práctica de esta manera de hacer, pues la laparotomizada que más temprano se levanta, es en el transcurso de la segunda semana.

Tuberculosis del cuello del útero, por DELETREZ de Bruselas. (*Revue de Gynec. et de Chirur. Abdom.*) N.º 1.º, 1908.

Con motivo de un caso visto en su clínica, diagnosticado clínicamente de carcinoma del cuello uterino y que el análisis histológico demostró ser una tuberculosis de cuello, hace un estudio de esta enfermedad.

La tuberculosis del útero es rara y la del cuello excepcional.

En 119 casos de tuberculosis uterino, sólo encontró SPATH 6 del cuello aisladamente; de todas las afecciones genitales de la mujer el 2 por 100, según MARTÍN, son de naturaleza tuberculosa y según WILLIAMS de 7'7 por 100.

Aunque según GARTNER se encuentra el bacilo tuberculoso en el esperma de algunos, la infección ascendente es rara.

Según BROUHA, de Lieja, en un artículo escrito en 1902, no reconocía más que cuatro casos de tuberculosis primitiva del cuello: casos de KLOBB, KANFMANN, MICHAELIS y BROUHA.

Según DELETREZ, existirían dos signos importantes en la tuberculosis primitiva: la presencia del nivel del cuello de vegetaciones parecidas a las del cáncer y la amenorrea, pero confiesa que esto no es suficiente, pues es necesario demostrar que no existe lesión alguna en otros tejidos.

La enferma que operó DELETREZ (histerectomía vaginal) tenía sus lesiones limitadas al cuello, no pudiéndosele apreciar órgano alguno afecto de tuberculosis.

Contribución al estudio clínico de la tuberculosis papilar del cuello uterino, por W. MALY. (*Monatsschrh, F. Geb, u. G.*) Agosto, 1907.

Hace el estudio de un caso de tuberculosis papilar en una mujer virgen, y entre otras consideraciones hace la siguiente: cuando la infección es ascendente, los fenómenos son intensos en el cuello uterino, dando lugar a las formas proliferativas vegetantes, que hacen que el diagnóstico clínico se confunda con el de carcinoma, siendo el proceso menos intenso en el cuerpo uterino y existiendo apenas en los anejos, y al revés, cuando es descendente, el proceso disminuye en el cuello, dando lugar a las formas ulcerosas y superficiales y siendo muy intensa en las partes altas genitales y peritoneo pelviano.

Viguerás.

Notas sobre 679 operaciones, realizadas con anestesia espinal (cocaina ó estovaina), por el método de Tuffier.—(Notes on 679 operations performed under spinal anaesthesia (cocaine or stovaine) by TUFFIER'S method), por SALADINI.—*The Lancet*, 24 Octubre 1908).

Es un estudio de los resultados obtenidos con este método de anestesia del que el autor se muestra decidido partidario.

Ha practicado con él operaciones tan diversas, como: resecciones de costillas, quistes hidatídicos del hígado y del peritoneo, hernias extranguladas, abscesos del hígado, eventración, heridas incisas del abdomen y de las vísceras en él contenidas, intervenciones en el ano y el recto y un gran número en los órganos genitales de ambos sexos y en los miembros.

La edad de los pacientes oscilaba entre 15 y 93 años. Las intervenciones radicaron siempre por debajo del ombligo y la anestesia se extendía, por regla general, hasta dos traveses de dedo por debajo de la mama. Las dosis de anestésico empleadas fueron uno ó dos centigramos, y rara vez tuvo que recurrir al cloroformo.

Considera como efectos inmediatos, los fenómenos observados entre los cinco y quince minutos siguientes á la inyección, tales como palidez, sudores, náuseas, vómitos, temblor epileptoide de los miembros y síncope mortal. Los vómitos fueron observados en el 22 por 100 de los casos. En el 7 por 100 hubo sudores, y en 14'7 por 100 náuseas. Por regla general, los vómitos no duraron más de cinco minutos. Desde 1905 ha logrado reducir la frecuencia de los vómitos en un 50 por 100, haciendo desayunar á los enfermos antes de practicar la inyección. Las náuseas y demás síntomas, ceden fácilmente á la administración de una copa de licor Chartreuse. El

temblo epileptoide de los miembros se presentó en tres casos con poca intensidad. No ha observado nunca el síncope mortal.

Como el cloroformo, el éter, el cloruro de metilo, etc., la cocaína tiene contraindicaciones que deben ser recordadas. La caquexia avanzada, la nefritis bilateral con escasa secreción urinaria, miocarditis, pericarditis con derrame, y las afecciones no compensadas del corazón, se oponen absolutamente al uso de este anestésico.

Como fenómenos consecutivos observó la cefalalgia y la raquialgia. La primera, se presentó en 9,36 por 100 de los casos, el día de la operación ó al siguiente. En sus últimas intervenciones, ha logrado hacer desaparecer este síntoma, extrayendo de 10 á 20 gramos de líquido céfalo raquídeo antes de inyectar el anestésico. La cefalalgia es más frecuente en los sujetos propensos á la hemicránea y en los artríticos y alcohólicos, especialmente si padecen arterioesclerosis.

No ha observado ninguno de los trastornos remotos sobre los centros nerviosos atribuido por los autores á la acción de la cocaína.

El peligro de este método no está en la introducción en el raquis de dosis terapéuticas de aquella substancia, sino en la posibilidad de introducir microorganismos patógenos. En su opinión, todos los accidentes descritos deben ser atribuidos á una técnica defectuosa y no al método *per se*. Este es de un valor inestimable para los médicos de partido que se ven obligados á actuar como anestesiadores y operadores á la vez, porque pueden desentenderse de todo lo relativo á la anestesia, una vez practicada la inyección. Por otra parte, hay muchos enfermos que se oponen resueltamente á *ser dormidos* por el cloroformo ú otro anestésico general, y en este caso, la raquiocanización es insustituible pero no debe ser hecha á los enfermos que opongan alguna resistencia. A los indiferentes debe advertírseles lo que se les va á hacer. Se les cubrirán los ojos con una venda y se guardará absoluto silencio.

Un inconveniente positivo del método, es que en los individuos nerviosos y alcohólicos, no se logra muchas veces una anestesia completa; pero entonces se da el cloroformo ó el éter y éstos actúan más rápidamente y en dosis menores.

Con estovaina ha practicado 108 anestésias raquídeas en enfermos de diez y ocho á setenta y un años, con dosis de 5 á 10 centigramos. Observó en 16 casos, retención de orina que duró de diez y ocho horas á ocho días, y en uno, dos meses. La disuria se presentó cinco veces, durando de veinticuatro horas á diez días. En un caso hubo anuria durante veinticuatro horas, habiendo inyectado 10 centigramos en una operación de hemorroides.

La anestesia dura de diez á cien minutos. La duración es proporcional á la dosis inyectada; pero no invariablemente, porque en un caso, cinco centigramos determinaron una prolongada anestesia. En once casos se presentó ligera cefalalgia y en siete fué más intensa; vómitos se observaron ocho veces durante la operación y seis después de ésta, el mismo día ó al siguiente. Raquialgia una vez, y ligera elevación de temperatura doce veces.

Como resultado de sus observaciones, las ventajas parecen inclinarse en favor de la anestesia por la estovaina. El único serio inconveniente observado es la relativa frecuencia de la retención urinaria (44 veces en 146 casos), que dura de uno á siete días, pero esto podría justificar la preferencia por la cocaína, que sólo excepcionalmente produce tales trastornos, en ausencia de las contraindicaciones mencionadas.

I. S. Covisa.

Experimentelle Versuche über die Existenz einer Endocarditis durch bakterielle Toxine, por F. JULCI. (Experimentos sobre la existencia de una endocarditis por toxinas bacterianas).—*Beiträge zur path. Anat. u. z. allg. Path. de Ziegler*. Tomo 44, fasc. 2.º

Después de exponer rápidamente los experimentos que á partir de ROSENBAACH se

han hecho sobre este asunto por varios autores, entra en la descripción de sus propias investigaciones. Estas han recaído en 98 conejos distribuidos en ocho lotes; á los conejos del primer lote les inyectó, á unos, nitrato de plata, á otros sosa cáustica y á los restantes polvo de carbón esterilizado, sin conseguir, á pesar de haber repetido las inyecciones, una evidente carioquinesis ó depósitos trombóticos.

En todos los demás lotes repitió ésto, añadiendo en el segundo, toxina de un colibacilo de las heces, en el tercero toxina diftérica, en el cuarto estafilocócica, en el quinto tífica, en el sexto estreptocócica, en el séptimo neumocócica y en el octavo cultivos virulentos de estreptococo y neumococo. En algunos de estos lotes ha traumatizado directamente las válvulas aórticas según ROSENBAACH.

En ninguno de los experimentos en que ha utilizado sólamente toxinas, ha podido producir endocarditis, deduciendo lógicamente que el papel de éstas en las producidas por los microorganismos será predisponente á lo sumo; en cambio, en las que inyectó cultivo virulento obtuvo endocarditis ulcerosas con necrosis, inflamación de las válvulas y depósitos trombóticos.

En algunos conejos vió engrosamientos análogos á cabezas de alfiler en los rebordes de algunas válvulas, pero histológicamente no tenían aspecto inflamatorio y autopsiados gran número de conejos normales, se han encontrado los mismos nódulos y con la misma frecuencia.

Zur Histogénese der Grawitz, sehen Nierengeschwülste, por O. STOERK. (Sobre la histogénesis de los tumores renales de GRAWITZ).—*Verhandlungen der deutsch. path. Gesellschaft*, 1908.

Desde hace un cuarto de siglo, los tumores renales de GRAWITZ eran considerados como producidos por los restos de cápsula suprarrenal incluidos durante el desarrollo en el riñón, en virtud de las siguientes razones expuestas por su mismo descubridor. 1.ª, coincidencia en su situación con los restos suprarrenales; 2.ª, semejanza histológica, sobre todo en el sentido de la infiltración grasienta del protoplasma y 3.ª, sus grandes diferencias con los tumores renales.

La no existencia de estos tumores en el hígado y glándulas sexuales, en donde también existen restos suprarrenales, la rareza de los tumores suprarrenales al lado de los hipernefomas (aunque algunos admiten la acción excitante del riñón) y la de semejanza existente entre los tumores suprarrenales y los hipernefomas, explicada, según algunos, por las diferencias de nutrición, son razones que hicieron á S. dudar del origen asignado por GRAWITZ á estos tumores.

La observación de 125 hipernefomas durante el año, le han hecho convencerse de la inexactitud de las tres afirmaciones de GRAWITZ. En primer lugar, los restos suprarrenales del riñón con superficiales como los hipernefomas, pero asientan de ordinario en el polo superior del riñón, en tanto que estos, se presentan de ordinario en el conador y después en el polo inferior. Histológicamente consta de dos clases de células, unas cilíndricas que se parecen á las suprarrenales del perro y caballo y de ciertos adenomas del hombre, pero carecen de grasa, y otras grandes claras vacuoladas que contienen grasa, pero en grandes vacuolas y que además tienen glucógeno. Por otra parte, estos tumores muestran espacios vacíos y formación de vellosidades.

Por último, ha notado en algunas nefritis tendencia á transformarse el epitelio en el de GRAWITZ y ha encontrado tumores vellosos renales, que á trozos, presentaban la estructura típica del carcinoma renal y á trozos la de los tumores de GRAWITZ.

En vista de todo, mantiene que los tumores de GRAWITZ son de origen renal por transformación del epitelio, en virtud de causas desconocidas y que pueden existir cistomas, adenomas y carcinomas del riñón, del tipo GRAWITZ.

MARCHAND discutió esta comunicación de S., admitiendo que en efecto hay bas-

tante confusión en cuanto á estos tumores se refiere, habiéndose confundido seguramente con ellos muchos renales, pero que existen tumores de GRAWITZ ó hipernefromas de BIRCH-HIRSCHFELD auténticas, y en prueba de ello, cita una observación de su ayudante MOHR que encontró en una autopsia dos hipernefromas, idénticos macro y microscópicamente uno en la cola del páncreas y otro en el polo inferior del riñón izquierdo, los dos bajo la cápsula del órgano respectivo. Según M., no se trataba de una metástasis, y por otra parte, la existencia de hipernefromas en el páncreas puede considerarse posible desde que RIBBERT ha demostrado en esta glándula estos suprarrenales.

F. Tello.

Le traitement operatoire des leucoplasies linguales étendues, por MORESTIN. (*Revue de Chirurgie*. Enero 1909.

Partiendo de la base de que la leucoplasia lingual es muy rebelde al tratamiento mercurial, y á menudo, punto de arranque de una neoplasia cancerosa, MORESTIN piensa que el mejor tratamiento es la extirpación con bisturí de toda la mucosa enferma.

La técnica ha de ser variable y cada caso requerirá una incisión distinta según la forma y extensión de los islotes de mucosa enfermos. La superficie cruenta sangra mucho, pero basta una compresión con gasa para detener la hemorragia.

La sutura debe coaptar á la perfección, pues así el éxito es más rápido y seguro, y aunque la lengua quede fruncida y acortada ó estrechada (según la aplicación de los hilos), en plazo breve los tejidos dan de sí y queda en definitiva el órgano con su forma y tamaño normal. El resultado fisiológico es excelente, pues tanto la deglución como la palabra quedan inalteradas.

De los seis casos en que esta técnica ha sido empleada, en dos ha vuelto la leucoplasia (enfermos fumadores) y en un tercero ha aparecido un epiteloma en la zona de mucosa no extirpada.

Sainz de Aja.

Academias y Sociedades Médicas.

Sociedad de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de París.—Sesión del 11 de Enero de 1909.

Funck-Brentano presenta un caso de trombus superficial y pediculado de la vagina.

Se trata de una primípara de veintidos años que cerca del término de su embarazo fué examinada por *Mr. Dubrisay* sin encontrar nada de particular en su aparato genital, y seis días después á consecuencia de un esfuerzo, notó una sensación de tumor que salía de la vagina, perdiendo un poco de sangre. Ingresada en la Maternidad del Hospital Saint-Antoine y examinada por *Doleris* se vió la presencia de un tumor de coloración rojo-oscuro que sobresalía de la vulva uno ó dos centímetros. Tumor indoloro, resistente, del tamaño de un huevo de gallina y unido por un pedículo de cuatro centímetros de ancho á la columna posterior de la vagina, fácilmente reducible, pero al menor esfuerzo es lanzado fuera. Aparte de varices bastante desenvueltas en los miembros inferiores, ésta embarazada presentaba varices vulvares particularmente desarrolladas sobre el gran labio izquierdo, fué resecado el tumor; á causa de la altera-

ción de sus paredes, no se hizo sutura de los labios de la herida resultante que se rellenó con gasa iodofórmica, y la curación se verificó sin incidentes. Parió espontáneamente y sin desgarrar del periné y el puerperio fué fisiológico. El examen histológico de la pared del trombus, hecho por *Durante*, presentaba encima del coágulo el epitelium estratificado de la mucosa vaginal, con edema del tejido conjuntivo sub-epitelial. Parece que el edema ha sido la lesión inicial: congestión gravídica, edema, alteración de la nutrición de los vasos y, en fin, ruptura de estos vasos vueltos friables.

El autor presenta este caso á causa de su rareza, fuera de ocho casos de *Rareki*, ha podido encontrar cinco más; *Brindeau* un caso más. Este accidente se produce en mujeres jóvenes, durante el embarazo y se presenta siempre en la parte inferior de la columna posterior de la vagina. Para explicar esta localización constante, pregunta si el coito, frecuentemente invocado, no podría en las mujeres cuyo elevador del ano es potente, desprender la mucosa al nivel del borde anterior del asa de este músculo y romper en este punto vasos vueltos friables.

Mr. Pinard ha observado un caso semejante en *Baudelocque*, que presentará en la próxima sesión. Sin embargo protesta contra el término trombus, empleado sin razón para esta formación sanguínea, que no se parece en nada al verdadero trombus, al hematoma de la vulva y vagina.

Mr. Doleris hace la misma reserva sobre el término empleado y confiesa que no puede explicarse el mecanismo potogénico de estos tumores sanguíneos tan particulares. Pide se complete el examen histológico, para saber si no existía en ese punto cavidad quística preexistente. Por último dada la rareza de estos tumores le parece natural poner en duda el papel del coito.

Dos casos de cesárea conservadora por procidencia del cordón en pelvis estrechas; (éxito para las madres y los niños).

Couvelaire refiere, que en diez años se han observado en el servicio del profesor *Pinard* 31 casos de procidencia del cordón con una mortalidad materna nula y fetal de 42 por 100; seis casos, sin embargo, deben ser eliminados, puesto que los fetos estaban muertos cuando entraron sus madres en la *Clinique Baudelocque*; quedan 25 casos con siete muertos, ó sea una mortalidad de 28 por 100, bien considerable. En un caso se recurrió al globo seguido de versión con niño vivo; en dos casos se practicó la versión y nacen dos niños vivos; en 22 casos se ejecutó la retropulsión manual 16 veces con éxito, seguida ó no de intervención.

En cinco casos de procidencia irreductible, siendo la dilatación incompleta, no se pudo intervenir inmediatamente y murieron los cinco niños. Así *Mr. Couvelaire* piensa que es legítimo en caso parecido, cuando no se

puede sustraer el cordón á la compresión de recurrir á la vía alta, que permite extraer rápidamente el feto. En apoyo de esta manera de pensar, presenta la observación de una primípara de treinta y cuatro años de edad, en quien practicó la operación cesárea por procidencia irreductible del cordón, dilatación incompleta, pelvis ligeramente estrechada la madre, y el niño de 4 kilogramos y vivo. En los otros casos donde la procidencia pudo ser reducida (reducción y después globo) se observan dos muertes y 15 niños salieron vivos de la clínica. De estos 15 niños, 12 nacieron espontáneamente. El autor insiste sobre este hecho, que se debe tener en cuenta antes de proceder á la cesárea por procidencia del cordón. En tres casos había desproporción entre la cabeza y la pelvis; se practicó la sinfiotomía, que dió tres niños vivos. *Couvelaire* cree que en estos casos es mejor en interés del niño intervenir en seguida por cesárea, más bien que esperar á la dilatación completa, tiempo de elección para abrir la sínfisis. Presenta otra observación en apoyo de este segundo punto de su trabajo. Se trata de una secundípara de pelvis estrechada, cuyo primer parto se terminó por una basiotripsia. Durante el de su segundo hijo se produjo una procidencia del cordón que se redujo, en razón de este accidente y de la estrechez pélvica, *Couvelaire* intervino por cesárea con éxito feliz para la madre y el niño.

En una de estas dos observaciones el líquido amniótico era verduzco, pero los ruidos del corazón fetal eran excelentes en los dos casos.

Couvelaire deduce que la operación cesárea puede ser utilizada en las procidencias del cordón con ventaja para el feto: 1.º Cuando el cordón es irreductible, cualquiera que sea la desproporción que exista entre la cabeza y la pelvis. 2.º Cuando es reductible no será ejecutada si no existe desproporción notable entre la cabeza fetal y la pelvis.

Botella.

Terapéutica.

MARINESCO.—Tratamiento de la corea de SYDENHAM, por las inyecciones intraaracnoideas de sulfato de magnesia. *Semaine médicale* 1908, pág. 553.

Descubierta por MELTZER y AUER, en 1905, la acción sedante que las sales de magnesio ejercen sobre el sistema nervioso, fueron numerosos los intentos terapéuticos hechos con estos compuestos, empleando inyecciones subcutáneas de sulfato de magnesia en el tratamiento de la epilepsia, inyecciones intravenosas de cloruro magnésico en el tratamiento del corea é inyecciones intraaracnoideas de sulfato de magnesia para combatir diferentes formas de neuralgias, dolores fulgurantes de la tabes y muy especialmente en el tratamiento del tétanos.

MARINESCO propone este último procedimiento contra la corea. Emplea para la inyección una disolución recientemente preparada de 25 gramos de sulfato de magnesia (que no haya perdido su agua de cristalización por efflorescencia) en 100 gramos de agua. Hace la inyección intraracnoidea de esta disolución á la dosis de 3 á 5 c. c., teniendo la precaución de permitir antes la salida de la misma cantidad de líquido céfalo raquídeo. Esta inyección produce á las tres ó cuatro horas, anestesia y parálisis de los miembros inferiores, no va apareciendo la sensibilidad y motilidad hasta pasadas ocho á catorce horas. En los que padecen corea, la inyección va seguida de disminución y hasta suspensión inmediata de los movimientos coréicos.

El A. ha empleado este procedimiento en cuatro casos que han curado. El primero en veinticinco días con dos inyecciones, una de 3 c. c., y otra de 3 $\frac{1}{2}$ c. c.; el segundo, en tres días con una inyección de 5 c. c.; el tercero, en treinta días con dos inyecciones, y el último, en siete días con dos inyecciones de 2 c. c. cada una.

De la lectura de su trabajo, deduzco:

Que es indiscutible la acción sedante que el sulfato de magnesia ejerce sobre el sistema nervioso, y bien manifiesta la disminución y aún cesación inmediata de los movimientos coréicos.

Son pocos casos para juzgar de la eficacia de un tratamiento en enfermedad de curso tan variable en la que tantos remedios se han acreditado.

Sin embargo, merece seguirse ensayando este procedimiento con cierta prudencia, pues no está libre de accidentes; como fiebre, vómitos, cefalalgia, retención de orina, disnea, etc.

T. Hernández

Una fórmula excelente para la anestesia local del oído.

El clásico líquido de BONAIN, ha sido modificado por su autor con la adición de adrenalina, que aumenta el poder anestésico de la cocaína, permite anestesiar los tejidos inflamados y logra una hemostasia perfecta; nuestra experiencia nos permite recomendarlo muy eficazmente.

Fenol absoluto ó sintético.	1 gramo.
Mentol.	1 "
Clorhidrato de cocaína.	1 "
Clorhidrato de adrenalina.	1 milgr.

En vez de verter este líquido en el oído, colóquense pequeñas torundas de algodón, empapadas en él, en contacto con la membrana del timpano, después de haber desinfectado el conducto con la misma disolución. El autor lo recomienda también para otras pequeñas operaciones de otorino-laringología.—*Tapia*.