

2-1-48

REVISTA CLÍNICA

Faltan DE MADRID

1909 publicada por los señores:

== AZUA - CARDENAL (I.) - ELIZAGARAY ==

== GOYANES - MADINAVEITIA ==

== ORTIZ DE LA TORRE ==

con la colaboración de los señores:

ACHÚCARRO - ASUA - BOTELLA (J.) - CIFUENTES - COVISA (J.)

COVISA (I.) - ELIZEQUI - FERNÁNDEZ SANZ - GAYARRE - HER-

NANDO - ILLERA - MÁRQUEZ - NONELL - PITTALUGA - ROMEO

SALA - SANDOVAL - SÁINZ DE AJA - SÁNCHEZ REAL - TAPIA

== TELLO - VIGUERAS ==



1909

Se publica dos veces cada mes.

29

1

Redacción y Administración: NÚÑEZ DE ARCE - 14 - 1.^o
MADRID

Imprenta y Librería Médica. CASA VIDAL. - Atocha, 98. - MADRID.

7

DISPONIBLE

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Se publica dos veces cada mes y consta de 40 páginas.

Las suscripciones son por año completo.

Precios de suscripción:

}	En España 20 pesetas.
	En el extranjero 23 francos.

Número suelto UNA peseta.

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: NUÑEZ DE ARCE, 14, 1.º

Toda la correspondencia, así como letras, giros ó valores, dirigidos al Sr Administrador de la „Revista Clínica de Madrid”.

Nuñez de Arce, 14, 1.º

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

publicada por los señores

AZUA	GOYANES
CARDENAL (L.)	MADINAVEITIA
ELIZAGARAY	ORTIZ DE LA TORRE

REDACTOR-JEFE
MIGUEL GAYARRE

COLABORADORES

ACHÚCARRO	COVISA (J.)	SALA	SANDOVAL
ASÚA	ELEIZEGUI	SÁINZ DE AJA	SÁNCHEZ REAL
BOTELLA	FERNÁNDEZ SÁNZ	ROMEÓ	TAPIA
CIFUENTES	HERNANDO	PÉREZ VALDÉS	TELLO
CASTRESANA	MÁRQUEZ	PITTALUGA	VIGUERAS
COVISA (I.)	NONELL	RODRÍGZ. ILLERA	—

TOMO PRIMERO

1909 - I.



MADRID

Redacción y Administración: Núñez de Arce, 14, 1.º

1909

REVISTA CLÍNICA

DE MADRID

Imp. y Librería Médica "CASA VIDAL,"
Atocha, 96 y 98.-Madrid.

INDICE DEL TOMO PRIMERO

Trabajos originales ⁽¹⁾.

	Páginas
AZÚA (J.).—Polineuritis y albuminuria hidrargíricas, por intoxicación aguda terapéutica, en un sífilítico.....	1
— Informaciones dermo-sifiliográficas.—Carcinosis secundaria cutánea.....	201
BOTELLA (E.).—Cuerpo extraño del bronquio izquierdo extraído por broncoscopia (N. C.).....	298
BOTELLA (J.).—Operación cesárea y talla lateralizada del pubis.....	321
CARDENAL (L.).—Estrechez infranqueable de la uretra.—Cateterismo con el auxilio del uretroscopio (N. C.).....	20
— Ileo-sigmostomía por colitis muco-membranosa (N. C.).....	415
CARDENAL (S.).—Contribución al estudio de la cirugía del páncreas.....	241
CIFUENTES (P.).—Amputación osteoplástica de la pierna (N. C.).....	98
— Rotura completa de la uretra.—Uretrorrafia (N. C.).....	142
— Absceso de la próstata; abertura intrauretral. Curación (N. C.).....	417
COVISA (J. S.).—Un caso de necrosis por congelación de ambas orejas, favorecida por los trastornos vasculares de la sífilis (N. C.).....	56
— Un caso de esclerodermia en bandas y en placas (N. C.).....	253
ELIZAGARAY (J. L.).—Dos casos de hematemesis apendicular (N. C.).....	24
— Nuevas orientaciones en el diagnóstico de la fiebre tifoidea.—Las infecciones gaseosas intrapleurales en los derrames pleuríticos.—El atoxyl en la tuberculosis.—Defensa del estómago contra la autodigestión (R. C.).....	175
— Eritemas sarampionosos-escarlatiniformes de la fiebre tifoidea.—Exposición de un caso.....	282
— Los cuerpos inmunizantes de Carl Spengler y su nuevo producto antituberculoso.—Pulso lento permanente de origen intracardiaco (R. C.).....	338
FERNÁNDEZ SANZ (E.).—Patogenia de la tabes y de la parálisis general, según la escuela escocesa (R. C.).....	29
— Un caso de miopatía primitiva.....	48
— Espasmo clónico del esterno-cleido-mastoideo en una histérica (N. C.).....	147
— Dos casos de neuralgia del trigémino tratados por las inyecciones de alcohol (N. C.).....	255
— Un caso de hemiplegia histérica (N. C.).....	374
— Diagnóstico diferencial de las hemiplegias histérica y orgánica (R. C.)..	461
FLORES-ESTRADA.—Oclusión intestinal tratada por el lavado del estómago (N. C.).....	461
GARCÍA PELÁEZ (C.).—Dos casos de leucemia (N. C.).....	365
GAYARRE (M.).—La génesis sexual del histerismo y de las neurosis en general (R. C.).....	65
— Un caso de amiotonia congénita (enfermedad de Oppenheim) (N. C.).....	457
GAYARRE (M.) y MARAÑÓN (G.).—La reacción de Noguchi.....	351
— La reacción de Wassermann.....	401
GIL Y CASARES (M.).—Sobre la neurosis gastro-cardíaca.....	130
GOYANES (J.).—Un nuevo método de anestesia regional.....	12
— Un caso de cuerpo extraño (piñón) alojado en el bronquio derecho.—Extracción por broncoscopia superior (N. C.).....	214
— Oncología.—Cirugía de guerra.—Cirugía vascular (R. C.).....	219
— Un caso interesante de rinoplastia (N. C.).....	302
— Un caso de herida de la arteria femoral profunda. Aneurisma difuso consecutivo. Sutura arterial. Curación (N. C.).....	331
— Sencillo procedimiento para reconocer la presencia de la vejiga en el contenido hernial durante las operaciones (N. C.).....	334

(1) N. C. — Nota Clínica. R. C. — Revista Crítica.

	Páginas
GOYANES.—Un caso de epilepsia jacksoniana traumática. Operación. (N. C.)..	371
HERNANDO (T.) y PESET ALEXANDRE (J.).—Microquímica de los iodo-cadmios alcaloidicos.....	210
LÓPEZ SUÁREZ (J.).—Infección interna ó sepsis generalizada (N. C.).....	172
— El agua oxigenada en la hiperclorhidria.....	291
MADINAVEITIA (J.).—Tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el campo próximo á Madrid (N. C.).....	27
— El tifus exantemático (N. C.).....	140
— Un caso de diarrea prandial (N. C.).....	215
— Quiste hidatídico supurado (N. C.).....	251
— La epidemia actual del tifus exantemático.....	248 y 441
— Fecundación artificial.—La Schistosomiasis.—La colina y su papel en el organismo.—Situación del apéndice.—Sobre la apendicitis.—Microbismo latente de los bacilos tíficos.—Valor de la reacción de Cammidge.—Tratamiento por la tuberculina (R. C.).....	422
MARAÑÓN (G.).—Nefritis y adherencia externa del pericardio (N. C.).....	168
— Notas de suero diagnóstico (R. C.).....	428
— V. GAYARRE.	
MÁRQUEZ (M.).—Estado actual de la cuestión del catarro primaveral (R. C.)..	257
OLLER (A.).—Hernia traumática del diafragma (N. C.).....	377
ORTIZ DE LA TORRE (J.).—Accidentes del trabajo.....	41 y 162
— Úlceras gástricas tratadas por gastro-enterostomía (N. C.).....	95
— Epiploitis en las hernias operadas (N. C.).....	166
PÉREZ VALDÉS (R.).—Tratamiento del ataque colérico.....	81 y 122
PESET ALEXANDRE (J.).—V. HERNANDO.	
PITTALUGA (G.).—Infusorios y parásitos de las vías digestivas (R. C.).....	62
PITTALUGA (G.) y R. ILLERA (L.).—Sobre un microorganismo aislado en un caso de tifus exantemático.....	248
RODRÍGUEZ ILLERA (L.).—V. PITTALUGA.	
ROMEO (A.).—Dos casos de sarampión complicado (N. C.).....	58
— Tres casos de anginas gangrenosas en el curso de la escarlatina (N. C.)...	170
— ¿Existe la enfermedad de Duker?.....	325
— Algunos tratamientos modernos de la coqueluche (R. C.).....	419
SÁINZ DE AJA (E. A.).—Absceso parauretral en el curso de la blenorragia.—Exploración con el uretroscopio de Luys (N. C.).....	305
SALA (C.).—De los portadores de gérmenes y su importancia como propagadores de las enfermedades infecciosas (R. C.).....	336
SAL LENCE.—Consideraciones sobre un caso de obstrucción de la arteria central de la retina.....	91
SANDOVAL (F. R.).—Un nuevo método de diagnóstico precoz de la tuberculosis según Calmette (R. C.).....	104 y 149
TAPIA (A. G.).—Pólipo aéreo del tímpano. Imagen timpánica curiosa (N. C.)..	60
— Un caso de laringectomía parcial por cáncer (N. C.).....	145
TELLO (F.).—La regeneración de los centros nerviosos (R. C.).....	384
URRUTIA.—Hematemesis en la fiebre tifoidea (N. C.).....	102
— Hemorragias ocultas en el cáncer del estómago.....	448
VIGUERAS (F.).—Quistes del ovario (N. C.).....	100

Academias y Sociedades Médicas.

Congreso Francés de Cirugía (CIPUENTES).....	38
Real Sociedad de Medicina de Londres. Sección de Cirugía. 10 Noviembre 1908 (I. S. COVISA).....	77
Sociedad Ginecológica Española. 13 Enero 1909 (J. BOTELLA).....	117
Sociedad de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de París. 11 Enero 1909 (J. BOTELLA).....	157
II Congreso anual de neurólogos alemanes. Heidelberg Octubre 1908 (GAYARRE).....	190-234-271 y 312
LX Congreso de la Asociación Americana para el progreso de la Ciencia. Baltimore Diciembre-Enero 1908 (ACHÚCARRO).....	351

Sociedad de Cirugía de París. Enero 1909 (CIFUENTES).....	398
II Congreso de la Sociedad Alemana de Urología. Berlín Abril 1909 (L. CARDENAL).....	434
XXVI Congreso alemán de Medicina interna en Wiesbaden (GAYARRE).....	479

Bibliografía.

<i>Achúcarro</i> (N.).—Histología patológica del sistema nervioso central (MADINA-VEITIA).....	267
<i>Albarrán</i> (T.).—Medecine operatoire des voies urinaires. Paris 1904 (G. ASÚA).....	111
<i>Balthazard, Cestan, Claude, Macaigne, Nicolás y Werger</i> .—Manual de Patología interna (J. LÓPEZ SUÁREZ).....	179
<i>Bier</i> .—La hiperhemia como procedimiento terapéutico (J. O. DE LA TORRE).....	34
<i>Blackburn</i> (L. W.).—Colección de 75 grandes fotografías de modificaciones patológicas, encontradas en autopsias, en el cerebro de enfermos mentales. (N. ACHÚCARRÓ).....	429
<i>Dost</i> .—Compendio de Psicología, Psiquiatría y Psiquiatría legal. Leipzig 1908 (GAYARRE).....	307
<i>Hale White</i> .—Common affections of the liver. London 1908 (URRUTIA).....	345
<i>Hernando</i> (T.).—Estudio crítico del tratamiento de la luxación congénita de la cadera. Tesis. Madrid 1908 (J. O. DE LA TORRE).....	111
<i>Königer</i> (H.).—Die Zytologische Untersuchungsmethode, ihre Entwicklung und ihre Klinische Verwertung an den Ergüssen seröser Höhlen. Jena 1908 (URRUTIA).....	343
<i>Leo de Bonn</i> (H.).—Die Salzsäuretherapie (MADINAVEITIA).....	267

ÍNDICE ANALÍTICO

Págs.	Pág.
Abscesos cerebrales consecutivos á heridas por armas de fuego.....	221
Absceso parauretral en el curso de la blenorragia.....	305
Absceso de la próstata.....	417
Accidentes del trabajo.....	41 y 162
Ácidos (constitución química y acción fisiológica de los).....	353
Adrenalina en las crisis gástricas.....	320
Adrenalina (acción sobre la pupila de la rana).....	350
Alienados (una reacción de la sangre de los).....	471
Alucinaciones (teoría de las).....	184
Amiotonia congénita (enfermedad de Oppenheim. Un caso).....	457
Anafilaxis.....	351
Anastomosis intestinal (modo de disminuir las probabilidades de infección).....	112
Anestesia regional (un nuevo método de).....	12
Anestesia local del oído.....	160
Anestesia raquídea (degeneraciones medulares consecutivas).....	227
Aneurisma de la femoral profunda.....	330
Anginas gangrenosas en la escarlatina.....	170
Anticuerpos comunes.....	428
Antifermentativo de la sangre (Poder).....	428
Antrax (tratamiento del).....	233
Apéndice (cuándo se debe intentar la conservación del).....	77
Apéndice (situación del).....	424
Apendicectomía (ventajas de la laparotomía para la).....	73
Apendicitis (signo de Rovsing en la).....	348
Apendicitis (sobre la).....	425
Apendicitis y anexitis.....	430
Argyrol en el tratamiento de la blenorragia.....	228
Arsacetina.....	200

Pág.	Pág.		
Atoxil y tuberculosis.....	177	en la).....	170
Atrofia papilar tabética.....	191	Esclerodermia en bandas y en pla-	259
Bocio (trastornos cardiacos conse-	316	cas.....	238
cutivos á la desaparición de un).	427	Esclerosis múltiple aguda.....	147
Cambridge (la reacción de).....	448	Espasmo del esterno-cleido-mas-	395
Cáncer de estómago (hemorragias	396	toideo (un caso).....	20
ocultas en el).....	320	Estómago (sensibilidad del).....	271
Cáncer de las vías biliares (opera-	219	Estrechez infranqueable de la ure-	315
ción radical en el).....	221	tra.....	440
Capacidad craneal y peso compara-	201	Exploración otológica en las enfer-	395
do del cerebro.....	349	medades de la fosa craneal pos-	271
Carcinoma producido por los rayos	257	terior.....	315
Röntgen.....	37	Extasis papilar (patogenia).....	440
Carcinoma de los ratones.....	115	Eulatina.....	422
Carcinosis secundaria cutánea.....	115	Fecundación artificial.....	175
Castraciones por motivos sociales..	158	Fiebre tifoidea (diagnóstico y pro-	281
Catarro primaveral.....	321	flaxis).....	102
Cesárea vaginal en un caso de pla-	240	Fiebre tifoidea (eritemas saram-	230
centa previa.....	358	piñosos en la).....	358
Cesárea é histerectomía por pre-	158	Fiebre tifoidea (hematemesis en la)	348
sentación de hombro.....	81 y	Fiebre puerperal (tintura de iodo	398
115	423	en la).....	232
Cesárea obligada por histeropexias	55	Fiebre puerperal (colargol en la)..	440
abdominales anteriores.....	273	Fractura de los boxeadores.....	116
Cesárea conservadora por proci-	419	Fracturas (reducción sangrientas in	477
ciencia del cordón.....	159	fiación).....	193
Cesárea y talla lateralizada del	216	Ganglios inguinales (procedimien-	24
pubis.....	298	to de extirpación).....	102
Cocaína y sales de plata.....	338	Gastrosan.....	374
Colargol en las fiebres puerperales.	476	Gelatina en la diarrea de los niños.	464
Colérico (tratamiento del ata-	399	Glándulas paratiroides (fisiología)	239
que).....	215	Glándulas paratiroides en la hi-	448
Colina (papel de la).....	326	perexcitabilidad galvánica de los	187
Congelación de ambas orejas.....	281	niños.....	223
Connoción cerebral (lesiones).....	181	Gliosarcoma medular traumático..	331
Coqueluche (tratamiento).....	347	Hematemesis apendicular.....	377
Corea (tratamiento).....	155	Hematemesis en la fiebre tifoidea.	166
Cuerpo extraño en el bronquio de-	189	Hemiplejia histérica (un caso)....	334
recho.....	183	Hemiplejias histérica y orgánica	37
Cuerpo extraño en el bronquio iz-	371	(diagnóstico diferencial).....	226
quierdo.....	166	Hemorragias (tratamiento).....	475
Cuerpos inmunizantes de Carl Spen-	190	Hemorragias ocultas en el cáncer	189
gler.....	113	de estómago.....	187
Demodex folliculorum (disemina-	183	Hemostasia preventiva en las ope-	223
ción de la lepra por el).....	371	raciones de la pelvis.....	331
Desalgina.....	166	Heridas por arma de fuego (infec-	377
Diarrea prandial (un caso).....	190	ción).....	334
Dukes (enfermedad de).....	189	Herida de la femoral profunda....	37
Eclampsia (patogenia de la).....	166	Hernia traumática del diafragma..	226
Embarazo tubario.....	190	Hernias operadas (epiploitis en las)	334
Embarazo ectópico (etiología)....	113	Hernias (reconocimiento de la ve-	37
Endocarditis por toxinas bacteria-	183	jiga en la operación de las).....	226
nas.....	190	Hierro en los tejidos calcificados..	40 y
Epididimitis blenorragica (trata-	113	Hidrocefalia (drenaje de los ven-	291
miento quirúrgico).....	183	triculos con segmentos de va-	475
Epilepsia (tratamiento metatrófico)	371	sos).....	189
Epilepsia jacksoniana (un caso)...	166	Hiperclorhidria (tratamiento por	189
Epiploitis en las hernias operadas.	190	el agua oxigenada).....	475
Equinococos del conducto verte-	113	Hipertermia en el sarampión.....	189
bral.....	113	Hipofaringoscopia.....	189
Escarlatina (seroterapia).....	113	Hipófisis (tratamiento operatorio	
Escarlatina (anginas gangrenosas			

Pag.		Pág.
	de los tumores de la).....	219
	Hipófisis (patología de los tumores de la).....	298
	Hipófisis (fisiología).....	309, 433 y 478
	Histerectomía abdominal (técnica).....	397
	Histerismo (génesis sexual del).....	65
	Histerismo (concepto clínico del).....	355
	Ictericias post-clorofórmicas.....	185
	Ileo-sigmostomía por colitis mucomembranosa.....	415
	Infección interna ó sepsis generalizada.....	172
	Infusorios parásitos de las vías digestivas.....	62
	Insuficiencia aórtica de origen obstructivo.....	230
	Inyecciones gaseosas en los derrames pleuríticos.....	177
	Ioduro potásico (forma de administrar el).....	40
	Ioduro potásico (intolerancia gástrica).....	80
	Laparatomizadas (abandono temprano del lecho).....	153
	Laringuectomía parcial por cáncer.....	145
	Lepra (diseminación).....	476
	Lepra (autodiseminación).....	476
	Lesiones traumáticas del codo (tratamiento).....	185
	Lesiones traumáticas del cono medular.....	192
	Leucemia (dos casos).....	365
	Leucoplasia lingual (tratamiento operatorio).....	157
	Localización de las lesiones de la oblongada.....	298
	Localización de los síntomas tónicos y catatónicos.....	318
	Luna (¿por qué parece mayor en el horizonte?).....	316
	Mercurio (metástasis y metamorfosis bioquímicas).....	269
	Metabolismo mineral en patología.....	478
	Miatonía congénita (anatomía patológica).....	319
	Microbismo latente de los bacilos tíficos.....	424
	Microquimia de los iodo-cadmíatos alcaloidicos.....	211
	Midriasis producida por el suero de los nefríticos.....	351
	Miopatía primitiva (un caso).....	48
	Morfina (crisis consecutivas á su empleo).....	432
	Nefrectomía doble y reimplantación de un riñón.....	255
	Nefritis y adherencia externa del pericardio.....	168
	Nervio craneal no descrito.....	194
	Neuralgias faciales (tratamiento).....	38
	Neuralgias faciales (tratamiento por inyecciones de alcohol.....	255
	Neuralgias (tratamiento por inyecciones de alcohol).....	79
	Neurastenia (situación clínica de la).....	236
	Neuritis diabética y alcohólica.....	191
	Neurofibrillas (desarrollo de las).....	354
	Neurosis gastro-cardíaca.....	181
	Noguchi (reacción de).....	361
	Nudosidades (tratamiento).....	120
	Obesidad cerebral.....	237
	Obstrucción de la arteria central de la retina.....	91
	Oclusión intestinal por extirpación de fibromas uterinos.....	76
	Oclusión intestinal tratada por el lavado de estómago.....	461
	Oleo-brasidato de mercurio.....	357
	Oppenheim (enfermedad de un caso).....	457
	Oxicianuro de mercurio.....	440
	Páncreas (cirugía del).....	241
	Pancreática (reacción de Cammidge).....	427
	Parálisis general y tabes (patogenia).....	29
	Parálisis general (etiología y síntomas).....	183
	Parálisis infantil (tratamiento quirúrgico).....	236
	Parálisis de Landry (anatomía patológica).....	193
	Parálisis post-diftéricas.....	234
	Parálisis del recurrente.....	482
	Perforación de estómago é intestino delgado consecutivo á ovariectomía é histerectomía.....	178
	Placenta (patología).....	116
	Placenta previa (cesarea por).....	87
	Pleuresía sero-fibrinosa infantil.....	810
	Polimieltis anterior del adulto (anatomía patológica).....	194
	Polineuritis y albuminuria hidrúrgicas.....	1
	Pólipo del timpano.....	60
	Portadores de gérmenes en las infecciones.....	336
	Presión sanguínea en la exploración del colédoco (descenso de la).....	36
	Prurito (sencillo remedio).....	40
	Psicoterapia (método psico-analítico en).....	355
	Pulso lento de origen intra-cardíaco.....	340
	Quiste hidatídico supurado.....	251
	Quistes hidatídicos (suero-diagnóstico).....	428
	Quistes del ovario.....	100
	Quistes del paraovario (torsión pedicular).....	431
	Reacción de Cammidge.....	427

Pág.	Pág.		
Reacción de Much.....	476	Teñido de la leche en los animales lactantes.....	354
Reacción de Noguchi.....	361	Tifus exantemático.....	140, 288 y 441
Reacción de Wassermann 194, 198 y 401		Tiroides (fisiología).....	231
Reacción de la desviación del complemento (mecanismo).....	235	Trasfusión directa de la sangre.....	184
Regeneración en los centros nerviosos.....	384	Trasplatación de miembros.....	74
Resistencia de la piel humana á la corriente eléctrica.....	317	Treponema pálido (visión ultramicroscópica).....	268
Retención de orina en el niño (causa singular).....	114	Trombus de la vagina.....	157
Reumatismo articular agudo (tratamiento).....	277	Trompa de Falopio y apéndice (posición anormal).....	347
Rinoplastia (un caso).....	302	Tuberculinas.....	427
Rotura de la uretra (un caso de).....	442	Tuberculosis pulmonar (tratamiento en el campo de Madrid).....	27
Sarampión complicado.....	58	Tuberculosis pulmonar (tratamiento operatorio).....	73
Sarampión (hipertermia debida al).....	475	Tuberculosis (diagnóstico precoz).....	104 y 149
Sarcoma primitivo de la vagina... ..	397	Tuberculosis y atoxil.....	177
Schistosomiasis.....	423	Tuberculosis (cuerpos inmunizantes de C. Spengler).....	338
Sección transversal de la médula... ..	472	Tuberculosis del cuello del útero.....	153, 154 y 182
Sensibilidad (exploración de la).....	317	Tuberculosis y menstruación.....	271
Sensibilidad después de la sección de los nervios.....	356	Tumores fibrosos del útero.....	76, 314
Sero-diagnóstico en la tabes y la parálisis general.....	194	Tumores de la hipófisis.....	219, 238
Sero-diagnóstico de Wassermann en la sífilis.....	198	Tumores medulares.....	236
Sero-diagnóstico de los quistes hidatídicos.....	428	Tumores renales de Grawitz.....	156
Sífilis hereditaria (los gritos en la).....	188	Uretrorrafia.....	142
Sífilis (sero-diagnóstico). 194, 198, 361 y 401		Úlceras gástricas (tratamiento por la gastro-enterostomía).....	96
Signo del triángulo de Grocco.....	310	Úlcera gástrica y defensa del estómago contra la auto-digestión... ..	178
Spirochæte pallida (cultivo).....	433	Varices (tratamiento por inyección de iodo).....	112
Subnitrate de bismuto (intoxicación).....	119	Vejiga (procedimiento para reconocerla en el contenido hernial).....	331
Tabes y parálisis general (patogenia).....	29	Verruga (tratamiento).....	80, 434
Tabes y parálisis general (sero-diagnóstico).....	194, 361, 401	Wassermann (reacción de). 194, 198, 409	
Técnica rápida de coloración de la mielina.....	75		

AVISO AL ENCUADERNADOR

Las láminas sueltas que se adjuntan en este tomo corresponden al trabajo del doctor D. Salvador Cardenal (Barcelona), páginas 244.

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

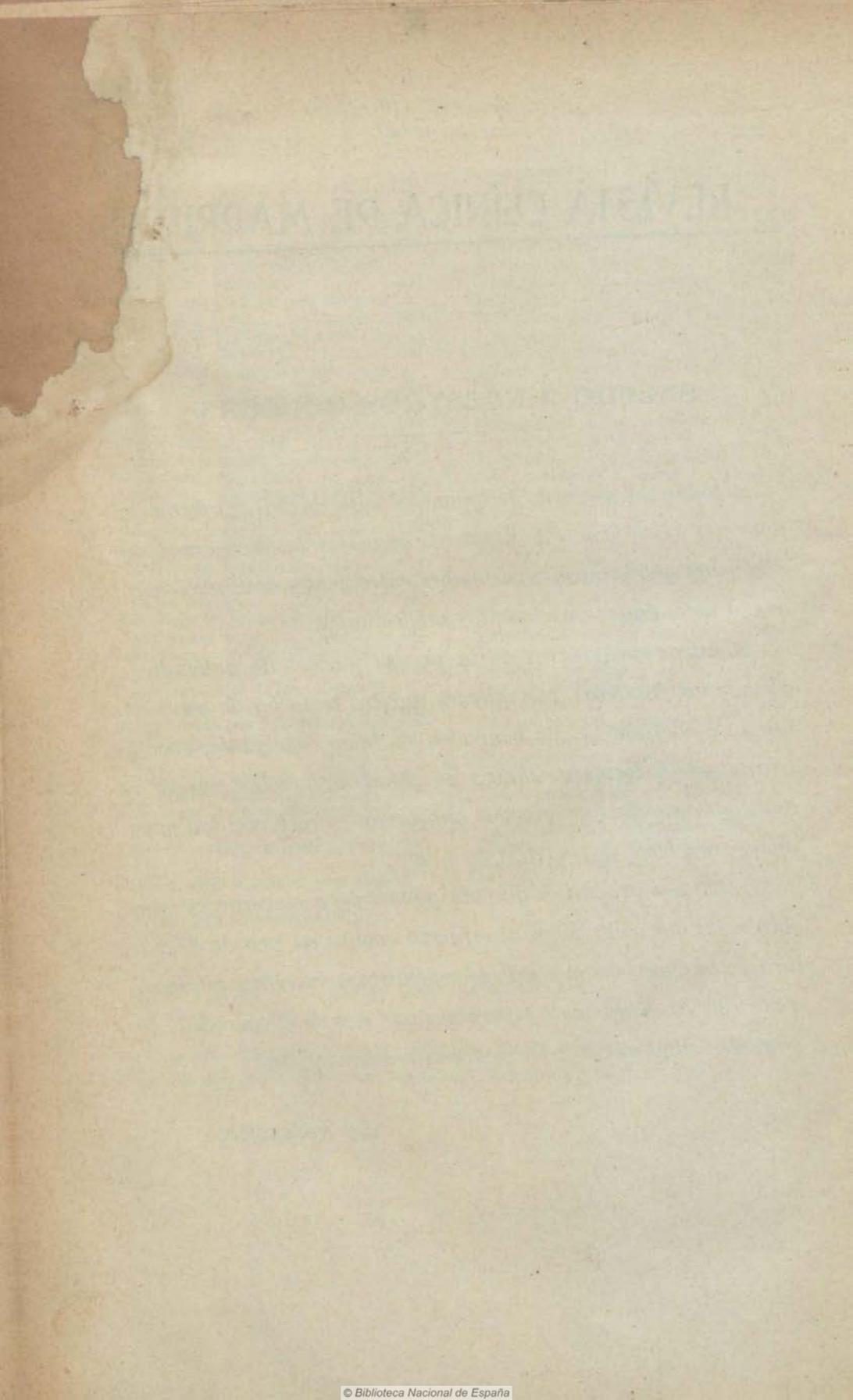
SALUDO Á NUESTROS COLEGAS

A todos, en general, dirigimos el más cordial y afectuoso, pues con todos hemos de mantener aquellas buenas y corteses relaciones que son uso y costumbre entre gentes bien nacidas y que, á más, figuran en las filas intelectuales.

Nuestros compañeros de la prensa médica de aquende y allende las fronteras, con quienes nuestro trato ha de ser más íntimo y continuo, como ocupados en labor semejante, encontrarán en la Revista Clínica de Madrid aquella sincera y amistosa acogida, que nosotros anhelamos en reciprocidad para nuestro naciente engendro.

Los firmes propósitos que abrigamos de perseverar en una obra seria que contribuya al esfuerzo común en pro de la cultura de la clase, creemos que se reflejarán en nuestras páginas, y por esto confiadamente esperamos que nos será concedida la confraternidad que á todos pedimos rendidamente.

La Redacción.



REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Sumario: SALUDO Á NUESTROS COLEGAS.—Polineuritis y albuminuria hidrargíricas, por intoxicación aguda terapéutica, en un sífilítico, por Azua.—Un nuevo método de anestesia regional, por Goyanes.—NOTAS CLÍNICAS: Estrechez franqueable de la uretra, por Cardenal.—Dos casos de hematemesis apendicular, por Elizagaray.—Tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el campo próximo á Madrid, por Madinaveitia.—REVISTAS CRÍTICAS: Patogenia de la tabes dorsal y de la parálisis general, según la escuela escocesa, por Fernández Sanz.—BIBLIOGRAFÍA: La hiperhemia como procedimiento terapéutico, por Ortiz de la Torre.—REVISTA DE REVISTAS: Causa del repentino descenso de la presión sanguínea, durante la exploración del conducto colédoco, por Covisa.—Sobre la pretendida existencia del hierro en los tejidos calcificados, por Tello.—La cesárea vaginal de Dührsen, en un caso de placenta previa, por Viguera.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: Tratamiento quirúrgico de las neuralgias faciales, por Cifuentes.—TERAPÉUTICA.—NOTICIAS PROFESIONALES.

Polineuritis y albuminuria hidrargíricas, por intoxicación aguda terapéutica, en un sífilítico.

POR

JUAN DE AZUA

Médico del Hospital de San Juan de Dios.

Profesor de Dermatología y Sifiliografía de la Facultad de Medicina de Madrid.



Ocorre con frecuencia en los enfermos diagnosticados de sífilis, que casi todas las alteraciones morbosas posteriores á la infección se achacan á ésta desde luego, sin practicar el minucioso examen de los hechos, necesario para un buen diagnóstico. La multiformidad de la sífilis, justifica se plantee siempre la interrogante diagnóstica específica, en cuantos enfermos tengan padecimientos de etiología desconocida ó indecisa. En estos casos pensar en la sífilis y hacer *tratamiento de prueba*, si otros no han dado resultado, es sensato, pues pronto el resultado enseña si se debe continuar ó cesar en la medicación ensayada; pero empeñarse en tratar sistemáticamente como sífilítico, todo lo que estos presenten, es un error tan frecuente como grave.

Los enfermos mismos suelen con sus solicitudes, ser favorecedores de estas equivocaciones. Abundan los ejemplos interesantes. Un mi cliente antiguo sífilítico, sin síntomas desde hace mucho tiempo; tiene en 1900, aftas bucales recidivantes y me dice: «mi enfermedad vuelve, estoy lleno de placas. He visto al doctor X y me ha dado jarabe de GIBERT y estoy

peor; vengo por las inyecciones fuertes que tan bien me sentaron al principio de la enfermedad.» La inspección confirma el diagnóstico de aftas que éstas, están sostenidas por el almacén infectivo que representa una pieza de prótesis dentaria. Además tiene gingivitis por la medicación. Le manifiesto: no es sífilis; la medicación mercurial le perjudica; cambie la prótesis y haga limpieza y desinfección de la boca. Hace observaciones desconfiadas y se va... á ponerse inyecciones, que en el extranjero le aconsejan. Vuelve con innumerables aftas y estomatitis violenta. Tardó en curarle cinco meses.

En Julio, 1905, veo á una señora de cincuenta y ocho años, que fué infectada en la juventud. Sufrió desde los cuarenta y ocho, de dolores en las rodillas, con chasquidos y deformación de las mismas; posteriormente se habían interesado la articulación de la cadera izquierda y las manos, teniendo estas las deformaciones del reumatismo crónico. *No se aliviaba con ioduro*. Fué á unos baños y aguantó unas inyecciones de calomelanos, que no aliviaron un segundo los dolores y produjeron una estomatitis intensísima y una mortal entero-colitis hemorrágica, por las lesiones necróticas que produjo la intoxicación mercurial. Y escojo, para tercer ejemplo, entre los numerosos que pudiera aducir, un enfermo en el que la sífilis, la medicación y los médicos nos coaligamos para engendrar un verdadero *lío* patológico, dentro del cual se ha destacado como factor principal, la acción tóxica del mercurio produciendo albuminuria (sin nefritis) y una polineuritis hidrargírica á la que haremos objeto primordial de este trabajo, en razón á los pocos casos conocidos y especiales condiciones de su desarrollo.

En 1903, por Julio, ingresó en mi clínica, J. Ch. de veintiseis años. Había tenido un chanero, en el surco balánico, en Mayo de 1901 y posteriormente adenopatias y placas peri-anales. No fué diagnosticado y sólo fué tratado con medios locales. En Agosto 1902, dolores osteócopos, en los miembros, típicamente nocturnos. Entra en el Hospital General y se dá cuatro *grandes* fricciones mercuriales que producen enorme estomatitis; y antes de terminar Agosto, estaba anasárquico, siendo en la cara el edema inconstante, ligero y móvil (1). Se cesó en el uso del ioduro dispuesto al comenzar la estomatitis y estuvo á dieta láctea dos meses, desapareciendo el edema. Sus dolores osteócopos cedieron, pero al suprimir el ioduro se recrudecieron, y desde la aparición del edema, se habían presentado en los pies y manos otros distintos dolores, punzantes y urentes, con *hormigueos* y *acorchamientos* en las extremidades, que han persistido y aumentado, á pesar de baños de vapor, sulfurosos y cuatro gramos de ioduro potásico. Este medicamento, producía coriza y grietas en las ventanas nasales y el enfermo ha tenido, ya después de la existencia del

(1) No sabe si tuvo albuminuria, pero es razonable creerlo por la dieta láctea dispuesta y por lo observado después.

edema y de las parestesias de los miembros, dos grandes ataques de erisipela, á partir de la nariz, probablemente por infección de alguna de las grietas. Desde las erisipelas tiene obstrucción nasal, secreción mucopurulenta y dolores en el entrecejo, que se irradian á toda la frente.

Estado actual (6 de Julio de 1903). Talla y desarrollo medios; color de la piel muy pálido, aspecto abotagado de la cara y ojos, separados por un lomo de nariz ancho y chato. Muy delgado, le sobra piel por todos lados, y en ella se perciben numerosas estrias pseudo-atróficas, muy grandes, en las piernas, muslos y regiones trocaterianas. Son reliquias de la enorme distensión cutánea que produjo el anasarca. Abatido y flojo, con insomnio, se queja principalmente de grandes dolores multiformes, *algunos* de los que se exacerban por la noche. Exceptuada la cara, cuello y parte superior del tronco, todo su cuerpo está dolorido, en distintos grados y formas. En la región frontal molestia gravativa continua, con paroxismos lancinantes que irradian extensamente hacia el resto del cráneo. Arrancan estos dolores de la segunda erisipela que padeció, y están en relación con la deformación nasal, flujo muco-purulento y obstrucción de la nariz, constituyendo un síndrome que se ajusta al de las *sinusitis frontales*, suposición diagnóstica autorizada después, por mi compañero el señor CISNEROS (1).

Las extremidades superiores, doloridas difusamente, presentan mayores sufrimientos en los movimientos y cuando se comprimen los tejidos, sin ofrecer localización especial en los huesos. En los miembros inferiores las molestias son mucho más vivas. En el lado derecho, toda la mitad inferior del fémur duele mucho por la noche y enormemente á la presión, pudiéndose apreciar en los puntos accesibles del hueso, abultamiento óseo perióstico genuinamente específico.

Los brazos y muslos, los antebrazos y piernas, las manos y los pies, en progresión creciente según el orden de mención son asiento de toda clase de disestesias. Ardor, frío, adormecimiento, hormigueos, dolorimiento contuso, sensaciones de presión y peso producidas por la ropa, constituyen el manajo de sensaciones que atormentan al enfermo, con oscilaciones variables, respecto del número, de la intensidad, del tipo y de las horas. Con carácter fijo, se observa un dolor urente en las plantas de los pies, que se extiende á toda la extremidad, siempre que el enfermo se pone de pie ó anda, obligando al enfermo á buscar el reposo relativo, de la posición horizontal. En muchas zonas, irregulares, del tronco tiene también disestesias y especialmente y de un modo acentuado en la región epigástrica.

La exploración de la sensibilidad demuestra en todos los territorios doloridos hiperestesia é hiperalgesia mucho más acentuada en las piernas, manos y pies. Los contactos son molestos; las presiones ligeras, dolo-

(1) La descripción de la intervención operatoria hecha en Enero de 1905, está publicada en el *Boletín de Laringología*, etc. Año VI pág. 191. «Sinusitis frontal doble».—CISNEROS.

rosas; las hechas en la planta del pie insufribles, y la compresión de las masas musculares engendra vivos dolores. La sensibilidad térmica y eléctrica cutáneas están igualmente aumentadas, diferenciando, el enfermo muy bien el calor del frío.

La palpación sobre los troncos nerviosos, es algo molesta, sin llegar á despertar dolores vivos y no enseña estén apreciablemente engrosados los gruesos nervios. No hay anestias por ninguna parte y las sensaciones de lugar, movimiento, posición y estereognósticas están conservadas y normales.

Sobre la delgadez general, resalta la de los muslos y piernas. Los músculos reducidos de volumen y blanduchos, permiten destacar fuertemente los relieves óseos y articulares, sin que llegue á haber deformidades articulares. Los dos pies, en posición horizontal, aparecen levemente caídos hacia abajo y afuera, por parestia de los peroneos y tibial anterior. Son posibles todos los movimientos voluntarios, pero flojos y pausados, y su repetición se hace dolorosa. La marcha es sumamente penosa, tiene un leve tinte de *steppage*, y el enfermo camina muy despacio, apoyando el pie lo más suavemente posible para aminorar los sufrimientos del contacto-presión sobre el piso. La fatiga muscular, sobreviene rápidamente, acompañada de sacudidas fibrilares, que también aparecen de tarde en tarde espontáneamente, así como contracturas en los músculos de las pantorrillas, cuando arrecian los dolores. No ofrece el enfermo incoordinación motriz ni tiene síntoma de ROMBERG, resultando en resumen, parésico del grupo muscular mencionado y *embarazado*, en todos sus movimientos por los dolores que sentía al ejecutarlos.

La exploración eléctrica demuestra, que las contracciones musculares provocadas por las corrientes son muy dolorosas y que no obstante el aspecto muy atrófico de los músculos sólo existe reacción de degeneración incompleta (1) en el grupo antero-externo de ambas piernas. En el tronco y brazos, no hay indicios de reacción de degeneración y la aminoración de las carnes es mucho menos acentuada que en las extremidades inferiores.

El examen de los reflejos acusa modificaciones muy importantes. Están *muy aumentados* los rotulianos y algo los del tendón de AQUILES, sin que pueda llegarse á conseguirse la producción del clonus patellar ni el clonus del pie. En los reflejos cutáneos, se encuentra normal el cremasteriano, muy exaltados los ventrales y vivo y rápido el plantar, provocando flexión plantar de los dedos. No hay por tanto Babinsky. En los reflejos de los miembros superiores, en los mucosos y en los pupilares,

(1) Excitabilidad indirecta por las corrientes farádica y galvánica. Excitabilidad directa por las farádicas y las galvánicas, produciendo éstas en lugar de las bruscas contracciones normales otras lentas y vermiculares. La fórmula normal de contracción galvánica se encuentra modificada por inversión del tipo normal producido por el cierre de la corriente. Expresándolo en notación alemana; ASZ > KSZ en lugar de KSZ > ASZ que es lo fisiológico.

nada de anormal. En conjunto todas las alteraciones reseñadas son *simétricas* y de tipo acentuadamente periférico. Las funciones vesicales permanecen íntegras. Existe astricción, cosa frecuente en las polineuritis aunque en el enfermo es probable sea debida en parte á su permanencia en cama.

No tenía el más pequeño edema y el examen repetido de la orina, nos hizo ver no había ni albúmina ni cilindros y que la densidad oscilaba entre 1015 y 1020, debiendo hacer constar investigamos estos datos, con prolija insistencia y exactitud, por el anasarca sufrido anteriormente. Comía poco, presentaba la lengua blanca y se quejaba de ardor y dolorimiento en el estómago, teniendo el epigastrio sensible á la presión. Después de las comidas, se producían grandes cantidades de gases no fétidos que distendían el estómago y el vientre. Corazón normal, pulso 88, pequeño y regular.

Catarro ligero de los bronquios gruesos, con expectoración escasa y aireada. Por repetidas investigaciones clínicas y de Laboratorio, se evidenció no se trataba de un tuberculoso. Quedaba algo de gingivitis mercurial, se notaban por todas partes las adenopatías de la sífilis y no había indicios de Psicosis polineurítica. Tal era la situación del enfermo al ingresar en nuestro servicio, en donde ha permanecido dos años y medio durante los que hemos podido observar á conciencia la evolución morbosa.

Como sería fatigoso, por lo largo, detallar el curso, lo resumo sin olvidar nada importante.

Abril, 1904.—En los diez meses transcurridos, se han puesto al enfermo ocho inyecciones de calomelanos, seis de á decígramo y dos de cinco centigramos, soportadas sin infección. Ha tomado por plazos largos, de tres á ocho gramos de ioduro potásico. En Marzo de 1904 y después de haber hecho la última inyección en 28 de Febrero ha sido tratado durante nueve días con la fórmula completa de tisana de ZITTMANN.

La medicación mercurial, ha sido preciso distanciarla por fácil producción de gingivitis mercurial, no obstante los cuidados de la boca. La potásica ha debido ser interrumpida por cansancio gástrico y además por haber observado, que positivamente más aumenta, que alivia, los dolores frontales. Para la tisana de ZITTMANN, el enfermo ha tenido bastante tolerancia y la diarrea abundante que generalmente provoca la tisana ha sido en este caso, muy escasa.

Con las primeras inyecciones, (4 hasta el 20 de Noviembre de 1903), se aliviaron mucho los dolores del fémur derecho, sin modificarse todo el resto de las molestias. En conjunto la situación del paciente es peor, agotado por los sufrimientos, insomnio y escasa alimentación, por anorexia. En Noviembre de 1904 y coincidiendo con coriza iódico, se presentó en la ventana nasal derecha, y precedida de invasión faringo-nasal, una

intensa erisipela, que se hizo cefálica y duró quince ó más días, dejando más acentuados los síntomas de la sinusitis.

Persisten aumentadas todas las disestesias señaladas; la atrofia muscular es mayor, conservándose la reacción de degeneración parcial. Reflejo rotuliano, sigue muy aumentado, habiendo perdido algo de su viveza el plantar.

Desde el 23 de Diciembre de 1903, al 28 de Febrero de 1904, se pusieron las cuatro últimas inyecciones de calomelanos, notándose evidentemente un aumento en los dolores y en las atrofiás musculares.

No ha existido el más mínimo edema, pero en la orina ha sobrevenido un gran cambio. Sin albúmina ni cilindros, hasta los primeros días, de Marzo, aparece en el análisis del día 7 en gran proporción; sin cilindros, con 1021 de densidad. Durante, Marzo y Abril, se hacen por el doctor CLAUDIO SALA, de competencia reconocida, nuevos análisis que demuestran oscila la albúmina entre 6 y 8'25 gramos por litro, que no existen ni células ni cilindros renales, y que la orina no contiene el más ligero indicio de mercurio, conservando siempre densidad normal ó ligeramente aumentada (1020 á 1025). La cantidad en veinticuatro horas de 1400 á 1600 gramos.

Pensando en la conveniencia de activar la eliminación mercurial, se manda al enfermo á Archena, el día 24 de Abril de 1904 y allí toma baños y estufas.

Junio, 1904.—Vuelve de Archena muy mejorado de la gingivitis, pero sin alivio ninguno de los dolores polineuríticos, con gran cantidad de albúmina, con poquísimas fuerzas y con las masas musculares más atrofiadas, apareciendo las articulaciones como nudosidades. La hiperestesia cutánea es enorme y comienza á invadir el cuello. Los más ligeros contactos de la pared del vientre engendran contracturas dolorosas de los músculos del vientre. La hiperestesia térmica ha disminuido. Se ordena reposo en cama, ioduro con observación de la tolerancia nasal y sulfato neutro de estriénina en inyecciones hipodérmicas de uno ó dos miligramos por día. Morfina en inyecciones.

Octubre, 1904.—En Julio nueva erisipela facial. Desde Agosto ha comenzado un descenso rápido de la albúmina y en Octubre la orina con 1020 de densidad no tiene ya albúmina. Los dolores y disestesias han apaciguado, pero la atrofia muscular persiste. La lesión femoral ha curado por Agosto. Desde Julio, está suspendido el ioduro. Muchas semanas está á dieta láctea.

Diciembre, 1904.—Ha vuelto en Noviembre á tener, durante unos días, indicios de albúmina, conservando densidad de 1015 á 1025, Bastantes menos dolores. Desaparece la reacción parcial de degeneración. Se ha continuado con la estriénina, suspendiéndola de cuando en cuando.

Los reflejos rotulianos han perdido mucho de su exageración y lo

mismo sucede con el del tendón de Aquiles. El plantar es menos intenso que antes.

Anoréxico, con gran desarrollo de gases, se queja de que la ingestión de cualquier sólido ó líquido *produce ó aumenta los dolores y disestesias de las paredes ventrales*. La micción y defecación son normales.

Junio, 1905.—Sin albúmina ni edemas. Ha tenido otra erisipela facial. Todos los fenómenos dolorosos y disestésicos en gran decrecimiento. Se recobran algo las masas musculares, y los reflejos tendinosos y cutáneos aparecen no exagerados.

Diciembre, 1905.—Ha continuado la marcha favorable en todos los síntomas. Casi sin dolores espontáneos, se resiente cuando se aprietan las masas musculares que aún no han recuperado del todo su volumen. Después de curada la lesión específica del fémur, no ha vuelto á tener más manifestaciones de su sífilis.

En 31 de Diciembre es trasladado á la Clínica del doctor CISNEROS para ser operado de Sinusitis frontal. En el transcurso de un año ha sido visto varias veces y comprobado seguía sin dolores, albúmina ni edemas, pero sí con placas sifiliticas en las comisuras bucales, por el uso del tabaco.

La compleja historia del enfermo se sintetiza en este diagnóstico: *Sífilis, osteoperiostitis específica del fémur; tratamiento por fricciones: albuminuria tóxica mercurial; polineuritis periférica, sensitiva y motriz por intoxicación aguda hidrargírica; erisipelas recidivantes nasales, infección de los senos y producción de sinusitis frontal crónica.*

Descartando lo referente á la sinusitis, extraño á la sífilis, en este caso, y también á la intoxicación mercurial, nos restan que analizar el diagnóstico y las relaciones entre la sífilis, la albuminuria, la polineuritis y el mercurio. De la primera, nada hay que decir; se trata de un caso vulgar no muy intenso. Si ella hubiese sido la causa de la polineuritis, su interés seria grande, pues los casos demostrados de polineuritis periféricas por sífilis, son extraordinariamente escasos y muy discutidos, pero los hechos observados evidencian no ha tenido la sífilis parte en la lesión nerviosa, como veremos al tratar de esta. Lo mismo puede afirmarse en relación con la albuminuria, declaradamente fuera de la influencia de la infección específica, puesto que no se ha acompañado de nefritis como es de regla y no tan solo no se ha aliviado por la medicación, sino que por ella ha sido producida en dos distintas ocasiones; una por las fricciones y otra por las inyecciones de calomelanos, desapareciendo al cesar la acción mercurial, por el transcurso del tiempo.

Conocida es desde las investigaciones de FÜRBRINGER, la posibilidad de que en los sifiliticos, tratados con mercuriales, la albuminuria (1) y aún la Cilindruria, pueden no representar una nefritis sifilitica, sino una

(1) Fürbringer.—Verhandlungen des IV Congress für innere Medicin, 1885.

Lang.—Die speciellen Indicationen der verschiedenen Applicationsmethoden des Quecksilbers bei

albuminuria tóxica hidrargírica. Nuestro caso, pertenece á esta clase y es interesantísimo, por no haber tenido lesiones renales (1), no obstante la grandísima cantidad de albúmina observada y por no haberse eliminado, ni aún en el periodo máximo de la albuminuria, mercurio por los riñones. Con propósito primordial de ocuparnos de la polineuritis, nos reducimos sólo á la consignación de tan importantes modalidades de una albuminuria tóxica.

La descripción sintomática hecha, el curso y la terminación justifican perfectamente el diagnóstico de polineuritis, para la formación del que oportunamente tuvimos en cuenta las afecciones confundibles. Es especialmente interesante hablar acerca de la etiología y de las particularidades que como neuritis periférica múltiple ha ofrecido:

Existían en el enfermo, tres posibles factores etiológicos de sus lesiones nerviosas: Dos infectivos, la sífilis y las erisipelas y uno tóxico, la mercurialización.

Con toda exactitud pueden excluirse las erisipelas, como causas primarias, puesto que cuando apareció la primera, ya existían en pleno desarrollo las disestesias y dolores típicos de la polineuritis y después durante el curso de ésta, las nuevas erisipelas no han agravado los síntomas neuríticos, ni modificado el tipo y evolución morbosa que venía observándose. La sífilis fué desde luego considerada como causa, pues aunque las *Polineuritis periféricas específicas* se admiten con muchas dudas por los neurólogos, las observaciones de P. SPILLMANN ET ETIENNE (2), de GROSZ (3), de CESTAN (4) referentes á casos demostrativos de polineuritis periféricas precoces y el de DEKEYSER (5) observado en un terciario, prueban la realidad patológica de esta localización de la sífilis, y en nuestro enfermo la existencia de la osteo-periostitis femoral, establecía la situación activa de la infección y la necesidad del tratamiento. No produjo éste más curación que la de la lesión ósea, aumentando los síntomas

der Syphilisbehandlung.—Verhandlungen des X Internationalen Medizinischen Congresses.—Berlin—1890. Abtheilung XIII—p. 61.

WELANDER.—Ueber albuminurie und Cylindrurie durch Syphilis und Quecksilber.—Nord. med. Ark., Bd XXIII, Ner 29.

(1) Que hayan dado síntomas de los que permiten diagnosticarlas.

(2) *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*.—1893, pág. 637.—Enfermo de sífilis secundaria.—Polineuritis periférica motriz.—Curada con tratamiento mercurial.—P. SPILLMANN dice sólo ha encontrado en la Bibliografía otros dos casos recogidos por RODET y GALLOIS.

(3) *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*.—1893, pág. 79.—Enfermo presentado por GROSZ, en la Sociedad Dermatológica de Viena con Sífilis reciente y Polineuritis sensitiva y motora.—Curación con mercurio.

(4) R. CESTAN.—La Polynéurite siphilitique.—*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*.—Mars, 1900, pág. 159.—Dos casos de Polineuritis específicas muy precoces.—Curadas con tratamiento mercurial y potásico.—Dice ha podido recoger cinco casos más, de SPILLMANN y ETIENNE (ya mencionado), de RODET, de MINDLETON, de FORDYCK y de GROSZ (ya también mencionado).

(5) L. DEKEYSER.—Cas de Polynéurite siphilitique tertiaire.—*Journal médical de Bruxelles*.—1901 núm. 39, pág. 553.—Síntomas sensitivos-motrices-tróficos.—Curación por medicación específica.—Dice DEKEYSER no ha podido encontrar descrito más que otro caso.

neuríticos y provocando la reaparición de la albúmina. Consideramos este hecho como suficiente para desestimar la etiología sifilítica, pues está en completa oposición, con lo que acontece cuando se tratan manifestaciones de la sífilis por el mercurio y en oposición especial, con lo observado en los pocos casos publicados de polineuritis periférica específica, en los que la terapéutica antisifilítica ha sido rápidamente curadora. Por otra parte á ninguna otra razón podríamos acudir, porque entre las polineuritis sifilíticas y las tóxicas hidrargíricas, no se hallan á juzgar por lo publicado, caracteres diferenciales somáticos ó subjetivos que sirvan para diferenciarlas claramente. Es el conjunto morboso, el curso, la medicación anteriormente empleada y el resultado de la que se use, lo que fija el problema haciendo ver si se trata de una lesión por sífilis ó por el mercurio, empleado para curarla. Esto hicimos después de apreciar la ineficacia y perjuicio que los calomelanos habian engendrado, estableciendo entonces con firmeza el diagnóstico de polineuritis, por intoxicación aguda hidrargírica.

Muy pocas son las observaciones publicadas acerca de este asunto, pues casi toda la atención de toxicólogos y neuropatólogos se ha consagrado al estudio del hidrargirismo crónico, y en este no forman relieve bien sintomáticamente marcado las polineuritis periféricas, á estilo de lo que sucede en el alcoholismo y el saturnismo. En los libros clásicos, se menciona el mercurio al tratar de la etiología de las polineuritis, pero no se encuentra en ellos mención especial descriptiva y si sólo alguna referencia á los síntomas del hidrargirismo crónico, mencionándose los trabajos de LETULLE (1) acerca de la producción experimental de polineuritis por el mercurio.

De las Neuritis múltiples periféricas, por mecurialismo agudo, nada se dice y sin embargo es evidente tienen realidad clinica, como lo demuestra nuestro caso y algún otro que desperdigado en periódicos, actas de Congresos y monografías hemos encontrado.

Al de K KETLI, publicado en 1877 se han añadido, los de FORESTIER (2), de LEYDEN (3), de GILBERT (4), de NOLDA (5), de R. von ENGEL (6), y los tres casos de P. SPILLMANN y ETIENNE (7) que suman en total nueve. Si no se han publicado más, cosa que no afirmamos, el nuestro será el décimo. En este, como en los sifilíticos de LEYDEN, las fricciones mercuriales,

(1) LETULLE.—*Archives de Physiologie normal et Pathologique*.—1857, págs. 301, 338, 437, 468.

(2) FORESTIER.—*Polynourite motrice des membres d'origine mercurielle. Medecine Moderne*, 1890.

(3) LEYDEN.—*Ueber Polynouritis mercur.*—*Deutsche Medicinische Wochenschrift*.—1893, núm. 31.

(4) GILBERT.—*Eseudo-tabes mercurial.*—*Deutsche Medicinische Wochenschrift*. 1894, pág. 842.

(5) NOLDA.—*Neurotabes alcohólica-sifilítica ó mercurial.*—*Neurologie Centralblatt*. 1895, N. 25.

(6) R. von ENGEL.—*Polynouritis mercurialis.*—*Prager Medicinische Wochenschrift*.—1894.—En la obra de LANG («Tratado de la Sífilis», traducido al español) se encuentra un extracto de los casos de KETLI, LEYDEN, y ENGEL. Pág. 994.

(7) P. SPILLMANN ET ETIENNE.—*Polynourite dans l'intoxicación hidrargírique aigue et subaigue.*—*Congrés de Medicine de Bordeaux* 1896. Citan todos los demás casos aquí mencionados.

en número reducido, han sido la causa de la intoxicación, sin que en nuestro caso, pueda creerse que sólo ese modo de mercurialización era el peligro, puesto que vimos agravarse al paciente considerablemente por los calomelanos. El enfermo de KETLI fué un intoxicado por el sublimado y los tres de SPILLMANN y ETIENNE sifilíticos que habían ingerido mercurio y uno también ioduro.

Los hechos publicados y este personal se parecen mucho, en el conjunto etiológico, evolutivo y terapéutico, diferenciándose por el estado de los reflejos, ataxia y anestias, como más adelante se indica.

Mi caso ha tenido tipo sensitivo y motriz, predominando con intensidad el primer carácter y faltando en absoluto, todo indicio de incoordinación motora y de trastornos tróficos. Los síntomas como suele suceder en las polineuritis periféricas, han sido mayores en las extremidades inferiores, llegó en el tiempo de acme de la dolencia, á dejar libre tan solo la cara. Las amiotrofias, á pesar de su intensidad, no ha pasado de causar parias ligeras sobresaliendo, en cambio, el gran dolorimiento muscular que los movimientos ocasionaban. Lo circunscrito y poco acentuado de la reacción de degeneración está de acuerdo con la falta de parálisis importantes y extensas.

Sobresalen como hechos notables, las hiperestias extraordinarias del enfermo y la exageración de los reflejos cutáneos y tendinosos, condiciones morbosas entre las cuales existe sin duda relación íntima. Conocido es, que los reflejos cutáneos pueden encontrarse exaltados en las polineuritis, cuando existen hiperestias, que exagerando la sensación inicial, excitan fuertemente el centro del reflejo y producen este intenso, con tal que queden algunos elementos musculares sanos que lo ejecuten y en esta situación se encontraba sin duda nuestro enfermo; pero el *aumento grande de los reflejos tendinosos*, en una polineuritis, es un fenómeno enormemente raro, aunque no sea esta la primera vez que se señala. STRÜMPPELL, MÖBIUS y BABINSKY han visto la exageración de estos reflejos y DEJERINE ha comprobado en algunos casos, su persistencia normal, estando todos los neuropatólogos conformes en que la regla dominante es su disminución y su abolición. Quizás en nuestro caso, la conservación considerable de muchos manojos musculares sanos y la existencia en los nervios del tendón rotuliano y del de AQUILES, de la misma hiperestesia comprobada en la piel, pueda dar explicación del fenómeno. A pesar de la exaltación de los reflejos tendinosos no se podía producir clonus del pie ni patelar, síntomas que no se encuentran en las polineuritis según la opinión, de STRÜMPPELL, BABINSKY y MÖBIUS, que confirma este caso nuestro.

De notable merece también calificarse la ausencia total de anestias, y á su falta debe atribuirse no haya tenido el enfermo trastornos atáxicos ni signo de ROMBERG. Todo lo referente á los reflejos y á la ataxia, es tanto más digno de mención, cuanto que las escasísimas polineuritis mer-

curiales, por intoxicación aguda, hasta ahora publicadas y conocidas por nosotros, han presentado disminución ó abolición de los reflejos tendinosos, anestias y ataxia mayor ó menor, diferenciándose en esto de la que describimos y coincidiendo en *casi* todos los demás síntomas. Entre estos figura la existencia en el caso de R. VON ENGEL y en uno de los de SPILLMANN y ETIENNE de albuminuria, no existente antes de la intoxicación mercurial y curada al desaparecer ésta. Como lo mismo hemos observado en esta ocasión y ni los autores citados ni nosotros hemos encontrado lesiones renales, parece lógico hacer de los tres casos un grupo y estimar como favorable condición para la producción de la polineuritis hidrargírica, la albuminuria tóxica mercurial. Además y es importante, el enfermo estudiado por mí, no eliminaba mercurio por la orina y este cierre de uno de los principales emunctorios, es razonable pensar contribuya á mantener el estado tóxico. Nada sabemos ni aventuramos acerca del porqué de esta modificación en la eliminación fisiológica del mercurio, estando clínicamente sano el aparato renal. Por la existencia de la albuminuria, se podía pensar, en que fuese el estado discrásico de la sangre la causa de la polineuritis y por tanto esta, de etiología mercurial indirecta á través de la albuminuria, pero la existencia en algunos de los casos publicados, de la polineuritis, sin albuminuria y la comprobación en el nuestro, durante muchos meses, de intensos síntomas polineuríticos sin albúmina hacen inaceptable esa suposición, debiéndose estimar la lesión nerviosa y la orina albuminosa como consecuencias coetáneas de una misma intoxicación.

Como coeficiente práctico de este trabajo, se debe colocar la conveniencia de conocer bien *todos* los efectos del mercurio y pensar que los sífilíticos, pueden tener dolencias por el mercurio, que tomadas por sífilis, se agravan con la medicación que se cree debe curar.

Diciembre, 1908.

Un nuevo método de anestesia regional.⁽¹⁾

por

J. GOYANES

Hace cerca de un año tuvimos ocasión de practicar, ayudados por el personal de las clínicas á nuestro cargo del Hospital Provincial, una serie de experimentos en el perro para estudiar la acción anestésica y tóxica de ciertos medicamentos (2). Familiarizados con las lesiones traumáticas experimentales de las arterias y de las venas, gracias á nuestros estudios anteriores de cirugía de los vasos, pretendimos en dichos experimentos emplear una nueva vía, quizá utilizable en la clínica, para conducir á las regiones y á los centros nerviosos el agente anestésico. Esta nueva vía, hasta entonces no utilizada, fueron las arterias, y la técnica seguida fué distinta para las regiones periféricas y para los centros nerviosos, doble forma de supresión de la sensibilidad que designamos con el nombre de *anestesia regional* y de *anestesia ó narcosis cerebral*. La disposición del experimento para insensibilizar una región consistió en inmovilizar el perro en la gotiera ó canal, y previa infiltración subcutánea de cocaína al uno por ciento (uno ó dos c. c.) en la región de los vasos femorales, aislar la arteria, introducir oblicuamente en el calibre del vaso una aguja finísima de acero é inyectar 20 á 30 c. c. de una disolución isotónica adición de Cl Na) del anestésico. Las substancias empleadas en disolución fueron la cocaína y la eucaina B, á diferentes concentraciones. En este experimento, repetido varias veces, observamos que al introducir la aguja en el vaso la sangre pasaba á la jeringa, mezclándose con el líquido de inyección y rechazando el émbolo, que al extraer la aguja del vaso la pequeña herida arterial se comportaba de modo distinto según el calibre de aquélla; las picaduras con agujas muy finas introducidas oblicuamente á través de la pared arterial no determinaban hemorragia alguna, formándose, cuando más, una pequeña infiltración equimósica en la túnica adventicia de la arteria; las picaduras con agujas de mayor calibre ocasionaban una hemorragia en forma de chorro finísimo que se cohibía espontáneamente ó comprimiendo la pared del vaso con una torunda de algodón ó gasa, y por último, con agujas de mayor calibre la hemorragia era más persistente y exigía para cohibirse un punto de sutura no penetrante en el orificio de la puntura.

(1) Comunicación á la Academia Médico-quirúrgica Española, primera sesión de Noviembre de 1905.

(2) Estos experimentos fueron hechos en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina y desde aquí doy gracias á su director el profesor señor Gómez Ocaña.

Con esta disposición experimental la anestesia de la región tributaria del vaso, es decir, de la pata del animal, fué insignificante ó nula por razones fáciles de comprender; la disolución anestésica pasaba rápidamente á través de los capilares y llegando á los centros nerviosos producía síntomas de intoxicación general, tanto más rápidos é intensos cuanto mayor era la concentración del anestésico y su cantidad (frecuencia del pulso y de la respiración, cianosis, temblor muscular y por último imponentes convulsiones generalizadas); en ningún caso llegamos á determinar la muerte del animal, á pesar de que se inyectaron 20 á 30 centigramos de clorhidrato de cocaína al uno por ciento en perros medianos y pequeños; los animales se reponían rápidamente después de este grave cuadro de intoxicación. Para obtener la anestesia de la región era preciso hacer la isquemia con la venda de ESMARCH de la pata del animal; entonces los vasos se llenaban con el líquido anestésico, que atravesaba probablemente los capilares pasando á los espacios plasmáticos y suprimiendo la función de las terminaciones nerviosas y de los nervios sensitivos. Las disoluciones empleadas entonces eran más diluidas, aunque isotónicas, para obtener la repleción de todos los vasos, y los efectos anestésicos obtenidos muy manifiestos. El examen ulterior (pasados algunos días) de las arterias nuevamente descubiertas, demostró la permeabilidad de las mismas, la perfecta circulación sanguínea por debajo del punto lesionado por la picadura y la ausencia del trombosis.

Las inyecciones practicadas en una de las caróticas del perro con disoluciones de cocaína y eucaina produjeron, como es fácil adivinar, efectos tóxicos más rápidos é intensos, pero análogos en sus síntomas á los obtenidos en los experimentos anteriores sin isquemia; en el cerebro aquellos venenos determinaron fenómenos de intensa excitación cortical y bulbar primero y de depresión y muerte después. En cambio la inyección de cuatro á cinco c. c. de una disolución isotónica de cloruro mórfico al uno por ciento y bromhidrato de escopolamina al uno por mil, produjo siempre en el perro efectos narcóticos persistentes con dilatación de la pupila, descenso del número de respiraciones y pulsaciones é insensibilidad absoluta de la piel, hasta el extremo de no sentir los animales el pinchazo de una aguja que atravesaba las orejas. Este estado de narcosis duraba, según la dosis del medicamento, de diez á treinta minutos.

Con estos precedentes experimentales no dudamos en llevar á la práctica clínica este nuevo método de anestesia, previa una cuidadosa elección de la substancia que había de emplearse. Entre todos los anestésicos locales usados la cocaína es indudablemente la de mayor intensidad anestésica, pero también la más tóxica, resultando peligrosa á las dosis á que debe emplearse en nuestro método regional. Podíamos elegir entre la tropacocaína, estudiada primeramente por CHADBOURNE, de efectos tóxicos mucho menores que aquella y no peligrosa para el hombre en dosis hasta

de 20 y 30 centigramos, según BRAUN (1); la eucaina B, menos tóxica también y de efectos análogos á los de la cocaína, aunque hiperhemiante; la estovaina, estudiada por BILLOU y POUCHET, dos ó tres veces menos tóxica que la cocaína, pero de efectos hiperhémicos, como nosotros hemos comprobado también hace algunos años y lesiva para los tejidos (cuatro casos de necrosis observados por SINCLAIR), la alypnia, etc. Pero de todos los anestésicos locales el que reúne mejores condiciones para nuestro objeto es indudablemente la novocaína, descubierta por EINHORN, muy soluble en el agua, inalterable por la ebullición de sus disoluciones y de toxicidad cinco á diez veces menor que la cocaína, según los animales. Este medicamento no irrita los tejidos, no ha producido nunca intoxicaciones en el hombre aun en dosis diluidas de 40 á 50 centigramos y representa, según BRAUN (2) un anestésico ideal para inyecciones en los tejidos.

La técnica del método comprende: 1.º, la disolución anestésica empleada; 2.º, el aparato ó jeringa inyectora y, 3.º, la manera de obtener la insensibilidad de la región por vía arterial ó sea la técnica propiamente dicha.

1.º Empleamos una disolución acuosa de novocaína al cinco por ciento, esterilizada por ebullición, con cuatro gramos de Cl Na por litro, teñida con unas gotas de disolución concentrada y hervida de azul de metileno. La adición del Cl Na la hace próximamente isotónica y la de azul de metileno tiene por objeto poder observar la penetración del líquido anestésico en los vasos y en los tejidos; la piel de la región, blanca y exangüe por la isquemia, va tomando color azulado pálido y lívido á medida que penetra á través de los vasos el líquido anestésico.

2.º El instrumental para la inyección se compone de una jeringa análoga á la de Roux de 100 c. c. de capacidad, provista de una pieza adicional con dos llaves y dos tubos de goma; por uno se aspira de una cápsula ó del frasco el líquido á inyectar; el otro va provisto en su extremo de una pieza metálica á donde se fija la aguja. Hemos hecho construir cánulas muy finas de acero con su extremo seccionado de través, para no lastimar el endotelio del vaso, en las cuales penetra una aguja puntiaguda, resultando el conjunto á modo de un trocar muy fino. Se necesitan, además, dos buenos tubos de goma, que se esterilizan por ebullición y una venda de ESMARCH.

3.º La técnica propiamente dicha comprende la preparación regional, el descubrimiento de la arteria más importante de la región y la práctica de la inyección anestésica. Hasta ahora hemos aplicado solamente este método de anestesia regional en operaciones de las extremidades, donde la isquemia se obtiene con facilidad; pero tenemos la esperanza de que

(1) H. BRAUN, Die Localanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung, 2.ª edición, Leipzig, 1907.

(2) H. BRAUN, Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, Nr. 42.

modificando la técnica llegue á emplearse en otras regiones y en otros órganos. Previa elevación de la extremidad durante algunos minutos para descargarla de la sangre venosa se arrolla con energía la venda de ESMARCH desde la extremidad del miembro hasta alguna distancia por encima de la región operable, aplicando en este sitio el tubo constrictor y retirando la venda; un segundo tubo constrictor se arrolla á alguna distancia y por debajo de dicha zona operable, quedando ésta isquémica y limitada. Cuando la región operable es la mano ó el pie basta con la aplicación de la venda de ESMARCH y del primer tubo constrictor.

El descubrimiento de la arteria principal de la región se practica según las reglas de toda ligadura, previa infiltración subcutánea de algunos c. c. de la disolución anestésica de novocaína al medio por cien. Aislado el vaso en la extensión de uno ó dos centímetros (es preciso recordar los caracteres de las arterias exangües para diferenciarlas de las venas y nervios) se introduce oblicuamente en su calibre el trocar fino y cuando nos aseguramos que ha penetrado en la luz arterial se retira la aguja quedando aplicada la cánula. Ahora se aspiran 100 c. c. de la disolución anestésica con la jeringa y disponiendo convenientemente las llaves se inyectan con lentitud de 50 á 100 c. c. de aquella, según la extensión de la zona isquemizada. Para las operaciones en el brazo la arteria elegida ha de ser la humeral, la cubital ó mejor la radial en las del antebrazo y esta última en las que se efectúan en la mano. Para las del muslo la arteria utilizada es la femoral superficial, esta última ó la poplitea en las de la rodilla, la tibial anterior en las de la pierna y la misma ó la pedia en las del pié. La penetración del líquido anestésico en el vaso suele durar cinco minutos; las arterias y las venas van tomando color azulado y la piel, blanca por la isquemia, se tiñe también ligeramente. Terminada la inyección se retira la aguja y como los vasos están exangües no sale sangre alguna por la picadura. La insensibilidad regional tarda algunos minutos en producirse; á los cinco ya suele ser muy marcada, pero no es completa hasta los diez.

La operación se practica, si se cumplen estrictamente estas reglas, con escasísimo ó ningún dolor, como lo demuestran los cuatro casos que hemos tenido ocasión de operar siguiendo este método; la piel es completamente insensible al cuchillo, á menos que existan cicatrices, pues entonces y probablemente, según nosotros creemos, por escaso desarrollo de los vasos en el tejido cicatricial y la difícil penetración del líquido anestésico, las incisiones son algo dolorosas. Este fenómeno fué observado claramente en la primera operación practicada con este método anestésico, en la cual las incisiones en la piel normal eran indoloras y algo dolorosa la excisión de la cicatriz de la palma de la mano. Las secciones musculares son también indoloras y los nervios, cuando la anestesia está bien hecha, no producen dolor sino más bien, según claramente expresan los

pacientes, una sensación de calor poco intensa al ser seccionados con el bisturí. El más notable de los efectos anestésicos obtenidos, que á todos sorprendió al practicar las operaciones, fué la indolora sección del hueso con la sierra en las amputaciones.

Terminada la operación propiamente dicha y para evitar la posible impugnación tóxica de los centros nerviosos por reabsorción del líquido anestésico, debe procederse de la manera siguiente: En las amputaciones, al aflojar el tubo constrictor moderando la compresión circular, la sangre sale por las arterias seccionadas, que deben pinzarse y ligarse; la compresión persistente, que debe durar algunos momentos, impide la reabsorción del anestésico por las venas, el cual es expulsado y arrastrado por la sangre que se extravasa. En las operaciones conservadoras (resecciones articulares, extirpación de tumores, raspados óseos, excisión de cicatrices, osteonecrotomías, etc.), debe aflojarse el tubo central de manera que permita la circulación arterial, pero impida la venosa, sin aflojar el tubo constrictor periférico; entonces se produce una hemorragia por la superficie cruenta que arrastra parte del anestésico; por último se quita el tubo periférico.

La anestesia de la región persiste durante bastantes horas, de manera que los operados no sufren el dolor traumático operatorio, como hemos tenido ocasión de observar. En ningún paciente hubo síntomas de intoxicación por la novocaína, aunque dos tuvieron la misma tarde del día en que se operaron ligera cefalea y un vómito, pero ningún otro trastorno.

La picadura arterial, que merece nuestra atención en las operaciones conservadoras, exigió en uno de los casos aplicar un punto de sutura no penetrante en la radial; por lo demás el curso ulterior fué entonces por completo normal, apreciándose después el pulso de la arteria por debajo de la picadura. En las amputaciones la sección del vaso y su ligadura se hacen al nivel del sitio de la inyección arterial y la picadura no tiene en consecuencia importancia alguna.

Los casos operados siguiendo este método han sido los siguientes:

1.º Enferma de sesenta y seis años, de Alcalá de Henares, que ocupa la cama número 7 de la fila supletoria de la Sala 5.ª. No ha padecido enfermedades anteriores. Fué operada por una lesión ginecológica hace algunos años.

Hace un mes sufrió una caída, clavándose un grueso fragmento de cristal en la región carpiana del lado izquierdo; la herida se infectó determinando un flemón séptico que se extendió por el antebrazo y codo. Actualmente tiene el antebrazo y mano edematosos con varios orificios fistulosos en el antebrazo y codo por donde sale abundante pus fétido y séptico. Convencidos por un tratamiento conservador esmerado de que la lesión se hacía más grave y progresiva y persistiendo fiebre elevada, decidimos practicar la amputación por el brazo. Esta se llevó á cabo el 7 de

Noviembre de 1908, previa asepsia regional hasta donde era posible; se aplicó un tubo de goma hervido por encima del codo; desde este punto al tercio superior del brazo izquierdo se arrolló la venda expulsiva de ESMARCH, colocando otro tubo á este nivel. Se hizo luego una infiltración de la disolución de novocaína al medio por ciento (algunos c. c.) en la parte superior interna del segmento del brazo isquemizado, descubriendo la arteria humeral exangüe. Ahora se hizo la punción arterial y se inyectaron 75 c. c. de la disolución de novocaína, tomando los tejidos color azulado. A los diez minutos la piel estaba completamente insensible al corte con el bisturi, practicándose la amputación del brazo por el método circular en el extremo inferior de la incisión longitudinal para el aislamiento de la arteria. La sección de los tejidos blandos y del hueso se llevó á cabo sin que la paciente sufriera dolor alguno. Al aflojar el tubo constrictor dieron sangre los vasos, que se ligaron. La arteria humeral fué seccionada al nivel del punto de punción. Sutura entrecortada de la piel con drenajes laterales. Apósito.

Curso sin dolor traumático post-operatorio en las primeras veinticuatro horas. La herida se infecta algún tanto estando actualmente casi curada.

2.º Se trataba de una paciente de unos cuarenta años que padecía una cicatriz en la región tenar de la mano izquierda, con contractura muy acentuada de flexión del dedo pulgar, consecutiva á una herida infecta.

Fué operada á principios de Noviembre de 1908 con la siguiente técnica anestésica. Isquemia de la mano y de la parte inferior del antebrazo, con la venda de ESMARCH, aplicando el tubo constrictor en el tercio medio del antebrazo. Infiltración anestésica de novocaína en la región de la arteria radial, cerca de la muñeca; aislamiento de la arteria; punción del vaso con la aguja é inyección de 50 c. c. de la disolución de novocaína. A los diez minutos la anestesia era casi completa en la mano. Se excindió la cicatriz sintiendo la paciente algún dolor cuando el bisturi seccionaba el tejido cicatricial, pero no al incidir la piel sana. El tendón del flexor largo del pulgar estaba seccionado, sus cabos esclerosados y retraídos; no siendo posible reunirlos, se refrescaron y se practicó una tenoplastia á distancia con hilo de seda. Al aflojar el tubo constrictor sangró la herida abundantemente. La picadura de punción de la radial produjo también un fino chorro hemorrágico, que se cohibió aplicando un punto de catgut no penetrante en la arteria. Sutura de las incisiones operatoria y anestésica.

El curso fué normal; no hubo dolor traumático secundario; no se observó alteración alguna en la circulación arterial y la herida curó por primera intención, notándose el pulso de la radial por debajo de la picadura.

3.º Se trataba de un labrador de setenta y dos años, de Vallecas, con

antecedentes tuberculosos en la familia (ocupaba la cama número 19 de la Sala 19). Hace nueve meses se le hinchó el codo izquierdo, con dolor é impotencia funcional, progresando los síntomas hasta que en Mayo último se abrieron espontáneamente varios abscesos purulentos. Ahora tiene el codo muy tumefacto doloroso, inmóvil y con numerosas fistulas supurantes.

Fué operado el 21 de Noviembre de 1908 con la misma técnica que en el primer caso. Al hacer la punción de la humeral se vió que estaba fuertemente ateromatosa. Se inyectaron 60 c. c. de la disolución de novocaina. A los diez minutos se amputó el brazo por el método circular con escasos dolores.

Curso normal, sin fiebre; reunión por primera intención. Alta el 13 de Diciembre de 1908.

4.º Un enfermo, que ocupaba la cama número 6 supletoria de la Sala 19, de Toledo, de cuarenta y tres años. Ha padecido fiebre tifoidea. Actualmente sufre de una artritis tuberculosa de la rodilla izquierda, con enorme tumefacción de toda la extremidad y fistulas supurantes séptico-tuberculosas en la rodilla y muslo. Tiene fiebre supuratoria muy intensa.

Fué operado el día 17 de Noviembre de 1908 isquemizando la mitad superior del muslo entre dos tubos. Previa inyección local se buscó la arteria femoral en la parte inferior del triángulo de SCARPA, pero se lesionó la vena safena aprovechando su herida para inyectar 80 c. c. de la disolución de novocaina. A los diez minutos se obtuvo una regular anestesia, practicando la amputación del muslo por el método circular. Los tejidos estaban muy infiltrados por edema inflamatorio y por pus de un enorme flemón disecante. La sección del hueso fué algo dolorosa. Se terminó la operación ligando los vasos, suturando la piel, previa la aplicación de los drenajes y colocando el apósito.

Curso febril, con delirio; el paciente se quitó varias veces el apósito. Persistió la fiebre purulenta, formándose un absceso puhémico en la pierna izquierda, que se dilató. El enfermo decayó progresivamente y falleció el día 29 de Noviembre.

No es mi deseo hacer un estudio comparativo del método anestésico que proponemos y los demás de narcosis y anestesia usados hasta la fecha, sino contribuir al progreso del arte de anestesiar enriqueciéndolo con una nueva vía de penetración del agente, la arterial, hasta ahora no usada por nadie. En la práctica rural el método tiene la ventaja de excluir la necesidad de un ayudante anestesizador y en todo caso es ventajoso su empleo en aquellos pacientes que por su edad, afecciones cardiopulmonares, agotamiento por supuraciones, etc., no soportan bien la narcosis por el cloroformo ó por el éter. Por otra parte, la anestesia raquídea, además de sus peligros, es ineficaz, naturalmente, para las operaciones en las extremidades superiores.

El nombre de anestesia *regional* es también nuevo y debe añadirse á los métodos ó caminos que seguimos para la introducción de los anestésicos locales, que hasta la época actual son: 1.º, la simple *aplicación* del agente á la superficie que se quiere insensibilizar (eficaz tan solo en las mucosas y serosas); 2.º, la aplicación con catéforesis eléctrica; 3.º, la simple *inyección* subcutánea de disoluciones concentradas; 4.º, la *infiltración* extensa de disoluciones diluídas en el tejido celular y en los órganos (método de SCHLEICH); y 5.º, la anestesia de *conducción*, aplicando á los troncos ó ramas nerviosos la disolución anestésica, ya en forma de *analgesia circular* (HACKENBRUCH y KROGIUS), ya de *inyecciones endoneurales* (CRILE, MATAS, CUSHING) ya de inyecciones en el saco dural espinal (anestesia medular de BIER).

Este profesor ha seguido también un camino análogo al ideado por nosotros para obtener la anestesia. En un trabajo recientemente publicado (1) y en su comunicación al Congreso XXXVII de la Sociedad Alemana de Cirugía (22 de Abril de 1908) dió cuenta de varias operaciones practicadas en las extremidades llevando el anestésico á la región isquemizada por medio de la *inyección en las venas superficiales*, quedando complacido en casi todos los casos (en algunos tuvo que administrar el cloroformo) de los efectos analgésicos y llegando á realizar también amputaciones de los miembros. Cree el profesor BIER que las válvulas venosas no son obstáculo á la penetración y difusión del líquido en la zona operable y también ha observado, como nosotros, que la sección de los troncos nerviosos produce una sensación de calor ó quemadura no intensa, pero no de dolor.

Nuestro método tiene, comparado con el de BIER, la desventaja de la picadura arterial; pero ésta es despreciable en las amputaciones, puesto que ha de seccionarse la arteria en el sitio de la inyección, y en las operaciones conservadoras nuestra experiencia en los experimentos y en la clínica, nos ha demostrado que la citada lesión arterial hecha con pericia es inocua para el vaso. Por lo demás, y como es fácil de comprender, la difusión del líquido en la región es mucho más eficaz y fisiológica cuando se inyecta en la arteria siguiendo nuestro método que inyectado en una vena superficial según el de BIER.

Por último, la inocuidad de la punción arterial demostrada, nos ha hecho planear nuevos experimentos para la introducción en territorios orgánicos enfermos de sustancias medicamentosas. Los fermentos, sueros, etc., pueden hacerse llegar á través de las arterias á los órganos ó regiones invadidas por infecciones ó por neoplasmas.

(1) A. BIER, Archiv für Klinische Chirurgie, T. 86. C. 4.º 1908.

NOTAS CLÍNICAS

Estrechez infranqueable de la uretra.—Cateterismo con el auxilio del uretroscopo, por el doctor *León Cardenal*, médico por oposición del Hospital de la Princesa.

Número 529. — P. P., cuarenta y un años, natural de Reus, de profesión jornalero. El enfermo, cuyos antecedentes hereditarios no acusan nada de particular y que no ha sufrido más que el sarampión á la edad de cuatro años, manifiesta que contando diecinueve años de edad verificó un coito impuro, seguido á los cuatro días de un intensísimo escozor en el miembro, principalmente en la región del meato y que aumentaba durante la micción. Al día siguiente, apareció un flujo seroso ó sero-purulento, que le demostró que se trataba de una blenorragia. Inmediatamente acudió á un especialista que le prometió curarle en pocos días por medio de un tratamiento abortivo y en efecto, con una jeringuilla de cristal, le inyectó un líquido claro y transparente (nitrato de plata?), que le produjo tal dolor que estuvo á punto de desmayarse. A las pocas horas el dolor era más tolerable, pero observó que por el meato asomaba un flujo mucho menos fluído que antes y ligeramente teñido de sangre. La enfermedad, lejos de decrecer, pareció aumentar en intensidad, en vista de lo cual acudió á otro médico que se abstuvo de todo tratamiento local, limitándose á administrarle al interior tisanas emolientes. Cuatro ó cinco semanas más tarde, el flujo había disminuido considerablemente pero por más tratamientos que se intentaron no fué posible hacer desaparecer la supuración durante varios años. Espontáneamente fué reduciéndose ésta hasta no observarse más que alguna gota por las mañanas al levantarse; los días en que no fluía pus, los labios del meato aparecían pegados.

A la edad de veinticinco ó ventiseis años le pareció notar que la expulsión de la orina se verificaba con menor fuerza que anteriormente, pero atribuyéndolo á desórdenes pasajeros no se preocupó más de este síntoma hasta pasados los treinta años en que comenzó á sentir molestias en forma de dolores al orinar. Más adelante era tan considerable la dificultad que ofrecía para verificar la micción, que tenía que hacer grandes esfuerzos abdominales acompañados alguna vez de emisión involuntaria de gases ó materias fecales. Un especialista á quien acudió, sometióle á una serie de cateterismos sucesivos que no sólo le permitieron orinar sin dificultad sino que al mismo tiempo fueron seguidos de la desaparición de la gota militar. El enfermo solía introducirse con frecuencia bujías dilatadoras para conservar permeable la uretra, pero creyéndose curado, descuidó esta práctica, lo cual fué causa de que la estrechez se reprodu-

jera con mayor intensidad que hasta entonces. Fué preciso pues practicarle una uretrotomía interna y aconsejarle que no descuidara en lo sucesivo la introducción de bujías dilatadoras. A pesar de su constancia, le fué preciso ir recurriendo paulatinamente á bujías de menor calibre cada vez, hasta que hace unos dos meses la más fina que logró encontrar no franqueó el obstáculo. Varios médicos intentaron introducir un bujía filiforme, pero fracasaron en cuantas tentativas fueron hechas, en vista de lo cual le propusieron una uretrotomía externa. Esperando que la lesión mejorara, han pasado estos dos últimos meses; durante los cuales la emisión de orina, que al principio era difícil, se ha hecho casi imposible espontáneamente y en cambio existe una verdadera incontinencia por rebosamiento. Al mismo tiempo acusa el enfermo dolores en el hipogastrio, pene y periné, deseos constantes de orinar que no logra satisfacer y ha tenido algunos días algunas décimas de temperatura que no fueron precedidas por escalofríos.

Estado actual. (14 de Junio de 1908). Enfermo bien constituido, de buena estatura y desarrollo muscular, pero con un panículo adiposo sumamente escaso y disminución de la turgencia de la piel. No se encuentra nada anormal en su organismo por lo que se procede al examen de los genitales. Pene ligeramente edematoso, flácido; escroto contraído; la próstata, vesículas seminales y testículos no acusan nada anormal. El fondo vesical en cambio sumamente deprimido se percibe tenso y renitente por el tacto rectal y lo mismo puede decirse de la porción membranosa de la uretra que aparece como dilatada y llena de líquido. A la palpación no se logra percibir la estrechez de la uretra, en cambio, toda su porción anterior está ligeramente indurada. Introducimos en la uretra un explorador de bola del número 18 CHARR, que la recorre sin dificultad hasta llegar muy cerca de la porción membranosa en cuyo punto se encuentra una resistencia dura é infranqueable. Inútilmente se intenta atravesar el obstáculo por medio de sondas filiformes introducidas aisladamente ó en manojo, de sondas dobladas en espiral ó en forma de bayoneta, ni con el auxilio de la presión hidráulica, en virtud de lo cual nos decidimos á dejar aplicada contra la estrechez una bujía con el fin de ver si al día siguiente este cateterismo apoyado, (*appuyé* de los autores franceses) nos facilita la introducción de una bujía.

Al día siguiente fracasamos de nuevo cuantas veces intentamos atravesar el obstáculo con el auxilio de los recursos clásicos en estas circunstancias y como el estado del enfermo exigía una pronta evacuación de la vejiga, (que rebasaba el pubis en una extensión de unos cuatro centímetros), introducimos, previa dilatación de la uretra anterior, un tubo uretroscópico del número 23 con tan buena fortuna que inmediatamente enfocamos el orificio estrechado de la uretra, el cual estaba situado excéntricamente muy cerca de la pared lateral derecha de este conducto.

Guiados por la vista nos fué fácil entonces introducir en él una bujía filiforme, que sin ser extraordinariamente comprimida franqueó por completo la estrechez, penetrando en la vejiga.

Dejamos colocada esta bujía durante cuarenta y ocho horas y en vista de la dilatación que había sufrido la estrechez durante este tiempo nos fué fácil practicar una uretrotomía interna siendo dado de alta el enfermo sin complicaciones de ningún género el 30 del mes de Junio.

El caso que acabamos de relatar sucintamente se presta á algunas consideraciones de importancia porque puede servir de ejemplo cuando nos encontremos ante un enfermo semejante.

En primer lugar, la etiología de la estrechez no deja lugar á duda si recordamos que se trata de un antiguo blenorragico el cual, si bien es cierto que sólo ha padecido una sola vez esta enfermedad, en cambio pasó esta al estado crónico y ya sabemos que, según las estadísticas más modernas, (DESNOS y MINET), más del 90 por 100 de las estrecheces no obedecen á otra causa. En nuestro caso además, ha influido otro factor al cual podemos quizá atribuir la malignidad de la estrechez, á saber, el tratamiento que se intentó al aparecer la blenorragia, pues es indudable que la inyección de una solución concentrada de nitrato de plata preconizada antiguamente como tratamiento abortivo de esta infección sobre todo si es forzada, (salida de pus teñido de sangre), suele acarrear con frecuencia resultados desastrosos para la permeabilidad y elasticidad de la uretra y no comprendemos como hoy todavía hay autores como POUSSON que la practican sistemáticamente, si bien no en forma de inyección, sino de instilaciones.

La localización de la estrechez en la región bulbar muy cerca de la uretra membranosa no es rara, ni tampoco el que sea única, aunque los autores difieren considerablemente al evaluar la frecuencia de esta eventualidad. En efecto, MARTÍN de 168 casos observa una sola estrechez en 31 de ellos mientras que DESNOS encuentra también una sola en 245 de 500 examinados.

Los demás síntomas del enfermo que nos ocupa no presentan nada que no sea frecuente en estos casos, en cambio nos permitiremos cuatro palabras acerca de los medios de que nos valemos para penetrar con una bujía en la vejiga á través de estas estrecheces llamadas infranqueables.

No vamos á describir aquí los medios de que podemos echar mano para practicar el cateterismo en los casos difíciles, por suponerlos conocidos de todo el mundo y por no parecernos ser este el lugar más indicado para tal género de descripciones, únicamente llamaremos la atención sobre el procedimiento gracias al cual hemos logrado franquear la estrechez en nuestro enfermo. Sabemos que la mayor dificultad que se opone á la introducción de los instrumentos, no consiste precisamente en lo angosto del canal, sino más bien en la irregularidad de forma y situación

del orificio del trayecto estenosado. De aquí que la mayor parte de los métodos tengan por objeto, bien sea modificar la forma de este orificio, bien sea hallar un medio para penetrar en él cuando no está situado en el centro de la uretra. Las inyecciones forzadas, la presión hidráulica, el cateterismo en manojo, el cateterismo apoyado, etc., cumplen la primera premisa, mientras que las sondas en forma de bayoneta tienen la misión de insinuarse en el canal estrechado aun cuando desemboque lejos del centro. Recientemente, los autores alemanes han propuesto para los casos difíciles el cateterismo con el auxilio del uretroscopo, esto es, la introducción en la estrechez de una bujía filiforme dirigida conscientemente puesto que no sólo vemos la punta del instrumento, sino también el orificio á través del cual ha de penetrar. Como á nuestro juicio este procedimiento no ha sido ensayado todavía por nadie antes que por nosotros en nuestro país, hemos creído conveniente darlo á conocer por si encuentra imitadores. Nosotros empleamos el uretroscopo de VALENTINE con los tubos números 21, 23, y 25 CHARR, y recomendamos que para practicar el cateterismo de una estrechez se emplee siempre el tubo de mayor calibre, el 23, 24 ó 25, pues los que presentan una luz interior más reducida, no sólo dificultan extraordinariamente las maniobras con la sonda, sino que hacen casi imposible el hallazgo del orificio de la estenosis cuando es este muy excéntrico, porque no siendo el tubo lo suficientemente grueso, no extiende la mucosa uretral uno de cuyos pliegues pudiera tapar el orificio que buscamos. He aquí cómo procedemos nosotros: rara es la uretra que sin ser sometida á ninguna manipulación permita el paso de un tubo del grosor que nosotros recomendamos y por lo tanto, lo primero que hay que hacer es dilatarla en una ó varias sesiones hasta que penetre en ella holgadamente un explorador del número 23. Obtenido pues el calibre necesario, lubricamos abundantemente el tubo del uretroscopo provisto de su mandril y lo introducimos lentamente hasta que percibamos una resistencia que nos indique que hemos llegado al nivel de la estrechez. En este momento retiramos el mandril y con una torundita de algodón montada en un estilete enjugamos la región. Esta maniobra se repetirá siempre que movamos el tubo ó siempre que por cualquier motivo se ensucie el campo visual. Ya colocado el tubo y extraído el mandril de su interior, nos guardaremos de introducirlo más profundamente, lo que nos haría correr el riesgo de lesionar la mucosa uretral; por el contrario no habrá ningún inconveniente en que lo retiremos en un trayecto de algunos milímetros si creemos que este desplazamiento del aparato nos permitirá observar mejor la lesión. Sin embargo, podrá darse el caso de que nos convenga introducir más profundamente el tubo uretroscópico sin sacarlo previamente para armarlo de su mandril y en este caso nos valdremos de un pequeño artificio que hemos ideado y que es de una ejecución sumamente fácil. Consiste simplemente en echufar en el tubo uretroscópico una cánula de goma por la

que se inyectará un líquido indiferente á la presión de un metro de agua proximamente; la presión del líquido dilata las paredes de la uretra, las separa de los bordes del uretroscopo y en estas condiciones no hay peligro en hacer penetrar el tubo unos cuantos milímetros más. Cuando sea preciso introducirlo mucho más profundamente no queda otro recurso que extraerlo del todo y armarlo de su mandril. Claro está que todas estas maniobras se verificarán antes de introducir la lamparilla en el tubo, ó sacándola si ya estaba en su interior. Así dispuestas las cosas é iluminado convenientemente el campo visual observaremos la mucosa uretral que se presenta de un color pálido, gris-amarillento ó blanco nacarado cuando el epitelio ha sufrido una degeneración cornea y sembrada de puntitos rojos más ó menos numerosos debidos á pequeñas equimosis. El canal uretral aparece deformado, central ó excéntrico y de él suelen partir varias estrias irregulares que se pierden en la masa cicatricial que constituye la estrechez. Se procurará que el orificio uretral coincida lo más exactamente posible con el centro del campo visual y en este momento intentaremos la introducción de una bujía filiforme guiándonos por la vista. Dada la longitud del tubo uretroscópico y la escasa rigidez de las bujías empleadas, será á veces difícil acertar con el canal de la estrechez y en este caso por medio de unas pinzas, parecidas á las que se emplean en la esofagoscopia, se coge la bujía muy cerca de su punta y se introduce en la estrechez. En cuanto ha penetrado unos milímetros resulta ya fácil introducirla hasta la vejiga pues como antes hemos dicho es muy raro que una estrechez uretral sea realmente tan angosta que no permita el paso de uno de estos catéteres. Franqueado de este modo el obstáculo retiramos el uretroscopo y dejamos colocada la bujía por un tiempo más ó menos largo según sea el grado de la estrechez, preparando así el camino para ulteriores intervenciones.

Recomendamos pues muy calurosamente este procedimiento que tan buenos resultados nos ha dado y no dudamos de que en más de una ocasión nos permitirá salvar obstáculos hasta ahora reputados infranqueables.

Dos casos de hematemesis apendicular, por el doctor Elizagaray.

Los casos á que se refiere esta nota clínica ofrecen doble interés, el referente á la significación pronóstica de la fórmula leucocitaria de la apendicitis, y la contribución á la casuística de las hematemesis apendiculares.

Hace muy pocos días ingresó en el Hospital General en la cama 7.^o de la Sala 29, cuya enfermería tengo á mi cargo, el enfermo Antonio del Campo; hombre joven, en cuyo semblante se manifestaba la gravedad de su dolencia. Adoptaba este enfermo el decúbito supino, y tenía los mus-

los en flexión. Su cara pálida, con la nariz afilada y los ojos hundidos, denotaba un sello de facies abdominal característica. Su respiración era frecuente; el pulso latía 125 veces por minuto, cuya velocidad contrastaba con la falta de fiebre, pues el termómetro no marcaba más de 37'5°, y tenía además vómitos verdosos incesantes.

El proceso determinante del grave estado general de este enfermo radicaba en el vientre, el cual estaba sumamente meteorizado sin que hubiese neumoperitoneo, pues conservaba la matidez hepática. La rigidez de la pared abdominal era muy acentuada, y difusa, siendo intensos los dolores provocados á la presión en toda ella, pero especialmente en la fosa iliaca derecha y en el punto de MAC BURNEY en cuya zona se comprobaba por la percusión un sonido más opaco. Había astringencia de vientre y carencia completa de ruidos, por lo que diríamos con SCHLANGE que reinaba el silencio de la muerte.

Desde luego establecimos el diagnóstico de peritonitis difusa progresiva, cuyo origen atribuimos á una apendicitis, tanto por radicar el máximo del dolor en el punto de MAC BURNEY, y por el empastamiento peritoneal que se comprobaba en esta zona, cuanto por los antecedentes dados por el enfermo. Hacia ocho días que se había sentido acometido de un dolor intenso en dicho punto, y durante los cuales había evolucionado la enfermedad en los términos descritos.

Dispusimos el tratamiento médico adecuado para reaccionar el enfermo, y mitigar sus sufrimientos, á fin de colocarle en mejores condiciones para una intervención quirúrgica y procedimos al examen de la sangre para conocer su valor leucocitario. Los datos obtenidos fueron de 3.500.000 hematíes, y de 10.000 leucocitos, estando los polinucleares en la proporción de 78 por 100 los mononucleares de un 8 por 100 y los linfocitos de 13 por 100, esto es disminución de glóbulos rojos y un escaso aumento de glóbulos blancos, por lo tanto había carencia de hiperleucocitosis.

A no tratarse de una peritonitis difusa indudable, y del estado general del enfermo, esta apendicitis por tan escasa leucocitosis y sin fiebre, se consideraría como una forma benigna. Conocidas son las conclusiones de CURSCHMANN acerca de la significación pronóstica de la leucocitosis en la apendicitis, y si bien no es esta la ocasión oportuna de enumerarlas, en tesis general puede decirse acerca de este asunto, que cuando en el curso de una apendicitis tiene lugar el aumento progresivo de la leucocitosis, acompañado ó no de la persistencia ó incremento de la fiebre, desde luego existe ó evoluciona la supuración y el caso es grave. Si por el contrario los fenómenos de peritonismo se atenúan, el pulso y la fiebre descienden, y la leucocitosis disminuye, todos son indicios de la benignidad del caso y puede aplazarse una intervención quirúrgica. Para poder atenerse al dato leucocitario como indicante de determinaciones terapéuticas, sería preciso seguir diariamente la curva de la leucocitosis en el

curso de la apendicitis, pues de la concordancia ó discordancia entre los fenómenos locales y generales del proceso con la leucocitosis, depende el pronóstico de la marcha de la apendicitis. Si con fenómenos locales intensos como son la persistencia del dolor y de la defensa muscular; si con la parálisis intestinal; con los vómitos repetidos, y sobre todo con la frecuencia del pulso; si con todos estos signos de gravedad no existe hiperleucocitosis no por eso su ausencia excluye la supuración, y el caso es de los más graves, porque una leucocitosis atenuada, hermanando con dicho cuadro clínico, obedece á la falta de reacciones defensivas del organismo, y evolucionará sin dificultad una toxi-infección intensa que conduzca á una infección peritoneal difusa, y á los fenómenos de apendicemia descritos por DIEULAFOY y producidos por las toxinas apendiculares, quienes por una singular preferencia actúan sobre el estómago el riñón y el hígado, produciendo en el estómago alteraciones necróticas responsables del vómito negro apendicular, de las úlceras estomacales y duodenales y ocasionando hematemesis graves como la que constituyó el episodio final de nuestro enfermo antes de que pudiese ser operado.

Las hematemesis apendiculares, singularmente las que son intensas, evolucionan en el curso de las apendicitis tóxicas, sin que dejen de tener importancia las pequeñas hematemesis estudiadas por DEVERGER, y por lo tanto son indicio de suma gravedad. También la no existencia de hiperleucocitosis es sintomática de estas formas tóxicas. Comprobado este paralelismo en nuestro enfermo, debe establecerse que si se presenta en la apendicitis un descenso brusco de la hiperleucocitosis persistiendo el cuadro clínico general de malignidad, especialmente la frecuencia del pulso, no debe demorarse ni un momento la intervención, no habiendo contraindicaciones, á fin de suprimir el foco que puede poner término á la vida del enfermo bien con una peritonitis difusa ó con fenómenos difíciles de vencer como las hematemesis intensas que arrebataron la vida de los dos enfermos que motivan esta nota.

Las mismas relaciones hematológicas comprobamos en un segundo caso de apendicitis que hace poco más de un año se presentó en nuestra sala de mujeres, en el cual no existía la gravedad de una peritonitis difusa como se demostró en la autopsia, y cuya mujer por prisa que quisimos darnos en operarla; á poco de ingresar en la sala de cirugía fué acometida de vómitos oscuros, hemorrágicos, que se repitieron tres ó cuatro veces en poco tiempo ocasionándole la muerte.

Estas hematemesis apendiculares relativamente no constituyen una complicación muy rara. Fueron estudiadas por GUYOT, KIRMISON, LUCAS CHAMPIONIÈRE y especialmente por DIEULAFOY quienes publicaron varias historias clínicas en algunas de las cuales se advierten casos donde se presentaron las hematemesis después, y á pesar, de haber sido operados los enfermos; pero la operación ha sido practicada tarde, cuando la intoxica-

ción se había realizado, y el desideratum del oportunismo sería anticipar se á la intoxicación apendicular, cosa factible, de no ser operada toda apendicitis en su principio, el día que en los primeros momentos de su evolución puedan diagnosticarse las formas tóxicas. La relación entre la intensidad de los síntomas apendiculares y las conclusiones de hematología apendicular iniciadas por CURSCHMANN, BESANÇON y LABBÉ ¿podrían contribuir á puntualizar las indicaciones quirúrgicas?.

Los estrechos límites de esta nota clínica no permite puntualizar los datos de la autopsia de los casos referidos, baste consignar que se comprobó la existencia de la apendicitis con peritonitis parcial en el segundo caso, y difusa purulenta en el primero, y además existían coágulos sanguíneos en el estómago en cuya mucosa se presentaban placas equimóticas, masas negras adherentes y punteado hemorrágico.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el campo próximo á Madrid, por J. Madinaveitia.

Sin ocuparnos de las teorías dominantes, vamos á indicar los brillantes resultados que se obtienen durante el invierno en los campos próximos á Madrid, cuando se trata de tuberculosos no cavernosos y con aparato digestivo bastante bueno, sin tendencia á la diarrea.

En los quince últimos años son muchos los tuberculosos que hemos curado completamente, con el régimen conocido de aire libre, sobrealimentación y reposo. Esto mismo da resultados mucho peores cuando el clima es distinto del que existe en esta meseta de Castilla.

Galicia, Asturias, Santander y las Vascongadas son las regiones en que marchan peor los tuberculosos pulmonares, aun cuando se elijan puntos altos. Andalucía conviene á los tuberculosos con cavernas y sobre todo á los enfisematosos.

Entre mis casos hay algunos que han hecho su cura en los sanatorios más altos de Suiza y aquí. El beneficio obtenido aquí es cuando menos tan importante como el obtenido en Suiza.

Parece probable que la sequedad de la atmósfera, la gran cantidad de luz solar y la *gran oscilación* diaria de la *temperatura* son los factores más importantes; para dar vigor al organismo que ha de luchar contra el bacilo de Koch.

Es un error muy frecuente el de enviar estos enfermos á los climas suaves, para evitar esa oscilación térmica. Los que hacen eso no se fijan en que los habitantes de las regiones templadas tienen generalmente poco vigor físico. En Santa Fe de Bogotá, y en las regiones tropicales de gran altura, tienen una temperatura casi uniforme de 18 á 20°, y los europeos que van allí se hacen anémicos.

Parece que los cambios de temperatura son como duchas gaseosas que

sacuden y excitan nuestro organismo, y cuando se necesita vigorizar á un individuo no lo enviaremos á esos climas relajantes ni á los climas húmedos.

Si vamos á la Sierra sentimos la impresión del aire excitante, y volvemos de ella rojos. En los Hoteles de 2,500 á 3,000 metros de altura que hay en Suiza llama la atención el color rojo de los sirvientes y de los que viven allí. Probablemente es un efecto de los rayos solares que llegan á nosotros con gran intensidad por la sequedad y pureza de la atmósfera. El efecto de esas grandes alturas sin nubes y el de esta llanura próxima á la Sierra es muy semejante.

Las tuberculosis de marcha tórpida, no pulmonares, se tratan bien á la orilla del mar, pero las pulmonares marchan aquí muchísimo mejor.

Las reglas generales á que se someten los tuberculosos son las siguientes:

1.^a *Permanencia constante al aire libre.* Todo el día deben estar al sol, desde una hora después de su salida hasta la puesta. Durante la noche tendrán la ventana entreabierta. El dormitorio del tuberculoso debe estar orientado al mediodía. Estará el balcón ó la ventana completamente abierta todo el día; entreabierta durante la noche y cerrada media hora antes de levantarse el paciente.

2.^a *Sobrealimentación.* Si el aparato digestivo funciona bien se pueden dar de 3,000 á 3,500 calorías, si es un tuberculoso delgado.

Hay que darle alimento que le agrade y que sea de fácil digestión. Bebiendo en las comidas leche en vez de agua, comiendo muchos huevos y acostunbrándoles á un desayuno más fuerte del que es usual en España, se consigue reforzar la alimentación. Para los que lo soportan bien, es muy bueno acostumarles á comer bastante manteca de vaca (50 gramos). Si tienen trastornos gástricos hay que ver á qué tipo pertenecen, para ver si conviene emplear ó no las féculas. La diarrea es una contraindicación seria de la sobrealimentación. El trastorno gástrico más frecuente de nuestros tuberculosos consiste en ptosis gástrica con hiperclorhidria y disminución de movilidad. En estos casos hay que darles poca cantidad de féculas.

3.^a *Reposo.* Cuando el tuberculoso tiene fiebre ó la oscilación térmica diaria llega á un grado, debe estar en la cama ó en una *chaise-longue*, sin hacer nada de ejercicio; pero se le tendrá al sol, en una terraza ó en una galería abierta.

Si no tiene fiebre, le conviene el reposo; pero no hay inconveniente en que ande al día un kilómetro, siempre que vaya muy despacio, de modo que no tenga necesidad de hacer inspiraciones muy profundas. Cuando han estado en reposo varios meses y han adelantado mucho en su curación, pueden hacer un poco más de ejercicio.

El enfermo debe estar en un sitio en que no haya polvo y lejos del

arroyo ó el río que pueda haber en la localidad; porque se busca el que llegue á él la mayor cantidad de luz.

En los sitios altos de Suiza hay una atmósfera muy pura y sin polvo durante el invierno; porque está todo nevado. En el Pardo y en todos estos montes en que no se labra la tierra, tampoco hay polvo.

La gran mayoría de los tuberculosos pulmonares que se hallan en periodo de infiltración y de condensación se curan así, cuando tienen bien su aparato digestivo. En las formas febriles agudas se curan muy bien esos enfermos que sometidos á las drogas ó á las inyecciones habituales, se mueren casi siempre.

A la mayoría de los tuberculosos conviene decirles cuál es su estado y hacerles ver los bacilos que espectoran, ó leerles el resultado del análisis del laboratorio; porque así se cuidan y toman todas las precauciones para evitar el contagio de los que les rodean.

Cuando se tenía la idea de que los tuberculosos se morían sin remedio no se les podía decir eso; pero ahora que estamos convencidos de que el 90 por 100 somos tuberculosos antes de los treinta años, no hay ningún inconveniente en decirselo, añadiendo que todos los experimentos parecen demostrar ese hecho, y que las autopsias que hacemos en los infelices que mueren en el Hospital, demuestran de un modo indudable (por las cicatrices de los vértices pulmonares), el inmenso número de tuberculosos curados, hasta en los desgraciados que no tienen qué comer.

En el verano es buena esta Sierra de Guadarrama, como Gredos y todas estas Sierras sin nubes, pero mi impresión es que los tuberculosos ganan más en el invierno. Les conviene más el frío que el calor.

Mientras llega el día en que acabe de resolverse *para todos* la curación de la tuberculosis, bueno es que los que tengan posibilidad de hacer su cura en la forma descrita, aprovechen los medios de que disponen. Los médicos tenemos que luchar casi siempre con el egoísmo de las familias que no se quieren molestar en ir al campo.

Revistas críticas.

La patogenia de la tabes dorsal y de la parálisis general, según la escuela escocesa, por el doctor E. Fernández Sanz, Médico numerario, por oposición, del Hospital de la Princesa.

El origen sífilítico de la tabes dorsal y de la parálisis general, sospechado primero por ESMARCH Y JENSSEN (1), afirmado categóricamente por FOURNIER (2) y con gran copia de datos confirmado por ERB en 1879

(1) *Allgem Zeitschr f. Psych.* B. 14.

(2) *La Syphilis du cerveau.* Paris 1879.

y 1891 (1), es hoy casi unánimemente admitido por los autores, siendo contadísimos los que, como ROSENBACH (2), GLÄSER (3) y CHRISTIAN (4) aun disienten del general parecer. A los argumentos clásicos de orden clínico y principalmente estadístico, se ha sumado recientemente una prueba experimental de extraordinario valor, la reacción de fijación del complemento de WASSERMANN, nueva y valiosa demostración de las íntimas relaciones que entre la sífilis, la tabes y la parálisis general existen. Pero esta relación se admite como un hecho empírico, sin que sea aún posible definir en qué consiste; para HIRSCHL (5) son esas dos neuropatías encefalitis y mielitis sífilíticas tardías; para STRÜMPELL (5) son debidas á intoxicación por la sífilis; para KRÄPPELIN (6) son también procesos tóxicos, pero dependientes de la sífilis de un modo remoto, mediante los trastornos de nutrición y de secreción interna á que ésta da lugar.

Aun los mismos autores que, como NÄCKE (7), permanecen fieles á la teoría de la predisposición neuropática, en tiempos de CHARCOT rival de la sífilítica de FOURNIERY ERB, reconocen que la infección luética ocupa preeminente lugar entre las causas por ellos consideradas como coadyuvantes, y también la asigna importantísimo papel patogénico EDINGER creador de la sugestiva, teoría del *desgaste* por él últimamente reproducida en la *Reunión de los Neurólogos y Alienistas del S. O. de Alemania*, celebrada en Baden-Baden el 30 y 31 de Mayo de 1908 (8).

En medio de este acuerdo casi por completo unánime, se destacan por su originalidad los trabajos de un grupo de investigadores escoceses que, guiados por FORD ROBERTSON, patólogo de los manicomios de Escocia, y fundados en serios y minuciosos estudios experimentales, cuyo valor podrá discutirse todo lo que se quiera, pero cuya importancia y formalidad nadie puede poner en duda, han ideado una hipótesis patológica que, sin ser en absoluto incompatible con la sífilítica, la reduce á un lugar muy secundario. La unidad de criterio y de labor de estos investigadores, merece que se de el nombre de *Escuela* á la unión de sus esfuerzos bajo una común orientación, y esta escuela escocesa aparece encarnada en la personalidad de FORD ROBERTSON, inventor de la idea que la inspira, conductor de los trabajos que tratan de demostrarla y defensor de su doctrina en las polémicas del Periódico y de la Academia; de los colaboradores de ROBERTSON, BRUCE es un precursor y un confirmador, DOUGLAS MACRAE, JEFFREY, DODS BROWN, son auxiliares del maestro.

El concepto fundamental de la hipótesis de ROBERTSON es el de consi-

(1) *Berl. klin. Woch.* 1891.

(2) *Berl. klin. Woch.* núm. 7, 1904.

(3) *Fortschr. der Mediz.* núm. 12, 1904.

(4) *Progrès Médical*, núm. 17, 1905.

(5) Cit. por JUSTUS y AXHUT, *Arch. f. Psych.* Bd. 44, pag. 1007, 1908.

(6) *Lehrbuch der Psych.* 7.ª edic. 1904.

(7) *Arch. f. Psych.* Bd. 41, pag. 225, 1906.

(8) *Arch. f. Psych.* Bd. 44, H. 3, 1908.

derar á la parálisis general y á la tabes dorsal como toxi-infecciones producidas por la invasión del organismo por un germen microbiano; afortunados en sus trabajos cual ningún otro investigador, aseguran que han hallado el microbio patógeno, le han aislado, le han cultivado, le han inoculado á animales, reproduciendo en ellos síntomas y lesiones que tienen por análogos á los humanos y por último han obtenido vacunas y antisueros y los han aplicado con eficaz resultado terapéutico!

Si se reflexiona que se desconoce aún el agente patógeno de enfermedades tan manifiestamente infecciosas como las fiebres eruptivas, el reumatismo articular agudo, el tífus exantemático, que no ha sido posible reproducir experimentalmente los síntomas ni las lesiones de otras como la fiebre tifoidea, de germen tan perfectamente conocido y manejado en los laboratorios, y que han resultado hasta ahora estériles todos los esfuerzos encaminados á descubrir antisueros curativos de la misma fiebre tifoidea y de la tuberculosis, no puede menos de sorprender este éxito tan rápido, tan completo, tan rotundo de las investigaciones de ROBERTSON, y el ánimo menos suspicaz se siente invadido de una recelosa desconfianza. El exceso de perfección, por paradójico que parezca, es el primer reparo que puede ponerse á la hipótesis de que me ocupo y el que mayores prevenciones en contra de ella suscita. Pero una obra experimental fundada en largas y serias observaciones clínicas y en pacientes trabajos de laboratorio, no merece ser juzgada á la ligera por meras impresiones generales, ni por sospechas vagas; es digna de ser puesta á prueba en el mismo yunque de la experiencia, donde sus autores la han forjado, y en tanto que no se posean argumentos objetivos y hechos reales que oponer á los aducidos por sus defensores, la crítica más justa será la que se limite á la exposición imparcial de la doctrina, razonando sobria y discretamente sus puntos principales.

Esta hipótesis no ha sido acogida con entusiasmo, y pudiera añadirse que ni siquiera con simpatía en el mundo científico, pero sí con deferente atención: A. MARIE (1) la ha consagrado en Francia un importante trabajo crítico, y OBERSTEINER (2) en una magistral monografía reciente, la examina con detenimiento y reserva su juicio en espera de nuevas investigaciones.

El fundamento de esta hipótesis, consiste como he dicho ya, en considerar á la tabes dorsal y á la parálisis general, como toxemias de origen microbiano específico. Los trabajos de ROBERTSON datan de 1902, (3) en cuya época consideraba á la parálisis general como debida á una proliferación excesiva y patológica de la flora bacteriana intestinal, sin particularizar cuál fuera el germen que en especial pudiera originarla: por la misma

(1) *Rev. de Psych.* t. X. núm. 9, 1906.

(2) *Die progressive allgemeine Paralyse.* pag. 141. Viena, 1908.

(3) *Brit. Med. Jour.* 1902.

época próximamente, BRUCE (1) señalaba al *bacillus coli* como el más eficaz de todos los microbios del intestino, para la producción de la parálisis general. Estos primeros trabajos fueron impugnados por RAIMANN (2) quien no encontró en los hechos referidos por aquellos autores, fundamento suficiente para deducir las conclusiones á que llegaban, y á estas escaramuzas iniciales, siguieron varios años de trabajo silencioso, hasta que en 1906 dió á conocer ROBERTSON su doctrina ya completamente elaborada y detallada, en una serie de artículos publicados en los periódicos ingleses y escoceses (3); pero el más famoso de sus trabajos de divulgación, el que más resonancia ha alcanzado, es el realizado en las *Morison lectures on the Pathology of the general paresis of the insane* (4) pronunciadas ante el Real Colegio de Médicos de Edimburgo, el 24, 26 y 29 de Enero de 1906.

Comienza ROBERTSON por declarar que la sífilis no explica toda la patogenia de la parálisis general y que esta posee evidentes rasgos clínicos de enfermedad infecciosa, como los accesos febriles recurrentes y la leucocitosis. Anatómicamente ha encontrado siempre ROBERTSON, catarro crónico atrófico en el estómago é intestino, con proliferación excesiva de bacterias en este, confirmando también la existencia de la endoarteritis crónica generalizada, descrita por AINSTIE y encontrada también en la tabes dorsal por CHALMERS WATSON. Bacteriológicamente halló un bacilo difterioide en las vías digestivas y respiratorias, de desarrollo exuberante; este bacilo de caracteres parecidos al de KLEBS-LÖFLER, pero de virulencia atenuada con relación á la de este, no era patógeno para el cobayo pero sí para las ratas, muriendo en diez días las alimentadas con cultivos de este germen, observándose en ellas lesiones parecidas á las de parálisis general, siquiera sea imposible formar juicio definitivo por la brevedad del proceso. Este mismo bacilo ha sido hallado en vida en el liquido céfalo-raquídeo, en la sangre durante los accesos congestivos, y en la orina de sujetos tabéticos, así como *post-mortem* en el cerebro de los paráliticos generales. Supone ROBERTSON que el bacilo anida en los casos de parálisis general, en el tubo digestivo y en las vías respiratorias, sobre todo en la cavidad naso-faríngea, desde donde puede llegar al cerebro por vía linfática; de vez en cuando invade la sangre donde es destruído por fagocitosis y acción lisógena, siendo primero englobado por los leucocitos y luego disuelto en el interior de estos. En la tabes dorsal el bacilo difterioide pulula en las vías genito-urinarias y de aquí por el perineuro, sin alterar la fibra nerviosa, llega la toxina á las raíces posteriores y las lesiona en el punto donde pierden la vaina de neurilema. Supone ROBERTSON la existencia de una

(1) *Brit. Med. Jour.* I. 1901.

(2) *Wien. klin. Woch.* 1903.

(3) *The Edinb. Med. Jour.* vol. XIX, pag. 218, 1906; *Scot. Med. and Surg. Journ.* XVIII, pag. 228, 1906; *Rev. of Neurol.*, 1906; *Edinb. med. chir. Soc.* 3 Julio, 1907.

(4) *The Journal of Mental Science*, vol. LII, pag. 278, Abril, 1906; *The Medical Press and Circular*, núm. 7, pag. 171, 1906; *The Lancet*, I, pag. 334 y 336, 1906.

cistitis difteroides en la tabes, y tanto en esta como en la parálisis general no asigna á la sífilis previa más papel que el de debilitar las defensas generales y locales afirmando que respecto de la tabes tiene más importancia el antecedente gonorréico que el sífilítico. Los sucesivos intentos de invasión del organismo en general por el bacilo acaban por agotar las defensas naturales, y el paralítico muere en plena caquexia, víctima de la infección específica y de otras secundarias agregados.

En un trabajo reciente (1) distingue ROBERTSON dos formas de *bacillus paralyticus*; el *longus* que sólo produce ácidos en glucosa, y el *brevis* que también los produce en sacarosa. Por la inyección de cultivos á carneros ha obtenido un antisuero que aplicado á los enfermos detiene el curso de la afección, pero el procedimiento terapéutico más eficaz le parece el consistente en la asociación de la seroterapia pasiva (antisuero) con la activa (ingestión de cultivos muertos).

A la vez aconseja que se combata la infección local de las cavidades bucal, nasal y faríngea, con tópicos apropiados, de preferencia con irrigaciones de perhidrol al 1 por 100. Así asegura ROBERTSON que se consigue suspender el curso de la tabes y de la parálisis, siempre que no existan infecciones secundarias graves (estreptocócicas, estafilocócicas ó diplocócicas).

LANGDON (2) ha confirmado las aseveraciones de ROBERTSON, habiendo hallado el *bacillus paralyticus* en tres casos, de diez de parálisis general, y nunca en otros sujetos. Por su parte BRUCE (3) hace resaltar los síntomas toxémicos de la parálisis general, elevación térmica, trastornos digestivos, leucocitosis, señala la existencia de una aglutinina específica para el *bacillus paralyticus*, en el suero de los paralíticos, y añade que el suero de un paralítico en estado de remisión, es capaz de detener la evolución de un caso progresivo: inoculando cultivos á una cabra, produjo en ella una enfermedad caracterizada por marcha parésica, emaciación y tres accesos parecidos á los congestivos de la parálisis general muriendo en el tercero; se halló el germen inoculado en el esófago (el animal había lamido los sitios de la inoculación) y se apreciaron lesiones cerebrales parecidas á las paralíticas (el autor en su libro no es nada explícito en este punto).

Acaso ROBERTSON y sus secuaces se hayan dejado arrastrar por su entusiasmo de innovadores más allá de los límites de la realidad. De todas suertes, son aún las observaciones demasiado recientes para hablar de resultados terapéuticos, sobre todo tratándose de enfermedades como la tabes de curso tan lento, por largo tiempo estacionario á veces, y como la parálisis general de remisiones tan completas y duraderas. En cuanto al insignificante papel patógeno que ROBERTSON concede á la sífilis, pare-

(1) *The Lancet*, II, pág. 1438, 1906.

(2) *The Amer. Jour. of Ins.* 1906.

(3) *Studies in clinical Psychiatric*. Londres, 1906.

ce extraño que sólo esta causa sea capaz de debilitar solapadamente las defensas orgánicas generales y locales en individuos dotados de todas las apariencias de la robustez y de la salud y no lo consigan otros estados morbosos que poseen un poder consuntivo mucho mayor.

Por último, los fundamentos bacteriológicos de la teoría, deben ser juzgados en virtud de rigurosas pruebas experimentales; los hombres de laboratorio tienen aquí una tarea digna de ocupar su actividad: el material de experiencia abunda por desgracia en todas partes, y el resultado, favorable ó adverso á la doctrina discutida importa demasiado al linaje humano, para que el poner manos á la obra admita dilaciones.

Diciembre, 1908.

Bibliografía.

La hiperhemía como procedimiento terapéutico, por el profesor doctor AUGUST BIER (de Berlín). Traducción al castellano, de la sexta edición alemana, por don JOAQUÍN NUÑEZ GRIMALDOS.

La traducción, tan fiel como discreta y difícil, del libro de BIER que acaba de publicarse por el señor NUÑEZ GRIMALDOS, lleva un pequeño prólogo mío, no porque la obra monumental necesitase presentación de ningún género, y menos tan modesta, sino á simple título de tributo de admiración de un rendido devoto y fidelísimo practicante de las doctrinas y proceder del autor. Esto me ahorra hacer en este sitio otro género de consideraciones que en su lugar van consignadas y limita mi papel por el momento, al de entusiasta propagandista cerca de aquellos de mis colegas que no conocieran la obra y los trabajos del insigne profesor de Berlín.

Es de tal manera revolucionaria y en contra de las corrientes actuales de la Cirugía, la labor de BIER, que nada extrañan las oposiciones de todo género que se le han opuesto y la dificultad consiguiente para su debida vulgarización con que ha tenido que luchar. Únicamente la pertinacia y el firme tesón de un convencido por los hechos han podido no dejarse abatir en la contienda. En catorce años que lleva BIER ensayando la experimentación y perfeccionamiento de la hiperhemía como agente terapéutico, son innumerables los trabajos que él y sus discípulos y adictos han publicado predicando, con gran sinceridad siempre, los resultados que obtenían con el método. Pero no ha sido esto bastante para la generalización que fuese de esperar y desear de esta nueva terapéutica. En Alemania misma, con haberse publicado seis ediciones de su libro no ha encontrado BIER aquel calor y entusiasmo que ha pretendido difundir. Los trabajos de este insigne maestro empezaron en Kiel, siguieron en Greifswald y en Bonn y continúan en Berlín. En todas estas clínicas se ha experimentado el método con gran ardimiento mientras ha permanecido el autor al frente y se ha visto enfriarse con su ausencia. En dos años seguidos que yo visité la clínica de Bonn, pude confirmar *de visu* esta situación. En 1906, último que dirigió aquella clínica BIER, reinaba una actividad *hiperhemiante* asombrosa; al siguiente, de 1907, en que BIER pasó á Berlín á substituir á BERGMANN, observé que en Bonn apenas se ocupaban de esta terapéutica algunos de los alumnos del profesor que allí permanecían. En Francia son contados los cirujanos que emplean el método hiperhemiante, aunque la obra de BIER se tradujo al francés en 1907, y en España no hay que decir que somos tan pocos los que le hayamos ensayado y apreciado, que es punto menos que desconocido.

Y se dirá: ¿cómo puede suceder en Medicina que un proceder curativo de positivo valor y eficacia, lanzado á más por nombre tan prestigioso como BIER, no se haya generalizado y apreciado debidamente? Muy lejos nos llevarían las consideraciones nesarias para explicar esta paradoja, y el mismo BIER en varios pasajes de su libro se lamenta amargamente del desvío injustificado hacia su labor.

La negación absoluta del verdadero valer terapéutico de la hiperhemia no puede darse en presencia de los hechos. El que observe con sinceridad una y más veces enfermos atacados de diversas dolencias, como panadizos y flemones, tuberculosis óseas y reumatismos, heridas infectadas y úlceras rebeldes, tratados por los distintos procedimientos que BIER ha reglado, curados sin ningún otro género de intervenciones, no podrá menos de rendirse á la evidencia. Y cuando después de ver y tocar estos resultados beneficiosos encuentre casos en que se presentan efectos distintos por completo, no hay más remedio que pensar, como el mismo BIER lo indica, que el remedio no ha sido debidamente aplicado. Aquí es donde radica la explicación del abandono en el ensayo de la hiperhemia como procedimiento curativo de que nos lamentábamos.

Es necesario que aquél que deba emplear esta terapéutica la conozca; ¿que se diría del que abominase del mercurio en la sífilis, sin conocer el manejo de este precioso medicamento?

Y no se crea que las dificultades para dominar este medio nuevo son insuperables ó más intrincadas que otros procedimientos que á diario usamos. Con un poco de buena voluntad y perseverancia se llega á dominar como tantas otras cosas que en los comienzos nos parecían muy difíciles. Bastantes más requisitos y cuidados hemos menester para realizar la asepsia y la antisepsia y sin embargo son hoy prácticas que se realizan casi por instinto y automáticamente, por la educación que nos hemos impuesto.

Es preciso leer el libro de BIER. Quien esto haga, estoy seguro que se encontrará maravillado: primero por los nuevos derroteros que para la práctica en sus páginas se trazan, con tan grande sencillez como seguridad; y después por los desenvolvimientos de orden científico con que se razonan los efectos de la hiperhemia tanto en lo fisiológico como en lo patológico. No ha procedido BIER de una manera empírica al experimentar su método, cual ha sucedido en los comienzos de multitud de remedios. La observación razonada de muchos hechos naturales le condujo inductivamente á los primeros ensayos, pero un estudio profundísimo y de largas meditaciones y experimentos le dió luego explicación de los hechos observados.

La muy extensa cultura que resplandece en el libro de que tratamos sería bastante para nuestra admiración, sin que se uniese á ésta el convencimiento profundo que abrigamos en la eficacia y bondad del método curativo ideado.

Desde hace cuatro años venimos empleando la hiperhemia en sus diversas aplicaciones y formas como remedio en multitud de afectos quirúrgicos, y aunque muy distantes de llegar al perfeccionamiento en sus aplicaciones, hemos conseguido la necesaria facilidad en su manejo para conseguir resultados curativos excelentes y, sobre todo, una confianza grande en que podrá mejorarse y progresar el sistema cuanto más se estudie y aplique. El mismo BIER dice que sus procedimientos son susceptibles de infinitas modificaciones y mejoras que ha de ir dictando la experiencia.

En mi entender, el gran porvenir de esta terapéutica hiperhemiante, está en la facilidad de su divulgación entre los médicos que no dispongan de esos otros complicados medios que hoy exige la Cirugía.

Las intervenciones operatorias en las lesiones tuberculosas de huesos y articulaciones, renglón tan importante y abundoso de la práctica corriente, son maniobras

que no todos pueden realizar sin haber especializado su trabajo; pues con los procedimientos de BIER podrán todos obtener en tales casos muchas y mejores curaciones que con la cirugía activa que les estaba vedada. Si á esto se añade, que el tratamiento higiénico de esta clase de pacientes tuberculosos, se realiza en mejores condiciones en las aldeas y en los campos, considérese cuánta ventaja no habrá con que los médicos de las pequeñas localidades puedan tratar con los sencillos procedimientos de la hiperhemia á tantos enfermos condenados hoy á refugiarse en hospitales ó centros de insanidad y á terminar su curación con mutilaciones, cuando no con la muerte.

Invito á los que leyeren estas líneas á que hagan lo mismo con las substanciosas páginas de BIER y después de esto, que ensayen en el primer caso propicio los procedimientos curativos que allí se dictan, y esto hagan con la fé y la perseverancia que el método precisa; estoy seguro de que, al final, me será muy agradecido el consejo.—J. ORTIZ DE LA TORRE.

Revista de Revistas.

Causa del repentino descenso de la presión sanguínea, durante la exploración del conducto colédoco.—Cause of sudden fall in blood-pressure, while exploring the common bile-duct.—Por J. L. RANSOHOFF.—*Ann. of Surgery*. Octubre, 1908.

El autor ha realizado 25 experimentos en conejos y en el hombre, con objeto de determinar la verdadera causa de la depresión sanguínea que, bruscamente, se produce cuando se explora el conducto colédoco. De sus primeras investigaciones resultó: 1.º, la abertura del abdomen produce un ligero descenso con rápido retorno á la presión normal; 2.º, la tracción de la vesícula biliar no produce efecto ninguno; 3.º, la tracción ejercida sobre el piloro y el omento gastrohepático no altera la presión, si se tira hacia abajo y determina un ligero descenso cuando se tira hacia adelante; 4.º la acción de secar fuertemente esta región con torundas, da lugar á un pequeño y gradual descenso.

En una segunda serie de experiencias logró determinar que la brusca depresión sanguínea, dependía de la compresión de la vena porta. Aisló el piloro é introdujo la punta del dedo pequeño en el hiatus de WIXSLow, cuidando de no comprimir la vena cava, é inmediatamente se produjo un repentino y marcado descenso de la presión sanguínea, acompañado de pulso rápido y pequeño. Repitió el experimento varias veces con idéntico resultado. La presión recuperaba su tono normal, en cuanto retiraba el dedo.

Introduciendo un gancho en el hiatus y tirando hacia arriba se producía el mismo fenómeno. Como en este caso la vena cava, seguramente, no había sido comprimida, la depresión sanguínea parecía depender de la compresión ejercida sobre la vena porta. Obtuvo la confirmación aislando este vaso y cogiéndolo con pinzas. Un marcado descenso se produjo inmediatamente.

Los mismos experimentos realizados en el hombre durante algunas intervenciones sobre el conducto colédoco, tuvieron el mismo resultado.

El autor deduce que la notable depresión sanguínea observada en este género de operaciones, ocurre cuando se explora el colédoco, introduciendo un dedo en el hiatus de WIXSLow y se comprime inadvertidamente la vena porta. Esta parcial obstrucción de la luz del vaso resta una gran cantidad de sangre, á la circulación general, y origina en consecuencia el descenso de la presión sanguínea.

Aconseja que la exploración digital del colédoco sea interrumpida de cuando en cuando, para permitir á la circulación recuperar su tono normal.

I. S. Covisa.

Sobre la pretendida existencia del hierro en los tejidos calcificados. WERNER HUECK: Ueber den angeblichen Eisengehalt verkalkter gewebe. *Centralblatt f. allg. Pathologie u. path. Anat.* núm. 19.-1908.

Según las investigaciones de WEBER, KOCKEL, RONA, GIERKE, SCHMORL, S. EHR- LICH, etc., parecía demostrada la existencia del hierro en todos los tejidos calcifica- dos, tanto normales como patológicos. W. H., ha tratado de investigar la influencia que los reactivos usualmente empleados en histología pudieran tener sobre este pun- to. A este fin ha repetido las experiencias de sus antecesores empleando al mismo tiempo que las fijaciones en alcohol y formol y las inclusiones en celoidina y parafina corrientemente utilizadas por aquellos, el examen rápido decalcificando y seccionando mediante la congelación.

De todas sus concordantes observaciones deduce, que en ningún tejido fresco ó conservado en medios libres de hierro, ha podido demostrar la existencia simultánea de este metal y la cal; por el contrario, los tejidos calcáreos conservados en los me- dios usuales que generalmente contienen hierro (alcohol, agua común, etc.), dan siempre las reacciones micro-químicas características de este metal, y tanto más, cuanto más tiempo han estado actuando ó han obrado en más cantidad.

Desde las investigaciones de ARNOLD y STOELZNER es ya conocida la extraordi- naria apetencia de la cal por el hierro, de tal modo que basta introducir tejidos cal- cificados libres de *Fe*, en disoluciones de serquicloruro de *Fe* en que este se encuentra al 1:500000 y que apenas da reacción con el sulfocianuro potásico, ó en sulfato al 1:50000, para que se presente la reacción característica en los tejidos y solamente en los calcáreos.

Lo mismo que con la cal ocurre con la grasa, que como ha demostrado reciente- mente GLIKIN, con frecuencia contiene hierro.

De modo que en conclusión, para poder afirmar que un tejido contiene hierro, se necesita descartar la posibilidad de que este proceda de los líquidos empleados ó del mismo tejido (hemorragias, etc).—*F. Tello.*

La cesarea vaginal de Dührsen, en un caso de placenta previa, por el doctor PARACHE.—(*Anales de Obstetricia, ginecología y Pediatría.*—Diciembre 1908).

El doctor PARACHE, ha sido el primero en España que ha hecho la operación de DÜHRSEN en un caso de placenta previa, con lisonjero resultado para la madre y el feto.

Hace la historia de la embarazada, secundípara, que en el momento de iniciarse el parto, principia con hemorragias copiosísimas que ponen en peligro su vida. Por las malas condiciones de la vivienda, después de taponarla y darla una poción con hidractis, manda la embarazada á la Casa de Maternidad, donde se dispone á operarla en vista de su gravedad, y seguir cerrado el cuello uterino.

Puesta en posición dorso-sacra, después de anestesiada y desinfectada, pone de manifiesto el cuello uterino y lo fija por dos pinzas colocadas en el borde anterior de su orificio externo. Mediante una incisión transversal secciona la inserción de la pared anterior de la vagina en el útero. Después con los dedos separa la vejiga del útero, é introduce una valva para aislar y suspender la vejiga. Hecho esto, dividió longitudinalmente la pared anterior uterina en unos ocho centímetros, poniendo de relieve el borde placentario; rompió las membranas y con la mano izquierda ejecutó la versión, extrayendo una criatura viva que pesaba 3.200 gramos. Tiempo empleado, diez minutos. Le suturó la herida uterina con catgut y la vagina con seda.

Después el doctor PARACHE hace algunas reflexiones muy atinadas pertinentes al caso y encuentra lógico estas tentativas para mejorar las estadísticas que en el ma- terial grande de ZWEIFEL y VEIT, acusan una mortalidad de 6 á 10 por 100 para la

madre y de 60 á 80 para el feto. Y por último termina haciendo la crítica de los otros medios, como el de los dilatadores de WALCHER y BOSSI, que tienen sobre sí gran número de accidentes. Además del caso del doctor PARACHE, hay otro de operación de DÜHRSEN por eclampsia, hecha por su maestro el doctor RECASENS con feliz resultado.

Mi impresión personal (tuve el honor de ver la cesarea vaginal, al doctor PARACHE) es que esta operación, en casos urgentísimos, es la única que puede garantizar la vida de la madre y del feto.

F. Viguera.

Academias y Sociedades Médicas.

Tratamiento quirúrgico de las neuralgias faciales.—Jaboulay, *en su comunicación sobre este tema al Congreso Francés de Cirugía, establece las siguientes conclusiones:*

Es imposible precisar por cifras el valor de las diferentes intervenciones sobre el trigémino periférico y sobre el trigémino central. No existe un solo procedimiento, un solo método terapéutico que no haya registrado recidivas, faltas de éxito; al contrario, todas las intervenciones han tenido sus éxitos relativos, desde las más periféricas y las más limitadas, hasta las más centrales y las más extensas; desde la simple supresión del territorio donde aparece el aura dolorosa (la ligadura de una mitad de la lengua, la avulsión dentaria, la cauterización cutánea ó mucosa) hasta la trepanación del cráneo. Los procedimientos empleados son innumerables; este número excesivo demuestra la poca importancia y eficacia de cada uno. Una después de otra, la anatomía, la fisiología y la experimentación, han aportado novedades en la manera de alcanzar y perseguir el trigémino, de modificar su función, de atenuar las excitaciones que transporta á los centros corticales ó que él recibe de ellos; á pesar de todo, no se ha llegado á un acuerdo sobre la mejor manera de tratar la prosopalgia verdadera, esencial. En vista de la incertidumbre de los resultados, es lógico comenzar por los medios simples, continuando cuando ha llegado el fracaso por los procedimientos más importantes que no ponen en peligro la vida del enfermo, reservando las operaciones intra-craneanas, entre las cuales la mejor parece ser la sección de la rama gruesa protuberancial, para los casos desesperados por la intensidad de los dolores y el retorno subsistente de las crisis.

Quizás un día, las operaciones directas serán abandonadas; la cirugía se esforzará entonces imitando á la medicina, continuando su acción á condición de que ésta haya sido agotada, en modificar con las armas de que dispone, la excitabilidad del nervio ó de los territorios nerviosos de donde toma origen.

Es preciso no olvidar que la neuralgia del trigémino, es un síntoma como la ciática, neuralgia sin lesión, trastotorno funcional ligado á tras-

nos circulatorios, neuritis ascendentes, compresión ó invasión por tumorse ó tumefacciones, lesión de sus raíces, perturbaciones de sus centros, estos son los diagnósticos que deberán tenerse establecidos antes de intervenir para apropiarse la operación á la afección causal de la prosopalgia y no aplicar siempre una misma intervención á las diferentes enfermedades que ocasionan esta neuralgia. El tratamiento quirúrgico de la neuralgia facial no es uno, es múltiple y tan variado como ella; á las alteraciones reales de la neurona periférica convienen las operaciones directas, las diferentes resecciones sobre el nervio del quinto par; á la prosopalgia, á la que es debida á lesiones de las neuronas centrales, las operaciones indirectas, modificadoras de los centros nerviosos.

Las conclusiones que sobre el mismo tema presenta MORESTIN, son la que á continuación exponemos:

1.^a Un examen cuidadoso, preciso y completo, permite á menudo indagar las causas locales de neuralgias puramente sintomáticas ó reconocer que los dolores son dependientes de la tabes, de la sífilis, de la histeria, y en consecuencia orientar la terapéutica, no estando justificada ninguna intervención dirigida contra la neuralgia misma, más que cuando ha adquirido su autonomía y no puede ser modificada ni por la supresión de una causa local ni por un medio médico cualquiera.

2.^a Las intervenciones sobre las ramas periféricas deben ser precedidas de la exploración por medio de las inyecciones de cocaína á diversas alturas del trayecto del nervio, para tratar de localizar el sitio de las excitaciones algesiogenas.

Debe renunciarse á las simples secciones y á las resecciones discretas. Las resecciones extensas, el arrancamiento minucioso de las ramificaciones del cabo terminal, el arrancamiento brusco y lo más alto posible del cabo central, refuerzan considerablemente la acción de este método dándole un verdadero valor curativo.

3.^a Las inyecciones fijadoras de alcohol constituyen un tratamiento paliativo, ofreciendo tales ventajas, que pueden hacer inútil otra intervención más seria.

4.^a La resección más ó menos extensa del gran simpático cervical, resulta muy eficaz y constituye un buen recurso contra la neuralgia facial. De aquí en adelante, habrá lugar de asociar la resección simpática á las operaciones sobre el trigémino.

5.^a La extirpación del ganglio de GASSER está en la actualidad perfectamente reglada y puede ser practicada de una manera habitual; su gravedad ha disminuído; es cierta su eficacia y puede decirse que á la ablación total corresponde la curación total; pero la destrucción de la gran rama del trigémino, el aislamiento del ganglio, es operación de análoga eficacia, más fácil y menos seria, debiendo ser actualmente preferida.

Cifuentes.

TERAPÉUTICA

Tratamiento de la hiperclorhidria por el agua oxigenada.

En el último número de los *Archiv für Verdauungs-Krankheiten* de Boas, publica el doctor PETRI un artículo, con observaciones clínicas, para demostrar que el uso del agua oxigenada á la dosis de 1 á 3 gramos en 200—300 de agua reemplaza á las curas en los balnearios. Dice que el lavado gástrico con agua oxigenada desde un cuarto hasta el medio por ciento da buen resultado en las hiperacideces con fermentación.

Recomienda principalmente el empleo del Magnesium-Perhydrol del 25 por 100 (25 MgO₂ + 75 MgO) que prepara MERK. Dice que se deben dar tres veces al día dos tabletas de 50 centigramos de este cuerpo.

En sus observaciones, el análisis del jugo gástrico hecho después del empleo de este medio acusa un descenso enorme de la acidez clorhidrica.

Madinaveitia.

Un sencillo remedio contra el prurito.

LEO, KOHER y STROLL aseguran haber curado los casos más pertinaces de prurito, (*pruritus senilis, etc.*), por la administración del ácido sulfúrico.

Esto se puede relacionar con la creencia de algunos autores para quienes muchos casos de prurito están ligados con alteraciones gástricas (hipopepsia).

Recomiendan la siguiente fórmula:

Acido sulfúrico deluido (al décimo) . . .	5 gramos.
Agua	170 »
Jarabe de frambuesas	30 »

Mézclese para tomar una cucharada cada dos horas.

Es preciso evitar el contacto de esta poción con los dientes por lo que se tomará con un pistero, teniendo cuidado de lavarse después la boca con agua bicarbonatada.—*T. Hernando.*

Forma de administrar el ioduro potásico.

En la *Sociedad de Medicina* de Gante, M. L. DE PRADO, presenta una nueva manera de administrar el ioduro potásico, para prevenir muchas intolerancias causadas por la irritación que produce al descomponerse en el estómago.

Para evitarlo recomienda administrar el ioduro en ayunas en forma de poción, que contenga 50 centigramos de ioduro por 150 gramos de agua, una cucharada de cognac y C. S. de miel; para tomar de una sola vez. Para tomar otras dosis durante el día, recomienda una solución de 10 gramos de ioduro en 30 de agua; para tomar á gotas en agua con bicarbonato.

Parece que en esta forma ha observado tolerancias en enfermos que no soportaban ninguna otra.—*Ortiz de la Torre.*