

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Sumario: Tratamiento del ataque colérico, por *Pérez Valdés*.—Un caso de obstrucción de la arteria central de la retina, por *Sal Lence*.—NOTAS CLÍNICAS: Úlceras gástricas tratadas por gastro-enterostomias, por *Ortiz de la Torre*.—Amputación osteoplástica de la pierna, por *Cifuentes*.—Quistes del ovario, por *Vigueras*.—Hematemesis de la fiebre tifoidea, por *Urrutia*.—REVISTAS CRÍTICAS: Diagnóstico precoz de la tuberculosis, por *Sandoval*.—BIBLIOGRAFÍA: *Medicine opératoire des voies urinaires*.—Estudio crítico del tratamiento de la luxación congénita de la cadera. —REVISTA DE REVISTAS: Un modo de disminuir las probabilidades de infección durante la anastomosis intestinal.—El tratamiento de las varices del miembro inferior por la inyección intravenosa de una solución de iodo, por *Covisa (I)*.—Seroterapia de la escarlatina.—Sobre una causa singular de retención de orina en el niño, por *Romeo*.—Operación cesárea é histerectomía, por presentación de hombro irreductible.—Diez casos de operación cesárea obligada por histeropexias abdominales anteriores, por *Vigueras*.—Patología de la placenta.—La gelatina en las diarreas de los niños de pecho, por *Eleizegui*.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: Sociedad Ginecológica Española (sesión inaugural), por *Botella*.—TERAPÉUTICA: Intoxicación nitrosa por el subnitrito de bismuto.—Un tratamiento sistemático de las nudosidades de HEBERDEN, por *Hernando*.—NOTICIAS: (fuera de texto).

Tratamiento del ataque colérico.

Memoria redactada, por encargo del Real Consejo de Sanidad

AL DOCTOR

PÉREZ VALDÉS

Esta luminosa memoria, llena de interesantísimos datos acerca de la cuestión que se trata, nos ha parecido que debiera darse á conocer al público médico, por lo cual, con la venia del autor, publicamos un extracto que verá la luz en dos números sucesivos de la REVISTA (1).

Fuerza es confesar que en el tratamiento del cólera seguimos, poco más ó menos, como en 1885, continuando sin un específico que nos garantice contra sus ataques.

El conocimiento que hoy tenemos de las bacteriolisinas y aglutininas coléricas, nos permiten albergar la esperanza de un próximo y definitivo triunfo.

Pero mientras no dispongamos de un medio de defensa, que como el suero de *Behring* y *Wernike*, en la difteria, nos permita confiar siempre y en todos los casos, continuará siendo ventajoso conocer aquellos otros medios de lucha, que aunque muy inferiores en jerarquía científica, la ex-

(1) El doctor *Pérez Valdés*, cuyo nombre no es menester ensalzar, estuvo al frente del Hospital de coléricos del Sur, en Madrid, en la epidemia de 1885. Este extracto de la Memoria, ha sido hecho por el señor HUIDOBRO.

perencia ha demostrado como de mayor valía en el tratamiento del cólera.

Con objeto de hacer más comprensible lo que nos proponemos decir, dividimos en tres agrupaciones que corresponden á otros tantos estudios del cólera, el estudio de su tratamiento, advirtiéndole desde ahora, que sólo hemos de referirnos á aquello puesto en práctica por nosotros mismos, es decir, á lo que hicimos, no á lo que pudimos hacer.

PRIMER PERÍODO

Consideramos incluidos para los efectos del tratamiento, los enfermos que presentando síntomas de cólera más ó menos complejos no han llegado al período de aljidez. Por insignificantes que fuesen las manifestaciones sintomáticas, obligábamlos á los enfermos á guardar cama, sometiéndoles á una dieta absoluta.

Hemos visto repetidas veces que, una taza de caldo ó leche, ha precipitado la marcha de la enfermedad con inusitada rapidez. La explicación de esto, se encuentra en la observación de *Brau* y *Denier* que han encontrado en los cultivos del vibrion colérico, una toxina soluble que se hace más activa con la introducción de albúmina en los cultivos de los vibriones.

La elección de bebida tiene alguna importancia, pues como la sed inextinguible es uno de los síntomas que más mortifica á los coléricos, el uso de una sola clase de líquido, concluye por causarles repugnancia invencible, tan molesto casi como la misma sed.

En la mayoría de los enfermos observamos una marcada preferencia por las bebidas ácidas, agua de seltz muy fría, sola ó mezclada á partes iguales con agua de limón, gozando de gran reputación el agua natural, ligeramente cargada de infusión de café con pequeñas cantidades de ron, cognac ó aguardiente.

Esta bebida sostenía á la vez un ligero estímulo del sistema nervioso muy conveniente. Por otra parte, los experimentos de *Frierberger* parecen demostrar, que en los animales á quienes se inmuniza para el cólera, aumenta considerablemente el número de anticuerpos coléricos si al mismo tiempo se les hace ingerir cierta cantidad de alcohol. El hielo puede adicionarse en pequeños terrones.

Nunca pusimos coto en la cantidad de líquido ingerido, sólo en los casos de vómitos muy pertinaces, la limitábamlos á pequeñas porciones cada vez, y separados por intervalos más ó menos largos.

Entre la lista de remedios para el tratamiento del cólera, sólo encontramos uno que merezca confianza en este primer período. Nos referimos al opio.

Cualquiera de sus preparados nos parece bueno administrado en forma de fácil absorción y sobre todo, y no á la dosis enorme que algunos recomiendan. Carece de fundamento científico el creer que en el cólera se puede dar impunemente á grandes dosis.

Los efectos más ostensibles son, la supresión de los vómitos y de la diarrea. Para esto, es condición imprescindible que la absorción tenga lugar, en cuyo caso las grandes dosis la hacen perder las condiciones hipocrínicas que se buscan, y sólo se obtiene sus efectos sobre el sistema nervioso cerebro-espinal; obtusión intelectual, dificultad respiratoria, estado comatoso, en una palabra, los síntomas que caracterizan el envenenamiento por el opio.

En el Hospital del Sur ingresaron siete enfermos con este aparato sintomático; los siete murieron, siéndonos permitida alguna duda acerca de su terminación fatal, si no hubiesen sido sometidos á tan imprudente tratamiento. Uno de ellos cuyos antecedentes nos fué posible recoger, había ingerido, por su propia cuenta, cinco gramos de láudano de *Sindenhan* en diez y ocho horas.

Nosotros solíamos usar el láudano en cantidad de 8 á 15 gotas, como primera dosis, disminuyendo progresivamente las sucesivas según los efectos obtenidos, cesando en su uso en cuanto disminuía notablemente la diarrea, ó comenzaba la algidez, en cuyo estadio la consideramos perjudicial.

Cuando la frecuencia excesiva de los vómitos hacía estéril el uso del opio por vía gástrica, acudíamos á la hipodérmica, con el extracto tebaico (tres centigramos por inyección) repetida cada dos ó tres horas, suspendiéndolas en los casos antes citados.

Sólo empleamos la morfina en los calambres violentos, y en los vómitos é hipo excesivos; generalmente un centígramo con observación. Alternando con el opio, ó al mismo tiempo, prescribíamos el subnitrito ó salicilato de bismuto, á la dosis de 6 ú 8 gramos, suspendidos en una poción gomosa, tres ó cuatro veces con intervalos de dos horas. Los resultados fueron sumamente satisfactorios.

Había enfermos que además de los síntomas propios, presentaban otros que denunciaban un verdadero estado de embarazo gástrico. En estos comenzaba el tratamiento haciéndoles vomitar con la ipecacuana; advirtiéndoles que la indicación de este medicamento es muy precisa, y no es prudente elevar á sistema este modo de proceder.

Generalmente, con los sencillos medios indicados, bastaba para llevar á buen término la enfermedad; pero cuando esta había adquirido mayor desarrollo, ó desde el principio se presentaba con síntomas de gran violencia, usábamos también de sinapismos, calentadores, fricciones estimu-

lantes, y otros tantos pequeños remedios, que no por ser vulgares dejan de ser útiles.

Existe aún otro remedio poderoso, de indicación especial en el primer período ó cuando se inicia la algidez; los baños.

El baño general es de la mayor utilidad; con él hemos visto reanimarse gran número de enfermos ya en el período asfíctico, recobrando el pulso, generalizándose el calor, y provocando un sudor abundante, que lejos de debilitar á los enfermos les producía un visible bienestar.

La temperatura del baño comenzaba por 34°, aumentándola hasta 38° ó 39° según la tolerancia del enfermo, pues es de advertir que los coléricos protestan con energía de la acción del agua caliente, á pesar de su aparente insensibilidad. Su duración variaba de cinco á diez minutos, repitiéndolos cada dos horas si con los primeros no se obtenía el efecto apetecido. Generalmente adicionábamos uno ó dos kilos de harina de mostaza. Es posible que la acción del agua caliente, dificulte en mayor ó menor escala la fermentación sinápica, pero el hecho es que la mayoría de los enfermos sentían su acción irritante sobre la piel.

Después del baño secábamos cuidadosamente á los enfermos, extendiéndolos sobre una manta, y durante tres ó cuatro minutos se les daba palmadas en el pecho, espalda y extremidades, seguidas de fricciones secas con guante de hila inglesa.

Los estudios de *Pfeiffer* parecen demostrar que el terreno más idóneo en que el *Spirillum Colérico* evoluciona y prospera es la masa intestinal. Allí ocasiona una irritación enérgica, una violenta enteritis que se traduce por vómitos, diarrea, hipo y demás síntomas expresivos de la invasión colérica.

Una parte de los vibriones muere *in situ*, se disgrega y deja en libertad una toxoproteína que se aloja en el protoplasma bacteriano. La absorción de ésta determina intoxicación general.

Respecto á la toxina encontrada por *Brau* y *Denier* de que ya hablamos, no está bien comprobada su existencia en los tejidos y en la sangre, pero lo que parece un hecho cierto, es que existe en el protoplasma del vibrión de *Koch*, cuya muerte la deja en libertad y favorece su absorción.

De aquí parece desprenderse que todo lo que tendiese á expulsar esos vibriones disminuiría la infección.

Así lo suponen *Eichors* *Manikof* y otros, que partiendo de un concepto patogénico á nuestro juicio erróneo, suponen que los vómitos, la diarrea, los calambres y hasta la algidez misma, representan defensas del organismo que se deben favorecer con una medicación vómito-purgativa, auxiliada á lo más por algún poderoso oxidante orgánico, como el permanganato en solución débil.

En nuestro sentir, los síntomas indicados no son defensas sino, protestas del organismo, dependientes de la agresión del vibrión, y sufrida por el intestino.

La corriente exosmótica que allí se determina, deshidrata la sangre y los tejidos, la nutrición de estos se altera en su metabolismo, sus funciones se menoscaban, y el deterioro de su textura llega á tal grado, que se hace imposible su *restitutio, ad integran*.

Así se explica la sucesión constante que se observa en la presentación del síndrome colérico; trastornos del aparato gastro-intestinal, algidez y apagamiento, del circulatorio, y reacción tifoidea ó sea la intoxicación del organismo, por muerte y disgregación de los elementos más primitivos de su estructura.

Hay en todo esto algo, que parece ageno á las acciones bioquímicas provocadas por agentes específicos, y que tiene un aspecto innegable de trastorno principalmente físico. De no ser así, no se explicaría el efecto rápido que se obtiene con la inyección intravenosa de agua salina. Es sorprendente ver reanimarse los enfermos, á medida que la inyección va reponiendo el líquido que ha perdido, y pasar de una gravedad inminente á una franca y rápida convalecencia.

Si todo fuese debido á una acción tóxica generalizada, no es probable que los tejidos volvieran á la vida, con la simple adición de agua, desprovista de anticuerpos capaces de destruir el efecto de la proto-toxina colérica.

Afirma *Pfeiffer*, que el cólera es substancialmente un *proceso infectivo* que se desarrolla en las capas superficiales del intestino, en donde sólo aparece la intoxicación como cosa secundaria. La observación clínica inclina el ánimo á suponer, que esta supuesta toxicosis no existe la mayoría de las veces, y que los síntomas que se la atribuyen, son consecuencia sí de la acción bacteriana, no específica, sino mecánica, de sustracción del líquido intersticial, que es el intermediario más inmediato de su nutrición.

Pero dejando á un lado estas cuestiones doctrinales, volvamos á los efectos obtenidos con el opio.

Seguramente el ideal es expulsar cuanto antes los gérmenes coléricos del intestino.

Pero no es menos cierto, que todo lo que contribuye á combatir la enteritis defendiendo la integridad de los epitelios, evitando las corrientes exosmóticas, contribuye poderosamente á llevar la enfermedad á buen fin.

Estos términos que parecen tan paradójicos, se encuentran unidos por un fondo de buena lógica terapéutica. Cuando un órgano cualquiera se encuentra en un conflicto funcional, se procura hacer desaparecer las causas, ó reformar las energías del órgano comprometido.

Esto es lo que se consigue con el opio, cuando se administra bien, y sobre todo á tiempo, es decir, al principio, antes que el vibrión se multiplique y destruya vastas superficies de epitelio. En los periodos avanzados, el opio es inútil, y hasta perjudicial.

El ilustre bacteriólogo doctor *Claudio Sala* que tanto ha trabajado en

estos especiales dominios, nos da una explicación de los efectos del opio en este primer periodo, que con el mayor gusto, la consignamos á continuación.

«Muy señor mío y amigo:

»La observación hecha por ustedes acerca de los buenos efectos del opio, administrado en los primeros momentos de la invasión del vibrion colérico, creo tiene lógica interpretación dentro de las teorías que hoy explican el fenómeno de la inmunidad, en las enfermedades infecciosas.

»Tengó para mí, que con tal tratamiento, el sujeto infectado venía, de modo indirecto, á ser objeto de una *inmunización* activa, cual no ha verificado ninguno de los microbiólogos que se han ocupado de resolver este importante problema de profilaxis.

»Me explicaré: Uno de los efectos del opio es el de cohibir la exosmosis y cerrar, por decirlo así, la puerta á las evacuaciones intestinales. En este caso, los vibriones coléricos que vayan sucumbiendo, se autolisan en los líquidos intestinales y ponen en libertad su endo-toxina, cuyo principio tóxico va siendo absorbido por el enfermo, pero de un modo *relativamente lento*, ya porque en este periodo existe limitado número de microgérmenes patógenos, ya porque ha sufrido poco todavía la integridad del epitelio intestinal, á cuya conservación coadyuva sin duda el opio administrado.

»Resultado de ello es que, al llegar las moléculas de endotoxina colérica á las células de los tejidos sensibles, provócase en último resultado la sobreproducción de receptores de tercer orden, (según la teoría de las cadenas laterales de *Ehrlich*), los cuales pasan á los líquidos intersticiales del tejido y por fin á la sangre. Estos anticuerpos producidos son las *bacteriolisinas*, que al llegar al intestino, obran sobre los vibriones coléricos, matándolos y disolviéndolos.

»Así se concibe la posibilidad de que por este mecanismo, el organismo acabe con el último de los vibriones vivos, terminando con la infección. El enfermo queda curado del proceso infectivo, pero con ventaja además, para resistir nuevos ataques, es decir, con una *inmunidad, adquirida*, en la lucha contra los vibriones coléricos, que por mucho tiempo le hará refractario al mal.

»Así vendría á obtenerse la inmunidad en el hombre contra el cólera, por *inoculación natural*, en el sitio en que ya normalmente se verifica la infección, camino artificialmente seguido por *Sautscheuko* y *Sabolotuy, Klemperer*, al inocular *per os* el material virulento.

»Pero lo particular del caso, es que en los enfermos por usted observados, aun cuando en esencia el mecanismo es de inmunización activa, y por tanto de efectos especialmente preventivos, *aquí* sería de resultados curativos, ó si se quiere, alambicando algo más el raciocinio, una inoculación preventiva contra el *desarrollo máximo* del vibrion colérico en el intestino.

»Así como *Pasteur* utilizó el período de incubación de la rabia para inmunizar el organismo, haciéndole refractario al virus lísico, así también en este caso, algunos días ó tal vez horas, bastarían para que el organismo adquiriera los medios de defensa necesarios para triunfar de la infección colérica.

»Pero se dirá: convendría probar, ante todo, que los enfermos en cuestión han padecido una infección colérica.

»Convencido estoy que, si no todos los enfermos tratados por ustedes, al menos algunos, eran verdaderos coléricos. Y como ninguno de los sometidos al tratamiento sucumbió, de aquí que, cuando menos para éstos, es valedero el anterior raciocinio.

»Por lo demás, al que pueda observar coléricos, fácil ha de serle tratarlos por la medicación que ustedes preconizan, y reconocer luego los casos de verdadera infección colérica, ya por la investigación del vibrión específico en las deposiciones, ya mejor todavía por las virtudes aglutinantes y bacteriolíticas del suero de su sangre que, no sólo mostrará durante el tiempo de la infección, sino varios días después de ella.

«Sí así resultara, quedaría comprobada esta hipótesis, y ello presentaría tal vez un punto de vista, que podría ser de resultados utilísimos para combatir la terrible plaga gangéctica...»

Esta manera de ajuiciar del Sr. Sala se encuentra muy de acuerdo con el concepto de *Pfeiffer* acerca de la inmunidad en el cólera.

Según *Pfeiffer*, la inmunidad es un estado por el cual el organismo inmune, es capaz de matar rápidamente los vibriones que en él penetran, antes de que puedan multiplicarse, de tal modo de que por el veneno intrabacteriano sean bastantes para matar al individuo infectado.

La inmunidad contra el cólera, añade, es una inmunidad contra una infección y se debe á una substancia bacteriana.

Sin que por el momento nos sea permitido formar juicio exacto del mecanismo por el cual procede el opio en la curación del cólera, siempre quedará el hecho evidente, de que entre la innumerable lista de medicamentos propuestos, él es el único que ha llegado hasta nosotros á través de los tiempos, acrisolado por la experiencia de una porción de generaciones médicas. Firmemente creemos que si fuera posible tratar desde el principio los enfermos de cólera, se obtendrían estadísticas de curación superiores tal vez á las de cualquier otra enfermedad corriente.

En el Hospital del Sur prestaban servicio 36 individuos. De éstos enfermaron 14, ó por lo menos tuvieron síntomas premonitores, algunos de ellos muy graduados: diarrea, vómitos, calambres, etc.

Tratados desde el principio con dieta absoluta, tomando alguna gota de láudano, etc., curaron *todos* en un plazo de cuatro á ocho días.

En cambio, un enfermero que presentaba los mismos síntomas que sus compañeros, pero que se negó en absoluto á todo tratamiento, fué recogi-

do en el jardín en pleno período álgido y murió veintidós horas después.

Este hecho, corroborado por otros en el Hospital y en la práctica particular, es bastante expresivo para juzgar los efectos obtenidos por un tratamiento modesto é inocente, y eficaz cuando se aplica oportunamente.

Insisto mucho en este punto, á juzgar por la tendencia de las nuevas generaciones médicas, de lanzarse por caminos no exentos de peligros, no muy prudentes mientras no estén recogidos los muchos cabos que aún están sueltos en el nuevo concepto patogénico del cólera.

SEGUNDO PERÍODO Ó ASFÍCTICO

Las condiciones orgánicas en que se encuentran los enfermos durante este período, dificultan mucho el tratamiento. Todos los órganos y sistemas sufren una especie de paralización en sus funciones. No es posible contar con acciones fisiológicas ni terapéuticas de medicamentos, que de absorberse, lo verifican en condiciones excepcionales, y necesariamente tienen que modificar sus efectos. Lo más prudente en estos casos, es prescindir de toda medicación interna. Nuestra experiencia así nos lo dicta. El amoniaco, el éter, la menta, la canela, la pimienta, los alcoholes, el acónito, los preparados de hierro, el café á grandes dosis, el cloral, el sublimado, el carbón vegetal, etc., empleados por nuestros compañeros ó por nosotros mismos, no dieron resultado alguno aparente. El opio tan beneficioso en el primer período, es nulo en este segundo ó asfíctico.

En Murcia, Toledo y otras poblaciones de España, la quinina fué tal vez el medicamento que tuvo más aceptación. Parece ser que una inyección de bromhidrato puesta á tiempo, conjuraba todo peligro á las pocas horas. Indudablemente, cuando tan valiosos testimonios abogan en su favor, algo debe haber que lo justifique. Nosotros debemos declarar, que en ninguno de los tres períodos del cólera, nos dió resultado positivo, cualquiera que fuese el método seguido para su administración.

En mayor escala lo empleó nuestro compañero el doctor *Reyes* en la sala de mujeres, y baste decir, que en los últimos tiempos había renunciado á su empleo.

Los medios externos tienen alguna eficacia, como estimulantes, procurando despertar la inervación central ó la periférica, ó restituir el funcionalismo de la piel. Los baños generales calientes, el amasamiento, tricciones, sinapismos, etc., continúan tan indicados como en el primer período, pero con mayor premura, multiplicando incesantemente su aplicación, sin dejar en paz al enfermo, aunque procurando al mismo tiempo no violentarle con exceso.

Durante este período, no es posible prolongar la dieta de los coléricos. Sufren pérdidas enormes que hay que empezar á reparar con muchísima precaución. El alimento más á propósito es el caldo bien desprovisto de

grasas. Las veces que tratamos de sustituirle por alimentos de más fácil digestión y mayor poder nutritivo, como huevos, natillas, leche, jugo de carne, etc., tuvimos que renunciar, por la repugnancia que ocasionaba á los enfermos.

BAÑOS DE VAPOR.—Son de muy dudosa eficacia. Cierto que no contábamos con aparatos de los más perfectos. La mayoría de los enfermos, no podían soportarlos por la intensa sensación de quemadura, y además el vapor condensado en las coberturas de la cama, los envolvía en una atmósfera húmeda, que exagera la refrigeración producida por la enfermedad.

HIDROTERAPIA.—No éramos partidarios del procedimiento. Los enfermos en el segundo periodo se encuentran tan agotados, que temíamos no desplegaran las energías necesarias para verificarse la reacción que se busca.

Uno de los profesores extranjeros que visitaron nuestra enfermería, hizo tales elogios de la hidroterapia, que le cedimos tres enfermos para su tratamiento, y aunque se encontraban en un periodo muy avanzado, nuestro compañero nos prometió resultados muy felices. Comenzó haciendo fricciones con agua fría, adicionada de vinagre á partes iguales, en la cara, cuello, brazos y piernas, eligiendo los puntos más próximos á los grandes vasos; después lavó la boca del enfermo, haciéndole aspirar por las narices á través de una esponja empapada en el mismo líquido, acto continuo les administraba dos grandes enemas, y les obligaba á beber varios vasos de oxicato, terminando con un lavatorio general con esponja, y envolviéndolos en una sábana empapada y bien exprimida, recubierta de una ó dos mantas secas. El mismo procedimiento se repetía cada hora; haciéndoles beber en los intervalos, grandes cantidades de agua y vinagre. A las diez y siete horas de tratamiento, habían muerto los tres enfermos.

INYECCIONES HIPODÉRMICAS.—Las alteraciones de la circulación periférica en el segundo periodo habían hecho suponer inutilizable la vía hipodérmica. Nosotros comprobamos que la absorción cutánea persiste durante mucho tiempo y con rapidez. Sólo en las proximidades de la muerte, hemos visto que el líquido inyectado permanecía formando relieve, sin desaparecer.

El proceder es sencillo. Un frasco que contiene el líquido de inyección suspendido á cinco ó más metros de altura; un tubo de cauchout que hace las veces de sifón, con registros de vidrio para observar el paso de la corriente, termina en una de las extremidades el recipiente indicado, y por la otra se enchufa con una aguja tubulada de doble longitud y calibre que las ordinarias; estas agujas se hallan perforadas en todo el trayecto por agujeros que facilitan la salida del líquido en todas direcciones, y presentan en la extremidad del enchufe una montura de madera ó cauchout en forma de reloj de arena. Después de desalojar el aire del tubo

dejando correr el líquido, se introduce toda la aguja en el tejido celular, dejando penetrar el líquido hasta que se forme una bola dura y tensa, haciendo á la vez masage para favorecer la absorción. Como no es posible hacer penetrar más que una cantidad de líquido relativamente pequeña en cada inyección, se hace necesario multiplicar el número de éstas, extendiéndola en una sola sesión á los brazos, antebrazos, cuello, pecho, cara interna de los muslos, y, en una palabra, á todos los puntos en que normalmente exista gran cantidad de tejido conjuntivo ó que la circulación sea más activa.

Con este procedimiento se han querido llenar las mismas indicaciones que con las inyecciones intravenosas, sustituyéndolas con ventaja, por creer más conveniente que la sangre reciba el líquido inyectado paulatinamente y á través del filtro linfático, que ponerla en contacto inmediatamente con él.

Por más que el objeto que el doctor *Catani* se propone, nos parece muy racional, no podemos menos de consignar que el manual operatorio es un poco brutal y hace sufrir bastante á los enfermos; además la inocuidad casi absoluta de las inyecciones intravenosas y sus efectos más inmediatos, nos hicieron adoptarlas definitivamente, por creerlas, bajo muchos conceptos, muy superiores á las inyecciones intersticiales.

El éter, la cafeína, el sulfuro de carbono y los preparados de opio, han sido los medicamentos que en más alta escala hemos usado por la vía hipodérmica; excepción hecha de los últimos, que casi siempre se han dirigido á combatir síntomas, especialmente en el primer período, ningún resultado ostensible y positivo hemos obtenido con los demás, solamente con el sulfuro de carbono nos ha parecido observar cierto grado de excitación cardíaca, pero sin gran influencia sobre los resultados ulteriores de la enfermedad.

(Se continuará).

CONSIDERACIONES

sobre un caso de obstrucción de la arteria central de la retina.

con persistencia de la circulación en una arteriola de la mácula.

POR EL

DR. SAL LENCE

Médico militar.

El interés cada vez más creciente que despiertan en la clínica, las obstrucciones de la arteria central de la retina y la doble circunstancia de tratarse como veremos, de una variedad muy rara dentro de estas obstrucciones, han sido los motivos que nos decidieron á publicar el presente caso de nuestra observación.

Trátase de un oficial del ejército; D. R. L., de 30 años de edad, sin antecedentes patológicos que puedan ilustrarnos, desde el punto de vista del diagnóstico.

El día 16 de Noviembre se nos presenta en el Instituto Oftálmico, quejándose de que el 14 por la noche, se quedó repentinamente ciego del ojo derecho, siendo precedido tal ataque de algo así como vértigo y que á partir de aquel día, vé todo cuanto le rodea, obscuro y de una manera incompleta.

Nos disponemos á hacer una exploración metódica del enfermo; y empezando por medir su agudeza visual, le colocamos á cinco metros de la escala de *Snellen*, después de haber tapado con una pantalla el ojo sano. En estas condiciones obsérvase que llega á leer un tercio difícil, pero que esto lo consigue tan sólo á expensas de mover la cabeza y hacer girar los ojos en distintas direcciones, cual si buscase una posición adecuada, para impresionar la porción sana de su retina.

En las escalas de *Wecker* para visión próxima, lee el número 3, pero también con dificultad.

Procedemos á medir el campo visual mediante el perímetro de Lan-

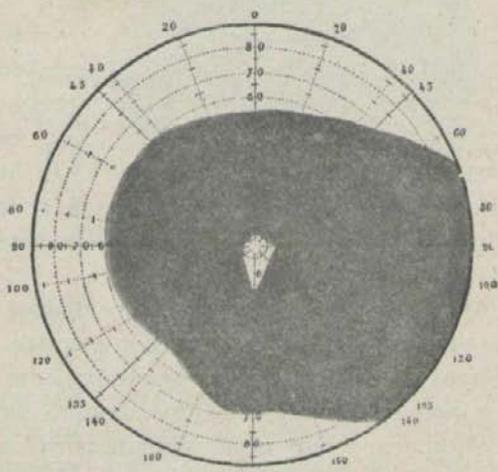


Fig. 1.º

dolt y apreciamos una reducción concéntrica tan grande, que á excepción de la mitad inferior del meridiano vertical, todos los demás apenas llegan á 10° , (fig. 1).

La agudeza cromática que medimos con el abanico de *Pretés*, se conserva íntegra.

Con estos datos llevamos al enfermo á la cámara oscura, y después de comprobar que la pupila se encuentra en midriasis y que apenas reacciona á la acción de la luz, pasamos á examinar el fondo de ojo á la imagen invertida, notándose los fenómenos siguientes. La casi totalidad de la retina, se presenta con un color blanco lechoso y sólo en su parte me-

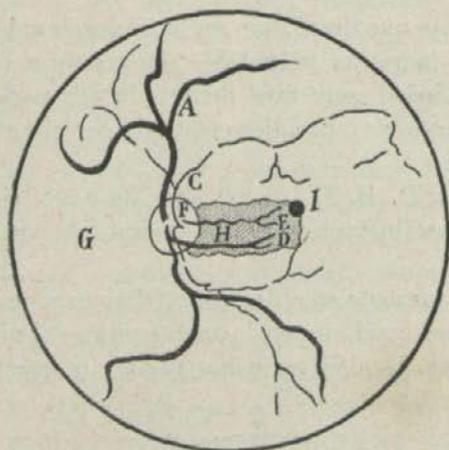


Fig. 2.ª—Esquema de la repartición del riego sanguíneo en nuestro caso.—A, vena; C, arteria; D, vena macular; E, arteriola macular; F, papila; G, Zona de retina privada de riego; H, Región de la mácula regada; I, punto rojo.

dia, se ve una zona enrojecida; de forma aproximadamente rectangular, que partiendo del borde interno de la papila (entiéndase bien, que nos referimos á la imagen invertida) se prolonga hacia la periferia en una corta extensión: esta zona corresponde á la mácula; en la parte superior é interna de la misma, se vé un punto rojo muy manifiesto.

La papila se observa un tanto borrosa, principalmente en sus contornos, superior y externo, y por lo que respecta á las ramas de la arteria central que la cruzan, se nota que la ascendente y descendente están sumamente retraídas, en tanto el ramo macular que se ve salir directamente de la papila, conserva su aspecto normal (fig. 2).

Ahora bien, ¿qué diagnóstico se deduce de todo lo expuesto? Sinceramente hemos de decir, que por primera intención vacilamos y hasta hubimos de pensar en un desprendimiento parcial de la retina; pero á poco que nos fijamos, dirigidos siempre por los distinguidos profesores del Oftálmico y muy especialmente por el activo é inteligente doctor *del Mazo*, pudimos ver que la retina, no ofrecía esas desigualdades de nivel, ni las arterias ese aspecto irregular del desprendimiento, sino que por el contrario, estas se encontraban achicadas y como interrumpidas á veces, con la sola excepción del ramo macular, que permanecía íntegro.

En vista de esto, diagnosticamos de obstrucción parcial de la arteria central de la retina. En efecto, con sólo recordar la imagen de fondo de ojo por nosotros apreciada y la gráfica de campo visual obtenida, basta

para comprender, que las ramas obstruidas, son todas menos el ramo macular; por eso, esta zona de mácula, que es la única que conserva su riego sanguíneo, es también la única que aparece roja al oftalmoscopio; por eso el campo visual es nulo en toda su extensión, exceptuando el centro y por eso también el ojo enfermo conserva $\frac{1}{3}$ de agudeza á pesar de los considerables trastornos circulatorios de la retina. Y todo esto se explica perfectamente, en atención á que la mácula, zona única respetada por esos trastornos, es también la más sensible del ojo, ya que en ella de una manera especial asientan los conos; y precisamente la circunstancia de ser esos elementos, según la mayoría de los fisiólogos, los encargados de la percepción de los colores, nos da razón de por qué la agudeza cromática se conserva íntegra en este caso.

Se trata, pues, de una *obstrucción de la arteria central de la retina, en la cual fué respetado tan solo un ramo macular*: Diagnóstico que con toda precisión contribuyó á esclarecer mi distinguido maestro el doctor *Márquez*, el que además pudo provocar comprimiendo el globo del ojo la aparición del pulso arterial, en la central de la retina antes de su bifurcación

(ya que esta, se verificaba en nuestro caso, después de caminar la arteria indivisa algún trayecto sobre la superficie de la papila) y en el ramo macular: sintoma interesante que revela la permeabilidad de este y hasta dónde se conservaba permeable aquella. Y justamente esta variedad de obstrucción es la que viene á hacer interesante el caso, ya que con tan poca frecuencia, se la vé citada en los libros y ya que son relativamente tan escasas, las observaciones que sobre ella

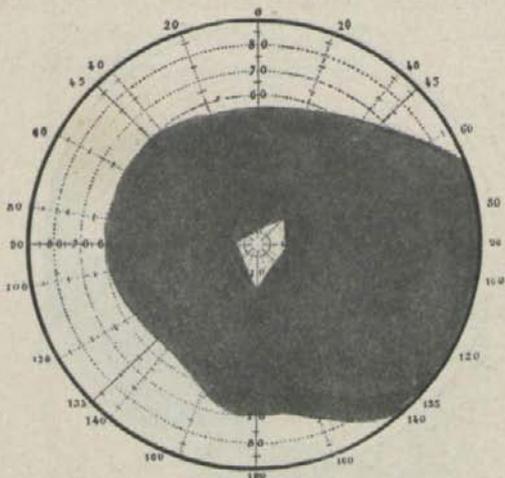


Fig. 3.ª

publican los especialistas. Sin ir más lejos, *Gonin y Dufour*, entre los muchos millares de enfermos por ellos reconocidos, citan sólo cuatro observaciones personales como la nuestra (1) de una de las que por cierto, reproducimos la gráfica de campo visual, por el gran parecido que ofrece con la obtenida por nosotros (fig. 3).

El doctor *Márquez* á quien debemos la atención* de habernos informado sobre el particular, tampoco acusa de esta variedad de obstruc-

(1) Véase *Encyclopédie Française D'Ophthalmologie* (1906). Tomo VI, pág. 744.

eión, más que dos observaciones personales entre 18.000 enfermos que lleva visto, correspondiendo la segunda de ellas á este nuestro caso.

Ahora veamos cuál ha sido el tratamiento empleado y cuál fué también el curso del padecimiento.

El tratamiento redujose en principio, á masaje ocular que como es sabido, preconiza *Perles* en casos semejantes, y más tarde, por indicación del doctor *Márquez* hubimos de prescribir al enfermo una poción á base de nitrito potásico y ioduro sódico que él emplea en la siguiente forma:

Nitrito potásico.....	2 gramos
Ioduro sódico.....	5 »
Agua destilada.....	120 »
Jarabe simple.....	30 »

Mézclase para tomar tres cucharillas de café al día.

Respecto de esta medicación en las obstrucciones de la arteria central de la retina, seános permitido indicar, aun á cambio de herir la extrema modestia del doctor *Márquez*, que él ha sido el primero, que nosotros sepamos en preconizarla, puesto que allá por Julio de 1900, cuando

aún no se pensaba en los medicamentos vaso-dilatadores como de aplicación para estos casos, el doctor *Márquez*, con motivo de un trabajo sobre embolia de la arteria central de la retina, publicado en *La Correspondencia Médica*, decía lo siguiente: «Se nos ha ocurrido una idea, y es la de administrar los vaso-dilatadores tales como, por ejemplo, el nitrito de amilo con objeto de que aumentando el calibre del vaso, el émbolo avance y tal vez vaya á atascarse en alguna de las ramas

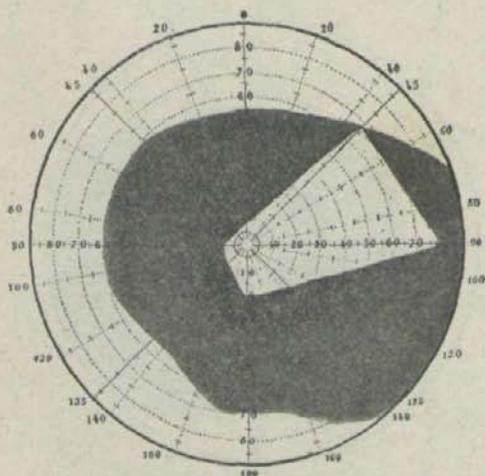


Fig. 4.º

de la arteria central en lugar de hacerlo en su tronco (1)».

Posteriormente otros especialistas extranjeros, y entre ellos los doctores *May* (2) y *Morax* (3), emplearon el nitrito de amilo en casos como el que nos ocupa, haciendo, con tal motivo, un razonamiento análogo al que en 1900 hacía el doctor *Márquez*.

(1) Véase el número de *Correspondencia Médica*, correspondiente á Julio de 1900.

(2) *Malattie dell Occhio*, (1906), pág. 305, cuya 1.ª edición, por entonces no traducida al italiano, apareció en América en Agosto de 1900.

(3) *Prects d'Ophthalmologie* (1907), pág. 375.

Claro es que desde entonces acá, las corrientes van por otro camino, y muchos de los casos que en aquella época eran tenidos como embolias, son hoy considerados como de endoarteritis obliterante, á pesar de lo cual, mi maestro insiste en los medicamentos vaso-dilatadores, si bien de acción lenta, como el nitrito potásico, asociado al yoduro sódico. Y al emplearlos así, se propone aumentar la luz del vaso mediante el nitrito, favoreciendo de tal suerte el restablecimiento de la circulación y modificar favorablemente las paredes vasculares con el yoduro.

Por lo que respecta á nuestro enfermo, digamos desde luego que los resultados obtenidos con esta medicación, van siendo hasta la fecha bastante satisfactorios.

Cuanto al curso del padecimiento, haremos constar que las modificaciones apreciadas, redujéronse esencialmente al cambio de coloración de la retina, que cada vez fué haciéndose más roja, perdiendo poco á poco, aun cuando no en toda su extensión, aquél aspecto blanco lechoso del principio y desapareciendo cada día más las diferencias entre la zona macular y la zona isquemiada.

El día 30 de Noviembre hicimos una nueva medición del campo visual, y las diferencias apreciadas con relación á la primera gráfica obtenida, fueron como puede verse por la fig. 4.^a bastante considerables, en el sentido de aumento del campo, hacia la parte externa del mismo. La agudeza visual puede decirse que seguía en igual estado. Sin embargo, el enfermo, para leer, no tenía necesidad de imprimir á la cabeza ni á los ojos, aquellas actitudes violentas de los primeros días. El 7 de Diciembre le medimos por tercera vez el campo, y la gráfica resultó ser sensiblemente igual á la de nuestra segunda observación.

La agudeza visual había, en cambio, mejorado, puesto que el enfermo acusaba un medio difícil para visión lejana, y el núm. 2 de las escalas de *Wecker* para visión próxima. Con tal motivo, puede asegurarse que el alivio fué manifiesto desde el primer día del tratamiento.

Y con esto damos por terminada la observación clínica del caso. Ahora veamos someramente qué lesión anatómo-patológica habrá podido determinar la obstrucción arterial que nos ocupa. ¿Sería una embolia, una trom-

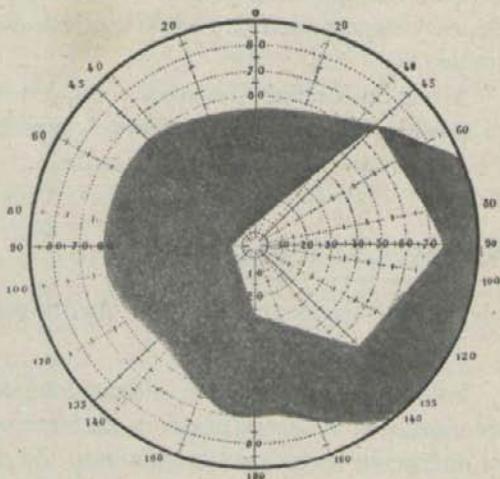


Fig. 5.^a

bosis, una endoarteritis ó sencillamente una contracción espasmódica de la arteria central de la retina?

De embolia parece no tratarse, pues aparte la ausencia de lesiones de endocardio, que son las que con más frecuencia motivan este trastorno y de aneurismas, que también á veces suelen engendrarlo, es muy raro, según afirman *Gonin* y *Dufour*, que en tales casos se restablezca el curso de la sangre; y si esto ocurre, suele ser muy tarde; caso precisamente contrario al de nuestra observación, ya que aquí el restablecimiento ha sido relativamente rápido, como lo demuestra el que á partir del tercer día de tratamiento, se vió cada vez más enrojecida la retina, lo cual equivale á decir que las ramas de la arteria central, fueron haciéndose cada vez más permeables.

De contracción espasmódica tampoco parece tratarse, pues aun cuando *Leber* admite la probabilidad de espasmos arteriales duraderos y que motiven una ceguera duradera también, dista mucho de haber pruebas concluyentes que permitan en el actual estado de la ciencia, sentar una parecida afirmación.

Queda, pues, flutuando la lesión de nuestro enfermo entre trombosis y endoarteritis obliterante y entonces sí que ya podemos explicarnos el restablecimiento circulatorio ocurrido, bien por la disolución del trombo como quiere *Kapp* en el primer caso, bien por la regresión de las condensaciones y espesamientos endoarteríticos de que habla *Galezowski* en el segundo (1).

Antes de concluir hagamos constar nuestra gratitud hacia el joven y ya notable dibujante *G. Lenzano*, á cuyo hábil lápiz, debemos las gráficas y esquema que acompañan este trabajo.

Notas clínicas.

Úlceras gástricas tratadas por gastro-enterostomía, por *J. Ortiz de la Torre*.

Sabido es que entre las indicaciones de la gastro-enterostomía, no es precisamente la úlcera gástrica, en términos generales, la dolencia en que tal operación tenga más fundamento. Se dice por la mayoría de los gastrópatas que la gastro-enterostomía modifica en muy pequeña escala las condiciones de la mucosa gástrica, y que las verdaderas modificaciones que produce, no las secretorias directamente, sino más bien, las que se refieren á la falta de estancaciones gástricas y de las fermentaciones añadidas, que son su consecuencia.

(1) Cuando ya teníamos terminado este trabajo, se nos ocurre hacer una nueva medición del campo visual el día 15 de Diciembre y el aumento fué tan grande, que no resistimos á los deseos de consignarlo mediante la adjunta gráfica (fig. 5.ª).

En estos últimos tiempos he tenido ocasión de practicar unas cuantas operaciones de gastro-enterostomía en ulcerosos de distintas condiciones y con resultados diferentes que merecen la pena de ser relatados.

Primero, debe señalarse el hecho, de que en tres casos de úlcera de estómago, situada en curvatura mayor, en sujetos con hiperclorhidria intensa, la gastro-anastomosis ha producido una curación, al parecer completa, y con la circunstancia de que el estreñimiento que es habitual en los hiperácidos, ha cesado espontáneamente después de la operación, cosa que hace suponer haberse rebajado la acidez del jugo.

Dos de estos casos, son en mujeres jóvenes, y el tercero, en un sujeto de sesenta años, con ulceraciones crónicas de más de quince de fecha.

En un caso, se trataba de un joven de diez y ocho años, que presentaba dolor paroxístico con punto lumbar, vómitos de sangre, y una tumoración en el epigastrio del tamaño de una mandarina, que aparecía por debajo del reborde costal izquierdo; este tumor, era duro, de superficie desigual y muy doloroso al tacto. Al operarle, encontramos una masa de exudados cicatriciales que unía la pared abdominal á la cara anterior del estómago hacia la gran curvatura.

Esta masa de exudados, en parte fibrosos, englobaba todo el espesor de las paredes gástricas, menos la mucosa, de tal modo, que pudimos, hacer la extirpación de todos estos tejidos, resecaando una porción de pared gástrica, sin llegar á penetrar en la cavidad, pues la mucosa que se herniaba, fué reducida al interior del estómago, suturando por cima las demás tunicas en dos planos. Con esto, y una gastro-enterostomía de *Von Hacker*, la enferma curó perfectamente, pudiendo alimentarse á los pocos días.

Otros dos casos de úlcera gástrica que he operado últimamente, lo han sido con muy escaso resultado terapéutico.

En ambas (mujeres jóvenes), se produjo un alivio notable inmediato á la operación: cesación del dolor y de la hemorragia y tolerancia para todos los alimentos, nutriéndose rápidamente las enfermas. Pero al cabo de dos meses en una, y de tres en la otra, han vuelto los antiguos padecimientos con síntomas de gran hiperclorhidria; y en una de ellas con hemorragia.

Estas dos enfermas eran de condiciones muy de notar. Se trataba de personas linfáticas y de mala salud habitual, con ganglios del cuello, y una con lesiones de osteomielitis múltiples en una mano. Precisamente en esta enferma nos fué dado poder examinar la úlcera del estómago de *visu*, pues fué el primer caso en que se ensayó la gastroscopia directa por el ojal operatorio, según un procedimiento presentado por mí al II Congreso Español de Cirugía, y pudo observarse que su úlcera, situada en la gran curvatura, era extensa como una peseta y de bordes muy elevados, con fondo grisáceo.

Dada la concomitancia de otras lesiones (las óseas) que esta enferma

presenta, y que son sin duda tuberculosas, cabe preguntar, si su lesión estomacal no será del mismo carácter, y esto podrá explicar por qué algunos casos de úlcera de estómago se curan con la gastro-enterostomía y otros no reciben ningún beneficio. Como en esta desdichada enferma, los síntomas de úlcera han vuelto con gran intensidad, me propongo hacer una nueva intervención, resecaando la parte de estómago invadida por la úlcera.

Nuevas investigaciones, acaso nos conduzcan al esclarecimiento de si muchas de las lesiones ulcerosas del estómago en sujetos de antecedentes sospechosos, no serán tuberculosas, y esta certeza llevaría aparejado un cambio de conducta operatoria, porque viéndose que la gastro-enterostomía sola produce resultados muy poco seguros, en los casos en que pudiéramos ratificarnos en un buen diagnóstico de la naturaleza física de una ulceración, sería oportuno proceder desde luego á la extirpación de esta con el trozo de paredes correspondiente, y no habiendo estenosis del píloro, prescindir de la gastro-anastomosis. La gravedad de la intervención podría ser tan escasa en uno como en otro procedimiento, y los enfermos obtendrían resultados más útiles y duraderos. La dificultad de conocer exactamente el sitio de implantación de la úlcera en algunos casos, no la tengo por irresoluble, pues por medio de la gastroscopia directa que yo he empleado, se podrá encontrar fácilmente y proceder en consecuencia, sin que esto aumente el riesgo operatorio, puesto que sólo añade unos cinco minutos de intervención.

Amputación osteoplástica de la pierna, por el doctor *Pedro Cifuentes* (de la Beneficencia General).

La presente observación se refiere á un hombre de 53 años de edad, natural de Consuegra (Toledo), de oficio peluquero y sin antecedentes hereditarios de importancia.

Ha padecido sífilis y frecuentes catarros durante los inviernos, habiendo tenido en uno de ellos, una hemoptisis ligera; es alcohólico. Padece desde hace dos años á consecuencia de una contusión, una artritis fungosa de la articulación tibio-tarsiana, muy dolorosa, con notable aumento de volumen de la región enferma y atrofia de los músculos de la pierna. Ha sido tratado durante ese tiempo con botones de fuego é inmovilidad por medio de vendajes escayolados, sin obtener ninguna mejoría, por lo que el enfermo ingresó el pasado mes de Agosto, en el Hospital de la Princesa, solicitando una intervención para su mal, aunque fuese necesaria la amputación.

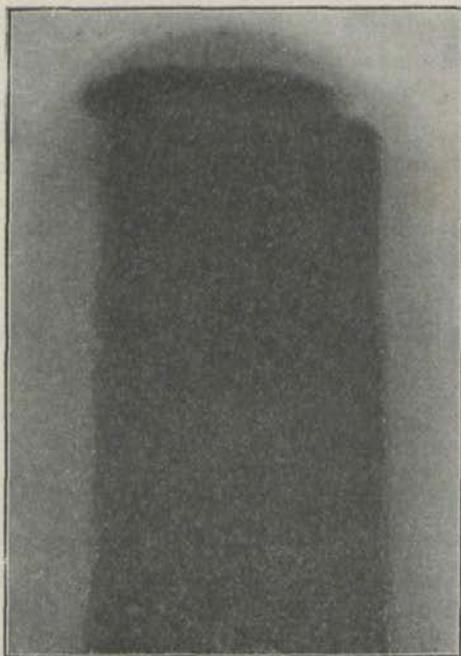
La región tibio-tarsiana, del lado izquierdo, estaba aumentada de volumen, con circulación venosa exagerada; la presión á nivel de la línea

articular, despertaba vivo dolor; por la palpación se apreciaba la falsa fluctuación de las fungosidades tuberculosas y en la región maleolar interna, una fluctuación clara é indicadora de formación de absceso. Los relieves óseos de la región estaban borrados por la uniforme hinchazón de la garganta del pie, la cual disminuía insensiblemente hacia la pierna que estaba adelgazada por atrofia de sus músculos. Los movimientos espontáneos eran limitadísimos, casi imposibles.

Teniendo en cuenta la edad del enfermo, nada apropiada para la resección, su mediano estado general y el estado de la articulación con gran desarrollo de fungosidades y formación de abscesos, decidimos proceder desde luego á la amputación, operación que sería más favorable para su estado general y que suprimiría al enfermo una lesión en la que no había esperanzas, dadas sus condiciones, de que curase por otros medios.

Practicamos la amputación en el tercio inferior, siguiendo el método osteoplástico, siempre preferible, practicando en ese nivel, al procedi-

miento de amputación por el llamado sitio de elección, puesto que no sólo conservamos mayor longitud de pierna, sino que permitimos al enfermo poder andar sobre un aparato protésico por intermedio de un muñón duro y resistente.



Tallamos dos colgajos cutáneos, uno posterior mayor y otro anterior menor; disecada la piel hasta la altura en que habíamos de hacer la sección ósea definitiva, serramos los huesos, previa sección de músculos que fueron rechazados hacia abajo, á unos cinco centímetros por bajo de aquella altura, práctica que nos facilitó mucho las maniobras ulteriores. Con la sierra de arco y paralelamente á

la cara interna de la tibia, hicimos una sección longitudinal formando un colgajo óseo de cinco milímetros de espesor, cuya sección terminaba á un centímetro por debajo del sitio elegido para amputación definitiva. Transversalmente y á aquel nivel, seccionamos la tibia sin interesar ese colgajo, quedando sólo éste adherido al resto del hueso. Se serró después la base del colgajo hasta llegar al periostio, el cual conservamos, disecando éste

sobre la cara interna de la tibia en una extensión de un centímetro, y retrayéndole hacia arriba serramos de nuevo una rodaja de tibia de unos ocho milímetros de espesor á nivel del colgajo perióstico, haciendo también la sección definitiva del peroné á la misma altura. Esta maniobra nos permitió la fácil adaptación del colgajo osteoperióstico á la sección tibial, puesto que había una porción de periostio que hacía el oficio de charnela y facilitaba la buena posición en que quedaría el trozo de tibia que constituía el punto de apoyo del muñón. Con objeto de procurar su mejor unión á los huesos seccionados, sujetamos á aquéllos el mencionado colgajo con algunos puntos de catgut, que comprendían el periostio y tejidos fibrosos próximos, quedando de este modo perfectamente adaptadas las superficies óseas.

Se hizo la hemostasia y se suturó la piel con seda, sin dejar desagüe. El apósito se levantó á los ocho días, efectuándose la cicatrización por primera intención, siendo dado de alta el enfermo á los veinte días de operado, con un muñón indolente formado por hueso y piel sin músculos intermedios.

La adjunta radiografía permite apreciar la estructura de este muñón osteoplástico, la cual fué obtenida á los cuarenta días de la operación.

Para la mejor consolidación de las superficies óseas se le practicaron algunas sesiones de masaje sobre el muñón, después de cicatrizadas las partes blandas. Este proceder es de grandes ventajas para dar solidez y fortalecer rápidamente al muñón, tanto más comprensible si tenemos en cuenta que en el tratamiento de las fracturas lo que deseamos es su consolidación y ésta sabemos se activa por el masaje.

Hemos visto á este enfermo tres meses después de la operación con mejor estado general y con el muñón en condiciones de solidez tales, que le permitía el apoyo sin dolor alguno, sobre un aparato protésico.

Quistes del ovario.—Clínica del doctor GOYANES, por F. Viguera.

De los cinco quistes del ovario, operados en este último trimestre de 1908, sólo dos van á ser objeto de esta nota, por su contenido hemorrágico.

El contenido hemático de los quistes ováricos puede ser primitivo, lo que es sumamente raro, ó secundario, á título de complicación que es lo más frecuente.

El mecanismo de las hemorragias intraquisticas es distinto según el quiste sea ó no papilar, en términos generales.

En los quistes vegetantes, las papilas son muy ricas en vasos de paredes frágiles, que se rompen fácilmente con los cambios de la presión sanguínea. Por esto mismo, los quistes ováricos vegetantes, contienen en

mayor número que las demás variedades, líquido hemático, sin fenómenos reaccionales evidentes, como por otros mecanismos.

La torsión pedicular, los traumatismos, etc., pueden dar lugar en esta variedad, como en los quistes no papilares, á hemorragias, pero sin necesidad de estos mecanismos y sólo por las modificaciones de la presión, tan frecuentes durante la vida genital de la mujer, se explican estas hemorragias intraquisticas.

En nuestra primera observación, la enferma, de 42 años, fué á la consulta porque le llamó la atención el aumento de volumen del vientre, no habiendo sentido dolores, ni trastorno alguno.

Laparotomizada se le extirpó un voluminoso quiste del ovario derecho, de paredes lisas exteriormente y sin adherencias y un quiste pequeño del lado izquierdo. Abierto el quistoma grande, se encontró su superficie interna llena de papilas y el contenido hemorrágico como demostró el análisis.

Los hematíes que había en gran número, estaban en gran parte modificados y pocos en estado normal, lo que evidenciaba que las hemorragias habían sido en distintas veces. Hecho el examen histológico de una papila, se vió que estaba muy vascularizado, y los vasos ectásicos.

El segundo caso, observado, es muy interesante, siendo su mecanismo completamente distinto.

Mujer de 56 años fué á nuestra consulta en un estado casi caquéctico.

Hacia un mes, sintió de repente un dolor agudísimo en el vientre, seguido de vómitos, que según cuenta la enferma, casi le hizo perder el conocimiento. Pasada esta crisis aguda, el estado general de la enferma, fué de mal en peor, y eso le hizo ingresar en la Clínica del doctor *Goyanes*; diagnosticado de quiste ovárico, se la operó extirpándole un tumor mayor que una cabeza de niño, del ovario derecho, con adherencias á intestino, epiplón y apéndice que se le quitó, con un pedículo de 8 centímetros de longitud y torsión de 360°.

Abierto el quiste, se vió la superficie interna lisa y el líquido hemorrágico. El análisis químico demostró una gran cantidad de hemoglobina y de albúmina. El examen microscópico, hizo notar la existencia de una gran cantidad de hematíes en estado normal, sin señales de destrucción ni deformaciones; algún leucocito, gotas de grasa y cristales de colecterina. Tanto este análisis como el anterior, fué hecho por el inteligente y estudioso interno, agregado al servicio del doctor *Goyanes*, Sr. Coca.

Como vemos por estas dos observaciones, el contenido hemorrágico puede ser hecho de una manera silenciosa, sin fenómenos peritoníticos, como en el primer caso, de una manera tumultuosa, cataclísmica, como en el segundo.

El mecanismo corriente en los quistes no papilares es el de la torsión pedicular, que da lugar á hemorragias en la mitad de los casos, hemorra-



gias que pueden ser gravísimas, si no se interviene rápidamente en algunos casos. En éste, gracias á la longitud del pedículo, no se necrosó el quiste á pesar de ser una torsión de 360° y sólo dió lugar, además de la hemorragia, á descamaciones epiteliales de su cubierta exterior, que hizo contraer adherencias á los órganos vecinos.

La torsión pedicular, siempre es complicación que da lugar á síntomas peritonísticos evidentes, siendo muy raros los casos que transcurren silenciosamente.

¿A qué fué debida la torsión del pedículo? En este caso no lo sabemos: la puerperabilidad es la más frecuente, pero en esta mujer ha ocurrido después de la menopausia.

Respecto á las demás causas de torsión del pedículo, la enferma no refiere ninguna. Aunque la torsión pedicular es complicación rara, en los quistes no papilares, es el mecanismo más frecuente de hemorragias intraquisticas, siéndolo mucho menos los traumatismos, la punción, etc.

Hematemesis en la fiebre tifoidea, por el Dr. Urrutia, (de San Sebastián).

En el núm. 2 de 1907 de los *Archiv für Verdauungskrankheiten* ha llamado la atención el profesor *Schlesinger*, de Viena, sobre esta rara complicación del tifus abdominal.

Inserta en su trabajo dos casos personales y hace referencia de otro de Schmidt.

En el primero de los suyos se trataba de un tifus ambulatorio cuya primera manifestación fué una hemorragia gástrica. El curso ulterior no ofreció nada de particular y terminó por curación.

El enfermo había padecido úlcera del estómago tres años antes. La segunda observación es la de una muchacha que ingresó en su clínica en un período avanzado de la enfermedad, muriendo á los pocos días. No tuvo en vida vómitos teñidos, pero al transportar el cadáver, vieron que por boca y nariz fluía mucha sangre.

En la sección hallaron el intestino vacío de sangre, en tanto que el estómago contenía una gran cantidad. Había abundantes hemorragias submucosas, y al microscopio idénticas lesiones á las que se observan en los procesos sépticos.

Hace tres años tuve ocasión de observar un caso parecido al primero de los citados, pues se trataba también de un tifus ambulatorio revelado por una hematemesis.

Me llamaron con urgencia, para un joven de treinta años, que al salir por la mañana para su oficina, fué sorprendido por un vómito de sangre. La cantidad expulsada era de unos 250 gramos.

Al reconocerle me encontré con que, además de una fiebre de 40°, tenía bazo palpable y media docena de petequias.

Nada anormal en los pulmones ni en el corazón.

Hacia unos quince días que se sentía con malestar general, lengua sucia y anorexia grande.

El enfermo, antiguo sifilítico, atribuía sus molestias á excesos alcohólicos cometidos en los últimos meses, no habiendo padecido nunca del estómago.

En la orina existían indicios de albúmina con cilindros hialino-granulosos; indican, fuerte diazorreacción.

En la sangre, aglutinación positiva al 1 : 100. Número de leucocitos por milímetro cúbico, 2.200

A los quince días apirexia seguida de rápido restablecimiento.

No ha vuelto á resentirse del estómago.

*
**

Bajo el punto de vista de pronóstico y aun quizá de patogenia, cree *Schlesinger* que deben diferenciarse las hemorragias *iniciales* de las *terminales*.

Estas últimas, á juzgar por su caso, serían consecutivas á una intoxicación profunda del organismo, y por lo tanto, de pronóstico sombrío.

La forma inicial, á la que pertenecía también el caso referido por *R. Schmidt* á la *Sociedad de Medicina interna de Viena*, tendría en cambio un pronóstico benigno, no pudiendo hacer más que conjeturas acerca de su mecanismo de producción por la falta de datos anatómicos.

Fundándose en que su enfermo padeció años atrás una úlcera gástrica, se preguntaba *Schlesinger* si las alteraciones vasculares provocadas por el veneno tífico podrían favorecer la reproducción de una úlcera anterior, aunque reconociendo que no debe ser infrecuente la tifoidea en antiguos ulcerosos y á pesar de ello rarísima la complicación que estudiamos.

La anatomía patológica enseña que las ulceraciones gástricas se dan excepcionalmente en esta enfermedad. Desde luego la existencia de lesiones específicas es negada por *Curschmann* y *Liebermeister*, que no señalan más alteraciones que reblandecimiento de la mucosa, estado mamelonado, equimosis y erosiones muy superficiales.

A la misma conclusión llega *Hoffmann* después de analizar 250 autopsias de tifoideos hechas en Bale.

Es cierto que *Cornil* y *Chauffard* han descrito casos con ulceraciones gástricas de análogos caracteres á las intestinales, pero *Curschmann* los pone en duda. Las descritas por *Mitchell* cree que son debidas probablemente á un proceso secundario.

Sin embargo *Proskaner* ha publicado en la *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (núm. 25, 1907) una observación que parece hallarse libre de todo reproche.

En la autopsia de un niño de nueve años muerto de fiebre tifoidea halló todo el tubo digestivo del cardias al ano sembrado de ulceraciones con caracteres macro y microscópicos, idénticos á las provocadas corrientemente por el bacilo de *Eberth*.

En el estómago existían unas diez, en diferentes periodos de evolución.

No sabemos por ahora si existe alguna relación entre dicha clase de ulceraciones y la complicación que motiva esta nota.

Revistas críticas.

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

El problema del diagnóstico precoz de la tuberculosis es de gran importancia. Nosotros sabemos actualmente que la mayor parte de las afecciones tuberculosas, incluso las pulmonares, curan tanto más fácilmente cuanto más pronto son conocidas y tratadas convenientemente. Por esta razón, deben ponerse en juego todos los procedimientos tanto clínicos como experimentales para aumentar la rapidez y seguridad en el diagnóstico.

Este problema diagnóstico se agrava teniendo presente que la tuberculosis es una enfermedad que, como la sífilis, permanece latente durante años sin ejercer influencia alguna sobre el aspecto sano de estos individuos, hasta que una enfermedad aguda (sarampión viruela, tos ferina etc.), ó crónica (diabetes, albuminuria, etc.), la ponen de manifiesto.

Behring opina que la tuberculosis que se desarrolla en los adultos se debe á una infección adquirida en la infancia por ingestión, en la mayoría de los casos, de la leche procedente de vacas tuberculosas. Nosotros sabemos que este modo de ser está en contradicción con hechos de observación clínica y experimental. La teoría de *Koch* está en oposición decidida á la de *Behring*, pues supone que el bacilo de la tuberculosis de las vacas es inofensivo para el hombre. Hoy está admitido que el niño en su primera infancia es sensible al bacilo de la tuberculosis de la vaca, que este penetra por el intestino, cuya pared deja intacta y se traslada á los ganglios linfáticos donde puede permanecer en estado latente. También está admitido que el contagio puede ocurrir de hombre á hombre, deglutiendo ó inspirando los bacilos tuberculosos procedentes de un tuberculoso.

Los trabajos modernos han enseñado que los enfermos con tuberculosis latente, no curada, son extraordinariamente sensibles á una nueva infección. Esta sensibilidad se expresa por la rápida reacción en la inyección de tuberculina, ó por la aparición de síntomas graves en nuevo contagio ó una nueva inoculación. En estos individuos se presenta un fenó-

meno particular sobre el cual *Koch* llamó la atención, es el siguiente: si á un animal tuberculoso se le inocula otra vez la tuberculosis, esta segunda inoculación produce una tuberculosis muy crónica, nunca aguda, como ocurrió con la primera inoculación. Parece que estas inoculaciones aumentan la resistencia del organismo, pero esto no es más que una apariencia, porque al final, los mecanismos de resistencia son vencidos y el animal muere; (no sucede lo mismo que con otras infecciones donde cada nueva inoculación aumenta la resistencia para la siguiente hasta la inmunidad perfecta).

Por el contrario es un hecho seguro, que los que tienen focos tuberculosos cicatrizados, que no reaccionan á la tuberculina, han logrado, precisamente por su curación, una gran resistencia á una nueva infección. Particularmente en los escrofulosos y curados de lupus, se observa cierta inmunidad relativa. Los clínicos saben, que la tuberculosis pulmonar se desarrolla con mucha lentitud en los escrofulosos antiguos. Por otra parte, es conocida la frecuencia con que se encuentran en los pulmones, en las autopsias de viejos y en los muertos por accidente, cicatrices de focos tuberculosos antiguos y nódulos calcificados. Se han visto en la proporción de un tercio de todos los casos. Es verosímil que la mayor parte de estos individuos tenían la infección latente durante muchos años, y en algunos de ellos, ni siquiera sospechada; al mismo tiempo estos individuos han llegado al término de su vida exponiéndose á los numerosos peligros de una nueva infección que no ha prendido; los experimentos enseñan que esta inmunidad relativa puede lograrse, en ciertos casos, en los animales. Cuando se inocula á terneras ó á vacas bacilos tuberculosos virulentos y se les aísla para evitar el peligro de una nueva infección, en estas condiciones reaccionan á la tuberculina durante meses, pero más tarde ya no reaccionan. Si teniendo seguridad de su completa curación se los somete á una nueva infección, bien sea conviviendo con animales tuberculosos, alimentación con productos tuberculosos ó la inyección intravenosa de bacilos de la tuberculosis de las vacas (que mata á los animales de contrapueba en pocas semanas) no se logra infectarlos nuevamente. Esta resistencia natural ó artificial al contagio se debilita gradualmente en un año, alguna vez dura un poco más.

Si bien es cierto que no hay razón para hablar de una inmunidad positiva contra la tuberculosis, también es cierto que es posible en el hombre y en los animales, aumentar las fuerzas de resistencia contra un nuevo ataque cuando se los aísla y se espera á la curación del primer contagio.

Por esto se da como condición indispensable, para que la curación tenga lugar, tratarle en su primer estadio, cuando esté limitada al sistema linfático. Más tarde, cuando ataca á otros órganos, puede pasar la tuberculosis en un período más ó menos largo de latencia, pero no curarse, constituyendo por lo tanto un peligro permanente para el organismo.

Estas consideraciones enseñan lo necesario que es el diagnóstico precoz no sólo por las ventajas que reporte al individuo, sino también por las ventajas sociales (aislamiento).

La demostración del bacilo de *Koch* en los esputos y en los órganos externos, no puede considerarse de ningún modo como diagnóstico precoz de la tuberculosis, la investigación clínica actual pone á nuestra disposición una serie de métodos tan numerosos como inseguros. Algunos de ellos tienen un gran valor, más que nada, porque ellos facilitan el diagnóstico local y por tanto la razón de la especificidad del proceso. Se trata de síntomas de mayor ó menor probabilidad pero nunca de la certeza que nosotros deseamos y que nos dan una idea del sitio, extensión y gravedad del proceso pero no directamente de su naturaleza específica.

Entre estos síntomas está la inestabilidad de la temperatura del cuerpo y la asimetría de la inspiración, (fenómeno de *Granchers*).

Diferencias de temperatura al más ligero movimiento ó aun en estado de reposo en personas que por lo demás están libres de fiebre, revela un trastorno del estado de la nutrición, que la mayor parte de las veces, tiene como fundamento el comienzo de la tuberculosis. En general, se muestra la movilidad de la temperatura, en los tuberculosos, antes que cualquier otro sintoma. Un paseo de una hora es suficiente para aumentar la temperatura de 4 á 5 décimas, varios días de observación (día y noche) pueden facilitar el diagnóstico.

El método de *Granchers*, de la auscultación fina, permite reconocer la tuberculosis en sus comienzos. El método consiste en esto: en vez de fijarse en los síntomas de auscultación en la inspiración, espiración, cruji-dos, etc., fijar la atención únicamente en la inspiración, en un lado por encima y por debajo de la clavícula y comparar con la del otro lado, de todo lo demás se puede prescindir. La inspiración da en puntos simétricos, un murmullo vesicular idéntico de la misma intensidad y del mismo carácter. Si hay una diferencia notable, por ejemplo, en un lado, es el ruido más débil, más rudo ó en varios tiempos, puede pensarse que esté alterado patológicamente. Es un diagnóstico del comienzo de la tuberculosis pulmonar, pero no es de toda la precocidad que se desea, pues tratándose de una tuberculosis visceral no tenemos la seguridad absoluta de que sea el foco primario.

También es sintoma la albuminuria pretuberculosa (*Terissier, Ott*). La prueba de los vegigatorios de *Rogé y Josué* la cual consiste en el análisis microscópico de la serosidad de un vegigatorio en la cual se muestra, en tuberculosos, la falta casi completa de eosinófilos y la presencia de células «hidrópicas» con núcleos muy grandes. Las alteraciones en [el cambio de los gases se presentan en las lesiones de pecho muy avanzadas, su manipulación es difícil y sus resultados prácticos, inseguros.

La diaro-reacción de *Ehrlich*, se presenta en los casos de tuberculosis

de marcha rápida y en los estados progresivos de la forma crónica. No tiene ningún valor como síntoma precoz, además se presenta en otras enfermedades que no tienen nada de tuberculosas, por tanto no es específico (es sabido que se consideró como patognomónica, de la fiebre tifóidea).

El método de investigación del tórax: pneumografía, radioscopia y radiografía son de gran importancia para el diagnóstico del sitio y extensión del foco tuberculoso. Indican procesos viejos. Lo mismo decimos del método aplicado al diagnóstico de ganglios bronquiales, derrames pleuríticos, etc. Desgraciadamente estos métodos son defectuosos, como la auscultación de *Granchers*, cuando es necesario determinar la naturaleza del proceso incipiente articular, óseo, glandular.

La clínica práctica emplea métodos de gran exactitud y especificidad cuando ellos se fundan en la biología del bacilo y en la reacción que en las células del organismo provoca. La bacteriología moderna nos ha suministrado una serie de métodos inofensivos y de una sensibilidad tal, que apenas puede esperarse una mayor perfección.

Estos métodos procedentes del laboratorio se pueden dividir en dos. Uno de laboratorio propiamente dicho que comprende el sero y cito diagnóstico; la bacterioscopia, la reacción de *Brodet-Gengou*, la activación del veneno del cobra y la investigación en los animales. Un segundo grupo se funda en la reacción del organismo, afecto de la enfermedad sospechosa, bajo la influencia de la tuberculina ó de los mismos bacilos (*opsoninas*) estos son métodos que pueden llamarse clínicos.

La bacterioscopia tiene por objeto la demostración directa del bacilo en los líquidos del cuerpo ó en la sangre. Este es un método considerado como excepcional; porque el bacilo apenas se encuentra en el 2 por 100 de los exudados, pleurítico y serofibrinoso. Para la investigación de la sangre, el método es tan inseguro que apenas tiene valor su aplicación. La bacterioscopia indirecta ha sido dada á conocer por *Jousset* con el nombre de inoscopia (digestión de la fibrina ó impedir su coagulación y centrifugar el líquido). Este método es muy delicado porque hay algunos motivos de error (presencia simultánea de bacilos resistentes á los ácidos), por tanto, este método debe emplearse con una gran prudencia.

En el comienzo de la tuberculosis los bacilos son tan escasos en la sangre y en las serosas que casi no hay esperanza ninguna de encontrarlos.

Por el contrario, puede ser empleada con gran ventaja la investigación en los animales, solamente que el método es tan largo que exige de seis á ocho semanas. Es el método más seguro de todos los conocidos para determinar el origen tuberculoso del pús, líquido cerebro-espinal, orina, exudados pluritos, articulares, pericardíacos. Recientemente *Nattan-LARRIER* ha dado un método ingenioso para demostrar el bacilo por medio de la inoculación, sin necesidad de esperar tanto tiempo como en el método

clásico. El material sospechoso se inocula en la base de la glándula mamaria de una coneja de indias que esté criando, si hay bacilos se multiplican con gran rapidez en la mama, á los cinco días, todo lo más tarde á los diez, se los encuentra en la gota de leche sacada por expresión de la glándula. Este método no cumple nuestro objeto porque no es aplicable nada más que para el pús y líquidos serosos que precisamente son de formación tardía en el proceso tuberculoso; tampoco sirve para diagnosticar la tuberculosis gangliar y pulmonar precozmente.

Widal publica sus importantes investigaciones clínicas y experimentales relativas á la aglutinación del bacilo del tífus por el suero de enfermos de fiebre tifoidea. *S. Arloing* y *J. Courmont* estudian la reacción aglutinante aplicada al bacilo tuberculoso. Estos investigadores, logran vencer primeramente la dificultad, que consistía en la siguiente. El bacilo de *Koch* en los cultivos crece como bastoncitos inmóviles y acumulado en masas difícilmente emulsionables. Han logrado razas de bacilos apropiados para la aglutinación, y han demostrado que la serosidad y el suero de tuberculosos, contiene frecuentemente substancias aglutinantes, se encuentran en un 75 por 100 de los casos. Generalmente, falta en los casos graves, v. g., en los cavernosos, en la miliar aguda, en la pleuritis y peritonitis purulentas. La reacción aglutinante tuberculosa ha sido muy discutida; no ha pasado á la práctica, en primer lugar, porque es de técnica complicada y además porque da motivos de error; así, por ejemplo, hay enfermedades como el tífus y ciertos medicamentos (mercurio, guayacol, creosota), que dan la reacción. En la tuberculosis quirúrgica y en los niños, falta casi siempre.

El citodiagnóstico, se funda en la determinación de los elementos celulares contenidos en el líquido. Es solamente aplicable cuando se trata de determinar la naturaleza de los exudados pleurítico, peritoneal, pericardíaco, cerebro-espinal, hidrocele, etc. La técnica es la siguiente: el líquido obtenido por punción, es desfibrinado, centrifugado y el residuo es extendido por frotamiento en un porta, desecar al aire ó en estufa. Fijación por una mezcla de alcohol y éter. Para la coloración se emplea hematoxilina-eosina, azul de metilo policromo de *Unnas* ó la triacida de *Erlich*; los preparados obtenidos de este modo muestran, cuando los exudados son tuberculosos, linfocitos en abundante cantidad, mientras que faltan ó son muy escasos los polinucleares. Este método no es útil como medio de diagnóstico precoz.

De mucha más grande exactitud científica son las reacciones que se proponen la demostración de los anticuerpos ó substancias análogas que se encuentran en la sangre circulante en los tuberculosos infectados recientemente.

De este orden se conocen dos clases de reacción. Una es la reacción de *Bordet* y *Gengou* y se funda en la desviación del complemento. La

segunda, debida á *Calmette* se funda en la activación del veneno del cobra por el suero de tuberculosos.

La reacción de *Bordet* y *Gengou* se ejecuta del modo siguiente: se procura un suero de sangre de carnero ó de cabra que ejerce acción hemolítica sobre los eritrocitos de un conejo, después se lavan éstos con solución fisiológica y centrifugizaciones sucesivas hasta que están libres del suero de su sangre. Después se disponen unos tubos de reactivo de pequeño calibre con el suero sospechoso de tuberculosis en cantidades diferentes y una determinada cantidad de emulsión, lo mejor posiblemente hecha, de bacilos tuberculosos recientes, cultivados en patata, después se añade á cada tubito una escasa cantidad de suero de sangre (0,2 c. c.) reciente, de cabra, el cual contiene la alexina ó complemento y se deja la mezcla en reposo en la estufa durante dos horas. Finalmente se ponen en cada tubito una gota de una emulsión al 5 por 100 de glóbulos rojos de conejo lavados y 0,2 c. c. de suero de carnero ó de cabra, hemolítico de dichos glóbulos rojos y hecho inactivo por la calefacción á 58° durante media hora. Si el suero contiene anticuerpos tuberculosos así fijarán éstos el complemento en los bacilos. Si por el contrario no hay anticuerpos tuberculosos no desviarán el complemento y éste activará el suero (de carnero ó cabra) de acción hemolítica sobre los glóbulos rojos del conejo y por tanto aparecerá á los pocos momentos la hemolisis.

Desde luego se comprende que esta reacción dará resultado cuando se emplee suero de sangre procedente de un individuo el cual se ha infectado reciente y que se defiende con enérgica energía contra la infección por la formación de anticuerpos. Desde este punto de vista el método ofrece un interés nada común. Desgraciadamente es un método que no está al alcance de todos los médicos, pues exige habilidad técnica y el empleo de mucho tiempo. Da un resultado negativo en ciertas formas graves ó en formas rápidamente progresivas. Puede tener cierto valor para el pronóstico y para la confirmación de casos dudosos.

La reacción de *activación* del veneno del cobra, es conocida recientemente y aun no puede emitirse juicio sobre sus resultados prácticos. Sin embargo se puede aceptar que la reacción puede quedar, por lo menos, como provechosa para la exploración de la inmunización tuberculosa.

El principio en que se funda es el siguiente: ciertos sueros tienen la propiedad, después de calentados á 58° durante media hora (suero hecho inactivo) de comunicar propiedades hemolíticas al veneno del cobra para glóbulos rojos (previamente lavados) de especies determinadas, los cuales no son disueltos por el veneno simplemente ó sea sin la adición del suero dicho. Esta activación del veneno se debe á una sustancia lipóide (análoga ó idéntica á la lecitina).

Calmette ha encontrado en unión de sus discípulos *Massol*, *Guérin*, *Breton*, que el suero de los animales que enferman ó fácilmente se inocu-

lan de tuberculosis (hombre, vaca, cerdo), no comunican jamás propiedades hemolíticas al veneno del cobra, á condición de que estén completamente libres de tuberculosis.

Por el contrario procede el suero de un animal tuberculoso, suponiendo que no haya ni fiebre ni caquexia, entonces le comunica al veneno del cobra, propiedades hemolíticas; los sueros de caballo, perro, rata, cabra, carnero y conejo, comunican propiedades hemolíticas al veneno del cobra y es digno de atención que estas especies son poco sensibles, tanto al contagio natural, como á la inoculación experimental.

Por otra parte, *Calmette* ha demostrado que una emulsión de bacilos tuberculosos recientes ó tuberculina, (obtenida por precipitación de caldos glicerizados, por el alcohol en frío), atrae ávidamente las substancias activadoras del veneno del cobra, contenidas en el suero de tuberculosos, hombres, vacas y cerdos. Esta fijación se demuestra del modo siguiente cuando se mezclan bacilos tuberculosos ó tuberculina con el suero activador del veneno del cobra, y la mezcla se pone en la estufa á 37° dos horas, si en estas condiciones se añaden glóbulos rojos lavados y un espur del veneno del cobra, no tiene lugar la hemolisis; si por el contrario se mezclan suero activador, glóbulos rojos y veneno del cobra, aparece dentro de algunos minutos la hemolisis; porque el suero no ha estado anteriormente en contacto con bacilos tuberculosos y tuberculina.

Calmette ha demostrado que no existían nunca substancias activadoras en el suero de terneras y cerdos recién nacidos y sanos. Este poder de activación se presenta solamente en el comienzo de la enfermedad, cuando aún no se presenta trastorno orgánico alguno apreciable. Jamás tiene lugar la activación en la fiebre y en estados caquéticos. Se puede provocar artificialmente esta propiedad activadora, durante cuatro ó cinco días, inoculando á animales sanos, dentro de las venas, bacilos tuberculosos ó repetidas inyecciones de tuberculina.

Estos hechos son muy instructivos, ellos enseñan que el suero de tuberculosos contiene una substancia activadora del veneno del cobra (lecitina ó especie de lipoide) que juega un gran papel en la lucha del organismo contra la tuberculosis. La aparición es tan rápida como la infección misma, su desaparición tiene lugar con la fiebre ó con la agravación del mal.

(Se continuará).

Bibliografía.

Estudio critico del tratamiento de la luxación congénita de la cadera, por D. Teófilo Hernando y Ortega.—Memoria para el Doctorado.

Este trabajo de 108 páginas, abarca toda la cuestión del tratamiento de las luxaciones congénitas de la cadera en el estado actual, y refleja con perfección la situación de asunto tan debatido.

Después de hacer la historia de esta afección y de pasar revista á cada uno de los procederes y métodos curativos propuestos, el autor se declara partidario resuelto del método de reducción increuento de LORENZ, describiendo la técnica muy detalladamente, hasta el punto de que puede servir de guía para quien no conociéndole, hubiere de practicarla. Enumera las ventajas de tal proceder y señala algunas modificaciones que se han ido introduciendo en el método general de LORENZ.

Consagra una parte tan importante como es menester, al diagnóstico radiográfico y á las aplicaciones que son precisas de este medio comprobatorio para establecer las curaciones en una base sólida. Para esto se ilustra la memoria con fotograbados de radiografías interesantes. Tampoco falta un capítulo acerca de las contraindicaciones del método, y termina con una copiosa bibliografía sobre la cuestión tratada, que puede ser de gran provecho á quien pretendiera estudiarla á fondo.

En resumen, el trabajo del doctor HERNANDO, es muy estimable y digno de elogio, y puede recomendarse á los que necesiten ilustrarse en la materia.

Ortiz de la Torre.

Medicine opératoire des voies urinaires, (por J. ALBARRÁN. *Paris, 1909.*)—Publicada por la casa *Massón et Cie. de Paris.*

Prodigiosamente editado y con una verdadera prodigalidad de figuras y fotografías, llega á nuestras manos el último libro del profesor ALBARRÁN. Desde luego sorprende en esta nueva publicación la manera de estar agrupadas las materias, pues acumulada la terapéutica quirúrgica sobre cada órgano, siguiendo á la patología especial de éste, va precedida de una tan minuciosa descripción anatómica y de una tan completa compilación de cuanto puede como anatomía topográfica interesar al operador, que realmente será difícil en general é imposible en algunos capítulos (riñón, próstata), solicitar un dato sobre este asunto que en el libro no pueda encontrarse.

Un capítulo más ó menos extenso, pero siempre claro de Anatomía patológica macroscópica, sigue á la descripción de todos los órganos acompañándose en cada caso de las relaciones topográficas anormales, que aquellos al cambiar de volumen ó perder su lugar habitual, establecen con órganos distantes, cosa de utilidad bien indudable para una buena y total preparación operatoria.

El autor evita en todo momento al cirujano la perplejidad de elegir entre un gran número de procedimientos operatorios, limitándose las más de las veces á la sucinta enumeración de los más ventajosos, y á la completa descripción del usado por él, que si muchas veces le es exclusivo, otras es tan sólo modificación siempre ingeniosa de procedimientos clásicos, como las establecidas en la nefropexia de GUYÓN, en la nefrectomía transperitoneal de TERRIER, y en la prostatactomía de ROSER-FREYER.

Digna de toda alabanza es la serena imparcialidad con que se juzgan en esta obra las ventajas é inconvenientes de las distintas vías, para la extirpación de órganos ó tumores, haciéndose notar en este sentido los dos capítulos destinados á las prostatactomías transvexical y perineal en las que, y á pesar de la conocida predilección del autor por esta última, de cuya técnica ha llegado á un dominio absoluto, no puede observarse la más discreta inclinación á utilizar uno ú otro método operatorio que no sea derivada de las indicaciones clínicas.

Las complicaciones post-operatorias y el modo de prevenirlas y conjurarlas constituyen una buena parte del texto de esta obra, que llega algunas veces en esta materia á una prolijidad minuciosa que pudiera calificarse de exagerada, si no fuera pensando que siendo la cirugía un conjunto de detalles, que pueden adquirir en circunstancias determinadas é imprevistas una importancia primordial, cuanto tienda

á valorar exactamente cada cosa para llegar al mejor conjunto, es enseñanza digna de ser hondamente apreciada.

El cateterismo ureteral que en manos del profesor ALBARRÁN ha llegado á constituir un elemento diagnóstico indispensable en patología renal, encuentra en la cirugía de este órgano su lugar no menos preferente, viniendo á constituir un obligado tiempo operatorio en las nefrostomías, pielolitotomías y demás intervenciones, en que la permeabilidad del ureter ó su punto de implantación renal tienen para el operador tanto interés como dificultades.

Así mismo resulta interesante por su reglada técnica el capítulo destinado al tratamiento cistoscópico de los tumores vesicales procedimiento tan poco cruento como difícil, por cuanto la interpretación categórica de las imágenes cistoscópicas es uno de los más complicados problemas que pueden presentarse en urología.

Es en definitiva el libro del profesor ALBARRÁN, cuyo francés ligeramente españolizado, recuerda á cada instante la larga convivencia del autor entre nosotros, un libro completo de cirugía urinaria, imprescindible á los amantes de esta especialidad, y de interés muy grande para cuantos se dedican á la cirugía general, y á través de cuyas páginas en las que la intensa labor personal domina, se percibe la autoridad innegada del ilustre maestro de la Facultad de París.

G. Asúa.

Revista de Revistas.

Un modo de disminuir las probabilidades de infección durante la anastomosis intestinal.—(A method to facilitate the avoidance of infection during intestinal anastomosis.—Preliminary report.—*Ann. of Surgery.*—Octubre, 1908), por I. Halpenny.

El autor resume los resultados de sus primeras experiencias en los perros. El procedimiento es aplicable solamente á las anastomosis latero-laterales. Consiste, esencialmente, en establecer la comunicación intestinal artificial, después de haber realizado la anastomosis, con objeto de evitar la infección del campo operatorio.

Los primeros tiempos de la operación son los ordinarios. Después de terminada la resección, se cierran los extremos intestinales, por dos puntos de sutura de HALSTED, invirtiendo los bordes en la luz del intestino, y se yustaponen lateralmente las dos porciones de éste en una extensión de 8 centímetros. Se los une por una sutura continua en todo su contorno. Se introduce un cuchillete, especialmente constituido para este objeto, en el interior de una de las asas y se secciona, de delante atrás el tabique divisorio constituido por las dos caras yustapuestas. Así queda establecida la comunicación entre ambas asas. Se retira entonces el cuchillete y con una sutura en bolsa, se cierra el pequeño orificio que se produjo al introducirlo.

El autor no ha tenido ningún caso de infección peritoneal en ninguno de los seis perros operados por este método. Promete continuar los experimentos y hacer aplicación del procedimiento al hombre si los resultados son tan satisfactorios como hasta ahora.

El tratamiento de las varices del miembro inferior por la inyección intravenosa de una solución de iodo.—(La cure des varices du membre inferieur par l'injection intraveineuse d'une solution d'iode), por B. SCHIASSI.—*La Semaine Medicale.*—16 Diciembre, 1908.

El autor, con objeto de evitar las numerosas ligaduras y las múltiples incisiones que con frecuencia hay que practicar para suprimir los paquetes varicosos, y de li-

brar al miembro de los perjudiciales efectos de una hiperhemia pasiva intensa y continua, ha puesto en práctica este procedimiento, fundado en una antigua idea, según la cual, se trataba de obliterar las venas varicosas por medio de una reacción química provocada por sustancias irritantes introducidas en los vasos.

He aquí los detalles de la técnica por él seguida:

Después de anestesiada la piel por medio de una inyección de algunos centímetros cúbicos de una disolución de novocaína, ó después de la anestesia raquidiana, hace una incisión de 5 á 6 centímetros por debajo ó por encima del cóndilo femoral, según los casos, y descubre en la misma extensión, la vena safena que liga y secciona al nivel del ángulo superior de la herida; en la parte correspondiente al ángulo inferior aplica una pinza de presión sobre el vaso. Obtiene así, sujeto por la pinza, un segmento venoso libre, de 2 á 3 centímetros de longitud. Introduce en esta porción un tubo de cristal que fija por una ligadura al vaso, y cuyo extremo libre, se continúa con un pequeño tubo de cauchú, al cual se adaptará una gran jeringa de cristal, llena de la siguiente solución: Iodo un gramo; ioduro potásico 1'60 gramos; agua esterilizada 100 gramos. Quitada la pinza, se adapta la jeringa, permitiendo antes que la sangre refluya á través de los tubos de cristal y de cauchú para evitar la introducción de burbujas de aire. Inyecta entonces, con cierta lentitud, la solución medicamentosa en la vena hacia la extremidad del miembro, repitiendo la inyección hasta que llega á introducir 30, 40 ó 50 c. c., según los casos. Por último, liga el vaso por debajo del tubo de cristal, reseca el trozo de vena que queda por encima y cierra la herida cutánea por dos ó tres puntos de sutura.

Los enfermos no sufren grandes molestias. Algunas veces experimentan una viva sensación de quemadura en el miembro inyectado, que puede evitarse practicando con cada inyección otra de novocaína al 0,25 por 100. No ha observado accidentes locales ni generales, inmediatos ni tardíos; cuando más, una ligera elevación de la temperatura (38, 38'5°), que desaparece al cabo de algunas horas. Después de seis á ocho días, la mayor parte de las venas están transformadas en cordones duros y completa y definitivamente obliteradas. Las úlceras varicosas y los eczemas dependientes del trastorno circulatorio, mejoran ó curan.

Ha practicado el procedimiento en unos 60 enfermos con excelentes resultados.

I. S. Covisa.

Seroterapia de la escarlatina, por L. Bilik (Arch. f. Kinderheilk, Diciembre, 1908.

Diez casos de escarlatina tratados por las inyecciones del suero Moser.

La seroterapia fué aplicada desde el primer día, en dosis que variaban de 10 á 150 centímetros cúbicos de suero y á pesar de que ni la angina, ni la adenopatía fueron excesivamente graves, el efecto de este tratamiento sobre la temperatura, la erupción y la angina, ha sido nulo y aún acaso ha agravado la situación de los enfermos.

Las manifestaciones de la enfermedad del suero, fueron graves. Además de los eritemas, edemas de la cara y de los miembros, se ha notado en un caso, adenopatía de los ganglios axilares, inguinales y mentonianos, que ha necesitado una intervención quirúrgica. Tres veces se ha apreciado nefritis grave, tres veces otitis y de ellas, una ha obligado á practicar la trepanación mastoidea. Por último, en un caso, diez días después de la inyección, ha aparecido una hemiparesia.

No tenemos experiencia propia sobre los efectos de este suero y creemos que debe tenerse en cuenta el contenido de esta interesante nota clínica, pero no hay que olvidar que *Escherich*, después de experimentar en numerosos escarlatinosos, ha dicho, que el suero *Moser* empleado en dosis de 100 á 150 centímetros cúbicos en total, influye de un modo favorable en el curso de la enfermedad, haciendo bajar rápidamente

te la temperatura, mejorando el estado general, acortando el tiempo del proceso y disminuyendo de un modo notable la mortalidad.

Esta es también la opinión de *Schick* que ha inyectado suero *Moser* en 200 niños afectos de escarlatina y dice estar convencido de su eficacia específica: según él, el suero desarrolla su acción del modo más gráfico, en los casos puramente tóxicos y practicando la inyección en los tres primeros días de enfermedad. Sobre los fenómenos infecciosos, su influencia se limita á evitar que se produzcan destrucciones graves y á conservar la vida.

El suero *Moser* no es bacteriolisico ni antitóxico: según *Wright* y *Douglas* es un suero opsónico, es decir, que obra directamente sobre los microbios, impresionándolos transformándolos de cierto modo, con el fin de que puedan ser fácilmente aprehendidos y digeridos por los fagocitos.

Sobre una causa singular de retención de orina en el niño. Oxaluria por ingestión de acederas por *Carriere*.—*Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, (Diciembre 1908).

Se trata de una niña de seis años que orina con extrema dificultad. Experimenta la necesidad, hace esfuerzos por satisfacerla, pero transcurren quince, veinte y aún veinticinco minutos antes de conseguirlo.

La víspera de reconocerla no pudo orinar en todo el día y fué necesario sonarla, obteniendo 800 centímetros cúbicos de orina.

El primer día de observación de la enferma, la invitó á orinar y después de esperar veintiocho minutos, emitió 250 centímetros cúbicos de orina. No se aprecia ni vulvo-vaginitis, ni uretritis ni malformación alguna.

El cateterismo es negativo, pero permite, en seguida de la micción, obtener todavía 150 centímetros cúbicos. La vejiga se vacía, pues, incompletamente. No hay hiperestesia vesical, la distensión es bien soportada, no hay intolerancia, ni cálculo. El tacto rectal es negativo.

El examen del sistema nervioso, permite eliminar toda idea de retención de orina, sintomática de una lesión medular, radicular ó cerebral.

Queda descartada la hipótesis de una paquimeningitis pótica, que á veces, se revela por trastornos de retención de orina. La niña tiene apariencia normal, el examen de todos los órganos resulta negativo, no se descubre nada patológico.

En ausencia de toda lesión aparente del aparato urinario, se practica un análisis de orina y de él, resulta un primer hecho extraño: una acidez cuádruple de la habitual en un niño de esta edad.

El ácido úrico presenta su cifra normal. El ácido hipúrico una cifra, sólo un poco mayor de la ordinaria. La acetona en cantidad normal. No existe ácido acetilacético ni oxibutírico. Tampoco hay modificación en la cantidad de fosfato monosódico.

Sólo quedaba una última eventualidad: la oxaluria. Al microscopio, el sedimento contenía cantidad considerable de cristales de oxalato de cal, muy característicos, insolubles en el agua y en el ácido acético, solubles en el ácido clorhídrico.

Por el método de *Salkowski* obtuve la cifra de 0,10 gramos, cantidad enorme porque en estado normal es de 0,02 gramos por término medio.

El análisis de la orina no confirmaba la hipótesis de ser la oxaluria producto de una oxidación incompleta de los alimentos azoados, ni de una disminución en la oxidación de los hidratos de carbono.

La niña no era artrítica, ni diabética, ni obesa. No presentaba ningún trastorno funcional gástrico y se sabe que con frecuencia la hipoclorhidria y la anaclorhidria se acompañan de oxaluria.

No presentaba ni afección pulmonar ó cardíaca, ni anemia (fué practicado el examen de la sangre), ni insuficiencia hepática.

No se trataba, pues, de una oxaluria sintomática, patológica. Pero al lado de estas oxalurias patológicas, hay otras medicamentosas, producidas por ingestión de ruibarbo, genciana, cocaína, bicarbonato de sosa. Ahora bien; la niña no tomaba ninguno de estos medicamentos. Hay, por último, oxalurias fisiológicas que suceden á la ingestión de espárragos, judías verdes, espinacas, cacao, té, acedera. Una minuciosa investigación permitió descubrir que la niña comía todos los días hojas de acedera.

Se hizo, pues, el diagnóstico de trastornos de la micción consecutivos á la oxaluria producida por ingestión de cantidades exageradas de acedera.

Puesta la niña á régimen lácteo y vigilada, curó en 48 horas y el análisis de orina practicado cuatro días después del primer examen, permitió observar la desaparición de la oxaluria.

A. Romeo.

Operación cesárea é hysterectomía por presentación de hombro irreductible, en una mujer que sufrió anteriormente una histeropexia abdominal.—*Sociedad de Obstetricia, de Ginecología y de Pediatría de París.*—Sesión del 10 de Febrero de 1908.

La observación de los doctores PINARD y SEGOND se refiere á una mujer que fué laparotomizada y á la que se le hizo una histeropexia y extirpación de los anejos izquierdos, quedando el cuerno uterino izquierdo, fijo á la pared abdominal.

Consecutivamente tuvo tres embarazos que llegaron á término, siendo el parto en los dos primeros normal; no así el último, que á pesar de las contracciones intensas, no modificaron el cuello uterino. Los doctores PINARD y SEGOND, por palpación, encontraron la cabeza del feto en la fosa ilíaca izquierda que no pudieron llevar al estrecho superior, por temor á una rotura uterina, y practicaron la operación cesárea.

El útero estaba desenvuelto sobre todo á expensas de su fondo y cara posterior y las adherencias de la matriz á la pared abdominal eran tan estrechas é íntimas que su liberación hacían peligrosa la conservación del útero.

Una hysterectomía medio cervical fué practicada con éxito.—*Annales de Gynecologie et d'Obstetrique.*

Diez casos de operación cesárea obligada, por histeropexias abdominales anteriores.—*Sociedad Americana de Ginecología.*—Mayo, 1908.

El doctor E. B. CRAGIN, de New York, ha observado diez enfermas operadas de histeropexia abdominal, que fueron causa de distocia tal, que hubo que recurrir á la operación cesárea, para terminar con éxito el parto.

Las consecuencias que deduce el doctor CRAGIN, son: que la ventro fijación frecuentemente es causa de trastornos graves en el parto, y sólo la ventrosuspensión, si no se transforma en ventro fijación por adherencias consecutivas, es la que pone á las embarazadas al abrigo de tales accidentes. *Medical Record.*

Estos casos y otros muchos publicados, han hecho que sea la histeropexia abdominal muy combatida y juzgada muy severamente. Sin embargo, ginecólogos como el doctor FARGAS, que tienen gran experiencia, aseguran que el tanto por ciento de accidentes, son pocos y serian mucho menores si al fijar el útero se respeta todo lo posible del fondo. (*Tratado de Ginecología.*—Tomo II, pág. 196).—P. DELBET y CARAVÁN, en un artículo publicado en la *Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale* (núm. 1.º, 1908), sobre la histeropexia abdominal ítmica, presenta 23 casos operados y seguidos en el transcurso de algunos años. De estas 23 operadas, 11 quedaron embarazadas y dos de ellas dos veces, siendo el parto en todas completamente

normal. Termina su trabajo diciendo que con la fijación directa del útero á la pared abdominal, siempre que se deje el fondo del órgano libre, no han observado ninguna complicación ni en el embarazo, ni en el parto, que pueda ser atribuida á la histeropexia ítmica.

Su influencia sobre la estática pelviana y sobre los dolores, es siempre favorable, no determinando en estos 23 casos, trastornos de vejiga.

Por consiguiente, ellos la reputan como operación excelente.

Estando yo en el servicio del doctor ISLA, de las operadas por este procedimiento, una de ellas quedó embarazada, siendo un parto completamente normal.

F. Viguera.

Patología de la placenta (M. G. SCHICKELE en *Beiträge z. Geburtsh y R. de B.* en *La Semaine Médicale*).

De dicho trabajo recogemos sus conclusiones que conceptuamos de importancia, puesto que, sobre todo los médicos generales, acostumbran á achacar la muerte habitual del feto, ó á la sífilis ó á la albuminuria y estableciendo uno ú otro tratamiento acarrear serios trastornos á la mujer. En varios exámenes de placentas, en embarazos venidos á término prematuramente, encontró, de un modo constante, trombosis en las lagunas venosas, cuya antigüedad y carácter primitivo no podían ser puestos en duda en razón de sus estratificaciones fibrinosas.

Su causa debe buscarse en la proliferación de las franjas coriales que comprimiendo y aun invadiendo los vasos, detienen la circulación con todas sus consecuencias. El tal proceso se realiza en todo embarazo; es pues, fisiológico; solamente por su exageración se torna patológico siendo imposible determinar si esta exageración es imputable á una sobre actividad de las franjas coriales ó á una disminución de resistencia de los tejidos maternos.

La gelatina en las diarreas de los niños de pecho (doctor PEHU, *Arch. de Med. des enfants*.)

El autor dedica un trabajo extenso al asunto, cuya síntesis es la siguiente. El éxito estriba en el modo de administración y forma de preparación de la gelatina. Por lo que hace al primer concepto, se requieren dosis elevadas de 10, 20 y aún 30 gramos en veinticuatro horas, para obtener un efecto útil, siendo su falta de sabor y olor condiciones que la hacen de fácil administración, empleando para ello un biberón ordinario. La gelatina necesita ser preparada con soluciones al décimo, en agua esterilizada en autoclave á 120 grados, sometida luego á una rigurosa filtración y encajada en tubos de ensayo, tapados con algodón esterilizado y conservado en frascos herméticamente cerrados.

Dice que ha conseguido notables resultados en las diarreas estivales, gastro-enteritis, debidas á una mala alimentación, dispepsias gástricas simples, enterocolitis disenteriformes con cámaras sanguinolentas; fracasando en casos de infecciones digestivas verdaderas con degeneraciones parenquimatosas, pero siendo siempre superiores al bismuto ácido-láctico, tanino, etc.

Nos parece que siendo la gelatina medio tan apropiado para el cultivo microbiano, el médico, al prescribirla, debe hacerlo con la seguridad absoluta de su completa esterilización, pues de lo contrario fracasará el tratamiento.

Eleizegui.

Academias y Sociedades Médicas.

Sociedad Ginecológica Española.

El día 13 tuvo lugar la sesión inaugural del curso académico en el salón del Colegio Médico, asistiendo numerosa y distinguida concurrencia. Leyó la memoria relatando los trabajos del año anterior, el secretario *D. Isaac Moreno*, que dió prueba de su buen gusto literario en su breve discurso. A continuación leyó el *Sr. Gascuñana* su discurso sobre «Algunas consideraciones clínicas sobre el alumbramiento.» Comenzó ponderando la importancia clínica que tiene el alumbramiento con varias citas y con la observación en su práctica como médico de guardia en las Casas de Socorro. Continúa después dando una clara descripción del desarrollo y constitución de la placenta y membranas ovulares, empezando por estudiar la mucosa del útero en el momento de la fecundación; refiere la anidamia del huevo según *Peters*, la estructura de las vellosidades, la placenta materna y fetal. Estudia después el mecanismo del desprendimiento y expulsión de placenta y membranas, señalando los tres tiempos clásicos, de desprendimiento, caída al segmento inferior y expulsión por último del conducto vaginal. El primer tiempo se realiza mediante un trabajo de preparación por la retracción uterina, después de la expulsión del feto y completado por la contracción del útero, separándose la placenta del útero por la capa esponjosa de la serotina, dejando al descubierto los senos uterinos, que si no dan sangre, es debido á que retraído el útero, las fibras musculares en sus múltiples entrecruzamientos cierran la luz de los vasos sanguíneos. Discute después si el desprendimiento de la placenta, empieza por el borde ó por el centro, inclinándose á que sea por el borde pero concediendo importancia al sitio de implantación. El segundo tiempo ó descenso de la placenta á la cavidad cervico-vaginal, yo diría al segmento inferior, no es para él sino resultado de la contracción del útero; al llegar á esta cavidad el fondo del útero se eleva, síntoma de importancia que nos da cuenta exacta de la marcha del alumbramiento. El tercer tiempo dice, y con razón, que suele no realizarse espontáneamente, teniendo el tocólogo que intervenir. Para conocer que el desprendimiento placentario se ha verificado, recomienda el colocar una pinza de *Pean* en el cordón á nivel de la vulva, que yo recuerdo habérselo oído á *Demelín*; si se ha verificado el desprendimiento, veremos que la pinza no está ya á nivel de la vulva, pues ha salido el cordón y con él la pinza unos 10 centímetros. Otro que recomienda, es observar la altura del fondo del útero; al terminar de salir el feto, el fondo queda á la altura del ombligo y cuando se ha verificado el desprendimiento y caída de la placenta, se eleva el fondo de cuatro á cinco centímetros.

De este estudio deduce la conducta que debe seguirse en el alumbramiento normal; comprobado por cualquiera de los dos signos que he-

mos indicado que la placenta se ha desprendido, y en la cavidad cervicovaginal y jamás antes, invitar á la parturienta á hacer ligeros esfuerzos, y si no basta, hacer ligeras tracciones sobre el cordón, ayudándose, más que de la expresión, del empuje hacia abajo, del cuerpo del útero. Confieso que uso en estas circunstancias la expresión y me va muy bien. Después recomienda se tenga sumo cuidado para que las membranas salgan íntegras, retorciéndolas, pues así ofrecen mayor resistencia y se da lugar á su desprendimiento. Exige que si resta algún cotiledón en la cavidad uterina se proceda inmediatamente á su extracción manual, pero si es de membranas, puede dejarse á condición de vigilar bien el puerperio. Anatematiza las tracciones intempestivas sobre el cordón, cuando aún está adherida la placenta, causa de graves hemorragias y aun de la inversión del útero. No se muestra partidario de la expresión del útero á lo *Credé*; en fin, y es enseñanza que debe divulgarse; cree se debe esperar á que se desprenda la placenta todo el tiempo que sea necesario, mientras la hemorragia no nos lo impida. Después refiere varios casos en que no se desprendió la placenta, hasta que siguiendo el consejo de *Bumm*, no practicó el cateterismo para vaciar la vejiga de la orina. Aconseja la conducta que debe seguirse en el tratamiento de la inercia uterina post-partum, limitándose, si no hay hemorragia, á la expectación, todo lo más á ligero masaje del útero ó irrigaciones calientes. Si hay hemorragia, recurre primero á la maniobra de *Credé*, si no basta, se hace la extracción manual de la placenta, seguida de masaje uterino é irrigación de agua á 48 ó 50°, y, por último, al taponamiento uterino, que es el medio más seguro.

Estudia las adherencias anormales de la placenta y sus causas, siendo las más principales la endometritis anterior ó consecutiva á embarazo patológico, la sífilis, fibromiomas, nefritis, cardiopatías y degeneraciones fibrosas de la capa lagunar, terminando el trabajo con el estudio de la retención placentaria, ya por contracción del anillo de *Bandl* ó de otras fibras musculares, señalando, según *Bumm*, la inserción en un cuerno uterino, de lo cual refiere un caso de su práctica. El trabajo es, como se ve, de sabor práctico, y aunque breve, no deja de estudiar todo lo que interesa saber del alumbramiento y de la conducta que se debe seguir. Aunque al final de su discurso dice que se debe ser oportunista en este asunto, me parece deducirse que más bien es partidario de la expectación, lo cual es de alabar según mi opinión y debe divulgarse todo lo posible, pues la intervención en el alumbramiento produce más males que bienes. Así dice *Althfeld*, que de mil partos en su clínica, sólo cinco requirieron intervención durante el alumbramiento, y, en cambio, en la práctica particular suben á ciento las intervenciones. Claro es que no se debe llamar intervención á la expresión ó á las tracciones del cordón cuando está bien comprobado el desprendimiento placentario. El punto que yo hubiera deseado que el Sr. *Gascuñana*, con sus conocimientos prácticos nos resol-

viera, es el de saber cuándo debemos considerar que la hemorragia nos obliga á intervenir, pues á un comadrón novel, una pérdida de 400 gramos, por ejemplo, le parece formidable hemorragia y tengo la certeza que el doctor *Gascuñana* la miraría como pérdida natural. *Althfeld* dice que es muy raro que muera de hemorragia del alumbramiento una mujer sana, habiendo visto que con pérdidas de 2.000 gramos no sufre alteración la lactancia del niño y que se reponen rápidamente. Es lástima que al estudiar las adherencias placentarias no indique la falta de reacción decidual como una de las causas más frecuentes. La capa de células deciduales es el dique que se opone á la invasión de las vellosidades, y cuando faltan estas vellosidades llegan hasta la capa muscular donde se implantan, adquiriendo firmes adherencias.

El numeroso público que llenaba el salón premió con sus aplausos la labor del querido amigo, á quien enviamos nuestra enhorabuena por su hermoso discurso.

J. Botella.

Terapéutica.

Intoxicación nitrosa por el subnitrito de bismuto, NOWAK y GULTIG.—
Berlin. Klin. Woch. 1908 núm. 39, pág. 1.764-1.768.

A pesar del empleo frecuente del subnitrito de bismuto, tanto, con un fin terapéutico, como, por su opacidad á los rayos X, con un fin diagnóstico, en el examen de los órganos huecos del aparato digestivo, son muy raros los casos de intoxicación por este medicamento y los pocos que se citan, entran dentro del cuadro de la intoxicación por el bismuto; estomatitis intensa, vómitos y diarrea y alguna vez parálisis.

En estos últimos tiempos, se han presentado accidentes debidos al empleo del subnitrito de bismuto, que corresponden al cuadro de la intoxicación por los nitritos y no por el bismuto. Después de la administración del medicamento transcurre un corto período de incubación, pasado el cual, los enfermos se ponen cianóticos con tendencia al colapso y solamente con estos ó algún otro síntoma (vómitos y diarrea) mueren al poco tiempo, pudiendo observarse que la sangre toma un color achocolatado y presenta al espectroscopio los caracteres de la methemoglobina.

Con objeto de estudiar experimentalmente esta intoxicación, trataron de reproducirla en animales, resultando que perros y conejos toleran grandes dosis de medicamento sin alteración alguna, que por el contrario aparece con gran facilidad en el gato, según había demostrado *Magnus*.

La administración de grandes dosis de subnitrito de bismuto á los gatos, ha reproducido enteramente el cuadro de intoxicación en el hombre (languidez, diarrea, cianosis, methemoglobinemia, seguidos en un breve período, de muerte ó entrada en convalecencia).

Animales testigos que al mismo tiempo eran intoxicados con nitrato sódico presentaban los mismos síntomas.

En la autopsia, tanto de personas, como de animales intoxicados, comprobaron que el intestino delgado se encontraba vacío, estando el bismuto bajo la forma de sulfuro y subnitrato en el intestino grueso. En los casos en que se observó pronto la sangre, se vió el espectro de la methemoglobina, cuando este examen se retrasaba había desaparecido.

De los experimentos citados y de algunos más, hechos por los autores, así como de las observaciones clínicas, concluyen:

Que en algunos casos de intoxicación por el subnitrato de bismuto se presenta el cuadro de intoxicación por los nitritos.

Estos nitritos proceden de la reducción de los nitratos por bacterias reductoras.

Tanto en las intoxicaciones humanas como en las de animales, se encuentra vacío el intestino delgado, estando acumulado el bismuto en el intestino grueso. Esto y el dato de que la intoxicación se produce más pronto por la administración rectal del medicamento, hace pensar que en el intestino grueso deben residir esas bacterias.

De todo lo expuesto, se sacan dos consecuencias prácticas: Primera; en los casos en que sea necesario el empleo de grandes cantidades de bismuto, sobre todo, para usos radiológicos debe darse la preferencia á un preparado insoluble que no lleve radical nítrico (carbonato, salicilato). Segunda; en las intoxicaciones que producen methemoglobina, es preciso buscar esta en vida ó inmediatamente después de la muerte, puesto que pasado cierto tiempo puede desaparecer.

CAMESEASSE.—Un tratamiento sistemático de las nudosidades DE HERDEN, (reumatismo gotoso crónico de las pequeñas articulaciones).
Bull. de Ter. 30-11-1908.

Recomienda la siguiente fórmula:

Ioduro sódico	} aa cuatro gramos.
Nitrato sódico.	
Salicilato sódico	
Acetato potásico	
Agua	doscientos cincuenta gramos.

Esta preparación se enturbia algo en invierno lo que no cambia en nada sus propiedades.

Se tomará una cucharada de postre en cada comida (desayuno, comida y cena) hasta que se acabe el frasco. Después se descansa una semana y se volverá á empezar. El tratamiento dura unos seis meses.

Hernando.