

# BOLETIN

DE

# CIRUGÍA

## I.—Original.

### TUMOR DEL CORPÚSCULO CAROTIDEO

### LIGADURA DE LA CARÓTIDA PRIMITIVA

*Por Enrique D. Madrazo.*

Lo excepcional del tumor, del paciente, y del resultado quirúrgico hacen interesante esta historia: y sería para mi motivo de júbilo, si el recuerdo de las emociones pasadas, no me constriñeran dolorosamente el corazón.

Tampoco, nosotros los cirujanos, estamos exentos de insultos quirúrgicos y á lo mejor nos vemos en la mesa de operaciones, boca arriba, sirviendo de materia experimental, maldiciendo de nuestra fortuna y bendiciendo la relativa inocencia con que acostumbra á intervenir la nueva cirugía. En este estado de ánimo y en esta lamentable posición se encontraba nuestro amigo del alma, Quintana. Esto no le sucede á nadie más que á mi, decía resignado... y por más que es un ganglio, y Vds. diestros... no acabó la frase... El doctor Santiuste, con un risueño gesto de ironía, dice al paciente lo vulgar de entregarse á pesimismo en aquel momento. No, no crea, Vd. que tengo miedo; y si mi sino hace punto en esta mesa... Nos miramos, y una sombra de tristeza se cierne por la sala... ¡Son tantas las cosas vistas en esta diaria y emocionante labor! Reacciono... Vaya, á lavarle pronto



digo, dirigiéndome á los compañeros, que en aquel momento, esterilizan la región del cuello enfermo. En realidad, según se aproximaba el instante, por más que mi convencimiento era firme y mis presagios favorables... tenía ganas de salir pronto del atranco. Luego, inclinándome hacia el enfermo, le advierto que va Vd. á sufrir: creo que existe el dolor, y que esto no es sugestión; no doy á la sugestión la importancia que Vd. y si la operación resulta más laboriosa de lo que parece le daré el cloroforno; ya sabe que soy enemigo irreconciliable del dolor. Haga cuanto convenga, tengo confianza y estoy á su disposición. En aquel momento el silencio de la sala me parece más profundo; hay algo como de recogimiento: ¿Es miedo?... ¿Presentimiento?... ¡Son tan inexpertos nuestros sentidos! ¡Se esconden tantos secretos! Por los anchos ventanales entra la luz á torrentes; allá, arriba, un cielo de verano anima la vida. Es verdad que el tumor no es completamente movable... pero no es maligno: tendrá su cápsula limitante y ella me guiará. Mis restantes compañeros, lo leo en sus semblantes, quieren regocijarse, y por más que saben la entereza del amigo, tratan de distraerle sus negros pensamientos. Yo que en la sala de operaciones obligo á trabajar en silencio, digo que, me hacía daño tanto silencio.

Con el propósito de extraer ligero lo que me parecía ganglio practiqué una incisión amplia paralela al borde de la mandíbula, que rebasaba arriba y abajo el abultamiento del tumor, para mejor disecarle por todos sus lados. Se, por experiencia, las dificultades que ofrecen las pequeñas aberturas, cuando cuellos jóvenes y menudas coqueterías femeninas nos suplican en previsión de cicatrices deformantes. El compañero resiste impertérrito la sección de la piel, tejidos subcutáneos y aponeurosis superficial; pero, ya, nos apercebimos de una vascularización mucho más intensa que la normal; las venas sangran copiosamente obligándonos á colocar varias pinzas hemostáticas, cuyos mordiscos son otros tantos agudos dolores. Ligo las más importantes y prosigo la disección, cayendo sobre el tumor, en busca del plano de *clivage*, que me facilite la rápida enucleación. Pero, á medida que entro en intimidad con él la vivacidad de la sangre aumenta, y, apesar de todas las precauciones, algún chorro arterial salta violentamente. Nuevas pinzas y nuevos adelantos en la disección, con la parsimonia que las hemorragias van poniendo

do en la punta de mi tijera. Rompo la cápsula que limita el tumor, y cada vez le encuentro más duro y fijo á las partes profundas. Su coloración no es la blanca y distinta de las cápsulas ganglionares, ni tampoco la peculiar de los fibromas ó fibro-sarcomas que de ordinario se alojan en la región carotidea; es de un color tirando al bocio, algo más achocolatado.

Mis preocupaciones aumentan, cuando al más leve empeño de disección, las hemorragias de arterias y venas se suceden cada vez más intensas. Me propongo con ganchos adueñarme del neoplasma, tratando de sacarle de la profundidad; pero esta labor produce al paciente una sensación de angustia mortal, de tal suerte que el mismo pide el cloroformo que ya estaba dispuesto. Empieza la anestesia al tiempo que termino las ligaduras; y con un tapón y mis manos contengo el persistente babeo de sangre hasta que el sueño—que fué inmediato y fácil como el de un niño—me permitió, después de mucha labor, una incompleta hemostasia y darme cuenta de lo raro y peligroso de la tumoración.

¿Qué maridaje es este, que jamás había encontrado en mi práctica de tumores; tan vascular como un angioma, y á la vez tan duro como un fibroma? Ocasiones profesionales tuve en mi práctica de verdaderas indecisiones, de soltar el bisturí é irme á lavar las manos; era un descanso, no del cuerpo, que en estos lances jamás pide reposo, sino para buscar una mayor lucidez del espíritu; es un paréntesis que despeja los sentidos y el entendimiento que á veces se obsesiona en el fragor de la lucha, olvidándose de otras estrategias y astucias. Aquí todo era perentorio, con los minutos se iba gota á gota la vida. Hubo un momento de vacilación, por no decir cobardía.., Nuevo asalto y nuevo tropiezo; la punta de la tijera ha herido dos nuevas arterias que emergen del tejido condensado del tumor: ligo y ligo; y la masa tumoral, dura y lisa, continúa rezumando sangre por la mayor parte de su superficie. Comprendo que el enfermo está en peligro de muerte por hemorragia: y el tumor, allí; fijo á unas ataduras que yo no comprendía y que le hacían inextirpable... ¡Vacilo!... ¡Que tropel de pensamientos!... ¡Pasado, presente, futuro!... ¡Fué el instante más doloroso de mi vida! ¡Pido luz!... ¿Son mis ojos que se nublan? ¿Es mi alma que flaquea? ¡En esta suprema reacción del coraje, en la confusión

de mi espíritu, ví detrás de la puerta á una mujer joven y hermosa con siete hijos de la mano que preguntan por su padre; vi roto en mil pedazos el eje del organismo quirúrgico al cual dediqué lo más hermoso de mi vida; vi aquel comedor de los médicos alegre y alentador en donde la voz valerosa y optimista, la imaginación pintoresca del amigo que tanto nos encantaba... todo... todo... alegrías... esperanzas... todo venía al suelo con horrible crujimiento. Estas fatídicas luces pasaron rápidas por mi mente... ¡Lo que pido es un arranque!... ¡Entre las sombras... una idea!... Y ¡con energía! ¿Manuel? Una pinza, fuerte, de ganchos... ligero... á cortar las hemorragias, primero ligar en masa, á la carótida después, y terminar la extirpación... Agarro con violencia el tumor y tiro de él hacia afuera, paso en contorno una seda gruesa, anudo y aprieto rabioso las tres cuartas partes del casquete tumoral que sobresalía. La isquemia es completa; ni una gota de sangre resbala. La cara exangüe del paciente me indica que los instantes son preciosos y sigo adelante con mi idea de atacar radicalmente por la parte inferior, ligando la carótida primitiva madre de las hemorragias que me robaban la vida. Hago una incisión hacia abajo en la dirección de los vasos centrales y me convenzo de que es la carótida primitiva la que penetra en el macizo del tumor por abajo y por detras. *Incontinenti* un ayudante, con ganchos, sostiene fuertemente el tumor hacia adelante y arriba, mientras aseguro y aprieto el vaso entre mis dedos de la izquierda; dos tijeretazos con la derecha descubren la boca blanca y grande de la arteria que es cogida con las pinzas y constreñida en una primera ligadura á centímetro y medio de la boca, y otra segunda, de refuerzo, otro centímetro más arriba. Esto fué rápido y sin perder una gota. Pero miro al enfermo y su palidez es mortal, ni respiración ni pulso. ¿Es el síncope de la extrema anemia? Recordando aquella angustia mortal que me obligó al cloroformo y que coincidía con las tracciones sobre el tumor ¿no será debido este síncope á dichas tracciones sobre el corazón? ó ¿á la supresión del riego sanguíneo de la mitad del cerebro?... ¿La muerte es definitiva?... ¡Que largos algunos segundos!... ¡Hosanna! ¡Una inspiración!... ¡Respira! Con una facilidad asombrosa levanto y diseco y estraigo el tumor de abajo arriba, sin que ofrezca otra adherencia que en la apófisis estiloides. Desde la ligadura en masa hasta la total ex-

tirpación no se perdió ni una gota de sangre. Se pasan ligaduras para quitar las pinzas que había colocado y metemos el tapón interino pues que acostumbramos á sostener uno durante dos minutos para volver á examinar la herida en atención á las hemorragias.

Entre tanto Herrera, el anatomo-patólogo no ha perdido el tiempo, ha lavado el tumor y dado un corte en su línea media y en la dirección de los vasos.

Es un tumor de la glándula carotidea, no cabe duda, aquí tiene Vd. la carótida primitiva dividiéndose en interna y externa, en el mismo espesor del tumor: los vasos están esculpidos en el duro macizo del tejido tumoral; el cual en su crecimiento ha envuelto todos los troncos arteriales, con alguna de sus emergentes, perdiendo la túnica adventicia y no conservando más que la media é interna. Todo estaba explicado. Sin saberlo hemos acometido y llevado á término una de las empresas más peligrosas de la Cirujía.

Levantamos el tapón interino y, como después de la batalla, pasamos revista por el campo quirúrgico, viendo que el pneumogástico, glosa-faríngeo y espinal están íntegros en su sitio. No así los vasos; de estos ninguno se ha salvado; la misma suerte corrieron arterias que venas. La yugular interna está con una ligadura lateral; pero, afortunadamente la sangre circula por dicho canal. Estaba colocada por delante del tumor y fué sacrificada desde los comienzos. De las arterias no se ve ninguna; unas antes y otras después, todas fueron atropelladas: lo mismo la carótida interna que la externa con todas sus cólaterales. Por ningún vaso sale sangre; lo cual quiere decir que la nueva circulación arterial encuentra bien cerradas todas las bocas. En las venas tampoco logramos ver el menor resquicio. Esto de las venas fué un engaño, porqué á las dos horas de hallarse el paciente en su cama con la guardia permanente de un compañero, aquél advirtió que, poco á poco, caía en dulce y traidor letargo; comprende lo que pasa y se rehace pidiendo le restañaran la sangre. Dan cuenta del accidente; subo, y en efecto se ve el vendaje, ligeramente, tinto en sangre; trasportamos el enfermo á la sala de operaciones y á los diez minutos volvía á su cama con un segundo frunce en la yugular interna, que continuaba dejando expedita la mansa circulación de retorno. Esta herida de la vena

que acabábamos de ocluir había pasado inadvertida durante la operación debido indudablemente á la gran hemorragia sufrida y al *choque* traumático. Le bastó entrar en reacción para que de nuevo apareciera la sangre y con ella el nuevo peligro de muerte.

Debo hacer constar que en estos nuevos instantes se corrieron muchos miedos y en honor de la verdad el paciente estuvo magnífico hablando tranquilo conmigo. Mientras yo me apresuraba á tapan el agujero, decíame que la hemorragia venosa viene tan suave, y tan dulce trae el sueño, que no tuviera Séneca otros motivos de sabio, le acreditaría de tal la muerte tan deliciosa por él escogida.

La pieza patológica nos ha convencido, no sólo del error de diagnóstico que hicimos á *priori*, sino que, en el mismo error continuamos perseverando durante la labor operatoria, metiéndonos en un callejón, del que no se podía salir con bien, más que á fuerza de ligar arterias, que á modo de tentáculos prensiles partiendo del tumor se agarraban en todas direcciones. Todas las de aquel lado del cuello, (menos la vertebral que en este caso ha sido la salvadora) una tras otra, fueron objeto de un combate parcial.

Si, durante la operación, llego á presumir la clase de tumor con el cual tenía que habérmelas, inmediatamente hubiera cambiado el frente de batalla, y sin prisas, con comodidad, sin olvidar ninguna precaución marchara directamente á la ligadura de la carótida primitiva,— que era donde estaba el nudo de la pelea, la posición decisiva, sin la cual no se remediaba la hemorragia, ni se rompía la atadura que inmovilizaba el neoplasma haciéndole inextirpable. Así sucedió que una vez cortada la carótida pudimos levantar el tumor y continuar operando en blanco siguiendo con los ojos los accidentes de la extirpación.

Si hubiéramos hecho el diagnóstico antes de que el enfermo hubiese pasado á la sala de operaciones, nuestro parecer de no intervenir hubiera sido terminante; por la sencilla razón de que el tumor es de naturaleza benigna, y, por lo tanto, podíamos contemporizar. Había además el otro imperioso motivo de la gravedad que en si llevaba la ligadura de la carótida primitiva, pues, sabemos que su frecuente mortalidad alcanza á las dos terceras partes de los operados. Por otra parte la evolución de esta clase de tumores es lenta.

Y, por fin, es lógico suponer que una circulación suplementaria se hubiera ido formando á medida que el crecimiento del tumor cegaba los canales arteriales que corrían por su entraña; y, de esta suerte, la naturaleza hacía en silencio... despacio... con previsión y seguridad la circulación suplementaria que precisaba el riego cerebral, sin los peligros de la instantánea suspensión de la corriente sanguínea por las vías carotideas.

Sentado, que hubo un error diagnóstico en el caso de nuestro querido compañero ¿cual es nuestra responsabilidad? Ninguna. Esta afirmación rotunda es hija de la rareza del tumor. Son millares los cirujanos que andan á diario entre tumores del cuello; pero son poquísimos, afortunadamente, los que cayeron en esta desgracia.

No es extraño, pues, no contar con la sorpresa de tal rareza; y que alegres de corazón hayamos entrado en un empeño que casi siempre terminó dejando un cadáver en la mesa de operaciones. Aquí todo fué excepcional; el tumor; y, aunque no me esté bien alabarle, cirujano de excepcionalísimos méritos quien le llevaba; y, en fin, excepcional la fortuna que me cupo en suerte.

Pasados los inmediatos peligros operatorios, y una vez restablecida la circulación de la sangre por todo el ambiente cerebral, gracias al buen oficio de la arteria vertebral izquierda, debo de consignar que el enfermo no quiso ninguna inyección de suero, pero en cambio satisfizo la sed devoradora de la anemia, bebiéndose tres botellas de agua de Vichy y no se cuantas de la ordinaria. En las doce primeras horas se levantó la tensión vascular normalizándose el pulso; y, húmedo y fresco el organismo, se apagó la codicia de tanto líquido. Todo iba sobre rosas, si, antes de las veinticuatro horas, no aquejara el paciente la ceguera del ojo izquierdo, tan absoluta, que ni una lámpara encendida ve siquiera: así mismo, la voz débil y sin timbre nos indica que en el funcionamiento de la laringe hay algo más que la debilidad inherente al traumatismo. Examinando el ojo nos encontramos con una miosis muy marcada. Este fenómeno por sí solo podría traer una dificultad en la acomodación, falta de conjunción y perturbación binocular; pero no la cesación visual izquierda. A los dos ó tres días comienza á ver algo de dicho lado y poco á poco va ganando, hasta el día de hoy (tres semanas) en que ambas pupi-

las se agrandan y encogen bajo la acción de la luz y podemos considerar la visión como completamente restablecida á su anterior agudeza. No ha pasado así con la voz: esta aunque ha ganado algo y se le oye perfectamente de cerca, en opinión del doctor Santiuste no podrá ejercer de orador, á menos que use alguna trompa aumentativa de la voz.

Los motivos de los trastornos en los ojos y la laringe, en esta clase de operaciones, son debidos, á mi entender, no á defectos nutritivos en los compartimientos centrales de la inervación, sino al bisturí ó la tijera que en las escabrosidades de la región y en la urgencia del término operatorio, sus puntas se enredaron, sin fortuna, con algunos de los muchos hilos finísimos que conducen corrientes nerviosas de tan variada finalidad.

Fuera de estos dos, que pudiéramos llamar accidentes operatorios, la herida, con gran viveza, logró una rápida cicatrización. Durante los primeros días nos limitamos á sustituir diariamente las gasas superficiales con el objeto de sostener una minuciosa limpieza en los alrededores de la herida. Al noveno levantamos el tapón de gasa blanca, que la ocluía desde el comienzo; y todo estaba limpio, rojo y bien granulado. Se quitaron unas sedas de ligaduras que estaban descubiertas, y hoy, al 21 día de operado, sólo falta la cutización de la piel.

Toca, ahora, al frio análisis microscópico y á la competencia de nuestro compañero Herrera revelarnos los detalles de este —famoso para siempre en este Sanatorio—corpúsculo carotideo, y colocarle al lado de otros pocos con que cuenta la literatura anatomico patológica.

---

## II.—Original

### TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO

*Por Juan Herrera Oria.*

Es este uno de los problemas que más interés tienen para el médico práctico: el cual pocas veces se verá en trance de tanto apuro, como el que traen consigo algunas hemorragias uterinas.

La eclampsia, la placenta previa y las hemorragias, son las complicaciones más graves que pueden presentarse en obstetricia. Las tres ponen en inminente peligro la vida de la mujer y las tres exigen rápida y segura intervención para remediarlas; intervención que generalmente, en la asistencia á domicilio, se ha de hacer en las peores condiciones que se puede imaginar, por la dificultad de obrar rápidamente y conservar al mismo tiempo, siquiera una asepsia relativa; faltando toda clase de recursos y ayudado el médico por auxiliares inhábiles, á quienes el espectáculo de la sangre, á que no están hechos, trae azorados y casi inutiliza por completo.

La cantidad de sangre que se derrama en un parto normal y la que puede perderse sin que la mujer sucumba por anemia aguda, es mucho mayor, que lo que hace unos años se creía. Ahlfeld ha ilustrado mejor que ningun otro este punto. Empleando un colchón perforado y dispuesto en su centro en forma de embudo, ha podido recoger toda la sangre derramada en un número considerable de partos normales y patológicos. Desde la publicación de su trabajo. "Die Blutung bei der Geburt un ihre Folger für die Frau," (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LI. Heft. 2.) el estudio de las hemorragias puerperales tiene una base científica. La pérdida que antes se tenía por normal 450 grs. resulta muy pequeña, según Ahlfeld 800 grs. de sangre se pierden en muchos partos sin que se pueda hablar de una hemorragia patológica; todavía con un derrame de 1.000 grs. no hay síntomas alarmantes en una mujer sana y fuerte. Entre 1.000 y 1.500 grs. aparecen las primeras manifestaciones de la anemia, el pulso se hace pequeño, es blando, depresible y los latidos cardiacos se aceleran.

Cuando la hemorragia pasa de esta cantidad y á medida que aumenta van apareciendo los síntomas objetivos y subjetivos de una gran anemia; con pérdidas de 1.600-1.800 grs. se enfrían las extremidades, la nariz, la frente, aparece el sudor frío, vómitos, bostezos frecuentes, ansiedad respiratoria, sed, síncope, pérdida del conocimiento, el pulso se hace filiforme.

Muchas veces, cuando la mujer no es muy fuerte, basta esta pérdida sanguínea para que sobrevenga la muerte. Otras enfermas de mayor resistencia, pueden sufrir, sin perecer, hemorragias más considerables; hasta de 2.500 grs. Ahlfeld ha visto entre 6.000 partos 14 hemorragias de dos litros y medio y una de 3.000 gramos sin muerte.

Según Bierfreund, que ha estudiado este asunto experimentando en animales, un adulto puede resistir sin morir una hemorragia de 3.000 gramos.

Es observación que ha podido hacer todo cirujano que, las hemorragias del parto se resisten mucho mejor que las que sobrevienen en una intervención quirúrgica; lo cual es debido á que la mujer al fin del embarazo sufre una verdadera plétora sanguínea.

El médico en la práctica, ha de juzgar de la hemorragia, más por los síntomas que aquella ha producido en la mujer que, por la cantidad de sangre derramada, siendo tan difícil determinarla con exactitud y teniendo en cuenta que siempre parece más de lo que es.

La sangre vertida ó viene de la herida fisiológica que la placenta deja en la superficie uterina al desprenderse de ella ó de alguna herida ó desgarradura que accidentalmente se ha producido en un tramo cualquiera del canal genital, durante la expulsión del feto.

Este último origen tiene probablemente, la pérdida sanguínea, si la hemorragia persiste, cuando la matriz se aprecia á través de las paredes abdominales, contraída y dura. Convencidos de que la hemorragia tiene origen en una rasgadura no hay más que buscarla, inspeccionando atentamente la vulva, la vagina y el cuello. Para poner al descubierto la vagina y el cuello uterino se usarán las valvas, dos ó más, estando la mujer sobre una mesa en decubito supino y con las piernas dobladas sobre el vientre. La valva ancha de Bumm presta en estos casos muy buenos ser-

vicios. Descubierta el origen de la hemorragia, se sutura la herida con crín ó con catgut. Si el desgarrado es el cuello, se coje el hocico de tenca al borde de la herida con dos pinzas de ganchos, se atrae hacia abajo y con gran facilidad casi fuera de la vulva se hace la sutura.

Las hemorragias más importantes y de las que principalmente me ocupó aquí son, las de origen placentario.

Su tratamiento, mejor dicho su profilaxis, va unida á la asistencia del alumbramiento. En esto, las ideas modernas difieren algo de las que sustentaban los tocólogos de hace veinte años. Expulsado el feto, muchos médicos todavía, y hace unos años casi todos, intentaban con el masaje uterino provocar contracciones que desprendieran la placenta y sobre todo que produjeran lo que llaman las comadronas alemanas el útero de dureza de piedra (*steinharte uterus*). No es preciso esto, mientras no haya hemorragia no hay para qué intervenir, y además esta dureza de la matriz no es fisiológica, es producto artificial de la irritación provocada con el masaje. La matriz después de la expulsión fetal continúa con sus contracciones rítmicas, cosa que generalmente se olvida y se trata de provocar la contracción permanente.

En una clínica de partos no hay inconveniente en esperar varias horas á que la placenta se desprenda y expulse espontáneamente. En la asistencia á domicilio los inconvenientes de prolongar el parto con esta espera son muchos y tan evidentes que no es necesario decirlos.

La manera de asistir al alumbramiento no es el objeto de este artículo.

Hay hemorragia y la placenta en parte ó toda está retenida. Lo primero que se ha de hacer es extraerla y extraerla por medio de maniobras externas; con la expresión uterina. Para ello se provoca una contracción del útero y cuando este se ha endurecido y se dibuja y limita bien, se abarca su fondo con la palma de la mano, los cuatro dedos extendidos por su cara posterior y el pulgar por la anterior y aprovechando una contracción se empuja en dirección del eje de la pelvis y al mismo tiempo se aprieta la mano: la placenta de todas partes comprimida sale de la matriz, como un hueso de fruta apretado entre los dedos, según una comparación afortunada y por todos repetida.

Las menos de las veces, fracasa esta maniobra (adherencias anormales de la placenta, tumores de la matriz, paredes abdominales muy gruesas... etc.) entonces hay que proceder á la extracción manual.

Para hacer esta intervención se han de extremar las precauciones de la asepsia, ninguna será exagerada en este caso y lo mejor usar guantes de goma esterilizados.

El útero está vacío, y la hemorragia continúa. Inyección de ergotina ó ergotina ó de ernutina: yo uso siempre y la recomiendo porque es preparación muy segura la secacornina, (un gramo corresponde á cuatro de ergotina). Si con esto no se contiene el derrame de sangre, sin perder tiempo se hará una inyección intrauterina de una solución antiséptica muy caliente 48°-50° (permanganato potásico al 1 por mil, ácido fénico al 2 por ciento, yodo 1-2 por mil, agua oxigenada; nunca sublimado: recomiendo especialmente el lisol y mejor todavía el lisoforno).

La inyección intrauterina es una maniobra llena de peligros, sino se hace con una técnica rigurosa y sistemática. He visto algunas veces practicar la inyección intrauterina, estando la mujer acostada en la cama sobre una vacinilla, introducir la sonda y á tientas hacerla llegar á la cavidad del útero: (1) esta maniobra que técnicamente no ofrece ninguna dificultad, dada la dilatación que en tales casos ofrece el cuello, es una gravísima falta de asepsia; el pico de la sonda roza los peios de la vulva y la superficie de los grandes labios, corre luego á lo largo de la vagina cargándose de gérmenes que nunca faltan en esta porción del canal genital y vá á ponerse en contacto con la superficie cruenta de la matriz, donde la falta de muçosa, la mortificación de las capas superficiales, los coágulos sanguíneos acumulados y la suculencia de los tejidos, tienen dispuesto un verdadero caldo de cultivo para la multiplicación y desarrollo de toda clase de bacterias: los vasos abiertos y la disminución de energías del organismo por la pérdida de sangre, facilitan la absorción de gérmenes y toxinas y aumentan el peligro.

La inyección se ha de hacer colocando á la enferma sobre una mesa ó atravesada en la cama, en posición dorsal, con las piernas dobladas sobre el vientre; con las valvas se pone al des-

(1) En el libro de Frabre *Précis d'Obstétrique*, recientemente publicado. se aconseja practicar la irrigación intrauterina, tal como acabo de describirla. Insisto en que es un mal procedimiento.

cubierto el cuello uterino, se coge éste con las pinzas de ganchos que le mantienen abierto y entonces es muy fácil introducir la sonda directamente en la matriz, sin tocar las paredes vaginales y seguros de no arrastrar al útero gérmenes de otras regiones del canal genital.

Generalmente esto basta para que la hemorragia se detenga: sin embargo algunas veces hay que echar mano de otros recursos. Los que se han puesto en práctica por los diferentes autores forman una larga lista que puede verse en el capítulo que á este asunto dedica V. Braun-Ferranwald en la magnífica obra de Winckel.

Tales son: la compresión bimanual de la matriz (Laird, Kaltenbach), el masaje del útero introduciendo una mano en la cavidad y ayudándose con la otra por fuera del vientre; el estiramiento de las arterias uterinas, tirando hacia abajo del cuello cogido con pinzas de ganchos (Arendt); la compresión de las mismas arterias, pellizcando la base de los ligamentos, por donde aquellos vasos corren, con pinzas de Muzeux (Henkel): Fritsch dobla el cuerpo del órgano sobre la sínfisis y en esta posición le mantiene fijo; compresión de la aorta (Ulsandern), etc.

Hay otros muchos, más ó menos prácticos, pero á los cuales sólo excepcionalmente se recurrirá.

Al médico práctico le interesa conocer el taponamiento uterino de Dührsen y el nuevo método de compresión de la aorta ideado por Momburg.

El taponamiento uterino, puesto en práctica primero por Dührsen, tiene sus partidarios y sus enemigos, entre los ginecólogos alemanes. Los últimos, le consideran como incapaz de llenar el objeto que con él se persigue y por un método que expone á la infección. Este segundo cargo es irrefutable, expone á la infección, pero si al practicarle se guardan las reglas de asepsia que nunca deben olvidarse al hacer maniobras intrauterinas, el peligro de infectar á la mujer disminuye mucho.

El éxito depende principalmente de seguir una técnica rigurosa y exacta. Se colocan las valvas vaginales; con pinzas de ganchos, se coge el borde del cuello y con un instrumento largo y de punta roma, con las pinzas de Dührsen ó con la mano se rellena el útero con gasa iodofórmica esterilizada: hay que taponar bien los dos ángulos de las trompas y poner gran cuidado

en que no quede ningún espacio vacío, porque entonces resultaría el taponamiento inútil y hasta perjudicial. Después se rellena también la vagina. Hecho así el taponamiento suele dar buen resultado, la matriz se contrae y cede la hemorragia. A las seis horas se retira la gasa.

La acción del taponamiento se debe á estos tres hechos: primero actúa como cuerpo extraño, despertando las contracciones uterinas; segundo, las boquillas de los vasos quedan rápida y directamente cerradas por la compresión que ejerce la gasa y tercero, la sangre puesta en contacto con la gasa se coagula rápidamente (Burckhard).

Hace año y medio ideó Momburg un procedimiento para cohibir las hemorragias de la mitad inferior del cuerpo. El nuevo descubrimiento se aplicó primero á la cirugía general, pero muy pronto empezó á usarse en ginecología y obstetricia con buen resultado.

Consiste en comprimir la aorta arrollando á la cintura del paciente un tubo de goma.

Un tubo de goma de metro y medio de largo y grueso como el dedo pulgar, se arrolla de dos á cuatro veces colocándolo en el espacio comprendido entre las últimas costillas y las crestas iliacas y se sujetan sus extremos con una pinza fuerte. El latido de la femoral nos servirá de guía para calcular la presión, cuando el pulso en aquella arteria deje de sentirse, la presión es suficiente. El tiempo que se puede dejar el tubo de goma varía entre 2 y 60 minutos; se han publicado algunos casos de dos horas sin que ocurrieran complicaciones.

En la Charité de Berlín, murieron dos mujeres á la hora y tres cuartos una, y la otra á las dos horas y cuarto de haberlas aplicado la ligadura de Momburg y en la autopsia no se encontraron alteraciones, ni señal ninguna en las vísceras del vientre que se pudieran atribuir á la compresión por la goma. La muerte fué causada por otra enfermedad que la que motivó la ligadura.

Finalmente se han recomendado en casos extremos dos intervenciones que no haré más que mencionar, porque son impracticables fuera de una clínica. La extirpación vaginal de la matriz (Schmit, Kamregresser, Koffer) y la extirpación abdominal con pedículo extraperitoneal (R. v. Braun).

En resolución, la conducta del médico delante de una hemorragia uterina del alumbramiento, descontando las que tienen su origen en una rasgadura, puede concretarse en los siguientes preceptos:

1.º Vaciar el útero. Siempre con maniobras externas (expresión). Sólo en último término introduciendo la mano en la matriz.

2.º Vaciado el útero se puede administrar un preparado de cornezuelo (secacornina). Masaje.

3.º Inyección de un litro de una solución antiséptica muy caliente á 48º ó 50º (lisoformo, iodo).

4.º Taponamiento (Dührsen).

5.º Ligadura de Momburg.

---

### III. Original

## Tratamiento de los angiomas por el ác. carbónico

*Por Agustín Camisón*

El ideal en el tratamiento de los angiomas estará en poseer aquellos procedimientos ó medios que curen con el minimum de deformidad.

Es este, en verdad, un punto de capital importancia si se tiene en cuenta que la inmensa mayoría de los angiomas tiene su asiento en aquellos sitios que permanecen al descubierto, como la cara y cuello. En estos casos no sólo debe buscarse el fin terapéutico, lo que, después de todo, se logra la mayoría de veces con procedimientos más ó menos cruentos y deformantes, sino el resultado estético de la intervención. Y buena prueba de ello es la frecuencia con que en la práctica acuden los enfermos al cirujano para que les *quite aquello* que les deforma, á condición de que resulte apenas visible la señal del tumor extirpado: y algunos de estos enfermos, más bien se dirigen con esta finalidad que en previsión de complicaciones ó accidentes que pudieran surgir, con el transcurso del tiempo, en el tumor de que son portadores.

Por esto, repito, que será el ideal encontrar un procedimiento que resultando curativo no deje huellas de su acción. Muchos son los que hasta ahora se han empleado; con resultados buenos en algunos casos; en la mayoría sin mejoría apreciable. No quiero en este artículo hacer la reseña de todos porque no es ese mi objeto; sólo me limito á presentar un caso de angioma del labio inferior tratado por el ác. carbónico solidificado y á describir la técnica del procedimiento.

En un artículo publicado en enero de 1909 en el *Zentralblatt für Gynäkologie*, se ocupa Sauerbrug de este tratamiento. Cuenta este cirujano alemán que en un viaje científico por los Estados Unidos tuvo ocasión de ver emplear en Chicago, al profesor Oxner, este tratamiento con resultados tan brillantes que

le invitaron á usarle en su clínica alemana, donde confirma los éxitos anteriores y recomienda su empleo con verdadero interés.

La técnica del procedimiento es por demás sencilla: el ác. carbónico líquido, está contenido en un recipiente cilíndrico de hierro, de un metro de longitud y un decímetro de diámetro aproximadamente; la parte más estrecha del tubo, el cuello, lleva una pequeña prolongación lateral con un orificio por donde escapa el ác. carbónico, y al cual se atornilla una tuerca que sirve de tapón; hay además una llave que obtura la luz del orificio y es la que sirve de regulador para dejar salir mayor ó menor cantidad de líquido.

Para obtener la nieve, es de precisión que la botella se coloque con la boca hacia abajo: en esta disposición se hace un pequeño manguito, de gasa ó una tela fina y cerrado por una extremidad adaptándole por la otra á la prolongación del tubo por donde ha de salir el líquido, amarrándole previamente para que la fuerza expansiva del ác. carbónico no le expulse; entonces se dan unas vueltas de llave para que el líquido salga en gran cantidad y se evapore rápidamente y pronto se verá el manguito repleto de nieve, que resulta de forma cilíndrica lo cual favorece su manejo y aplicación. Se cierra la llave, se retira el manguito y se procede á su empleo.

Antes de usar nosotros el procedimiento, leímos en un periódico profesional español, las dificultades con que se tropezaba para obtener la nieve: esto decidió al Dr. Quintana á dirigirse directamente á Sauerbrug, (á quien desde aquí hacemos pública nuestra gratitud), el cual atentamente manifestó que nos atuviéramos en todo á su artículo, teniendo la precaución de colocar el garrafón invertido. Seguimos sus instrucciones y obtuvimos nieve desde el primer ensayo.

La que se obtiene con el ác. carbónico posee una temperatura de menos 79°. Para aplicarla sobre el tumor, se cubre este antes con una gasa. Al coger la nieve, es preciso proteger la mano con guantes ó simplemente enrollar al cilindro obtenido una compresa; entonces se aplica sobre el tumor evitando el contacto con la piel sana y haciendo una ligera presión. Se sostiene la acción de 10 á 40 segundos según el tamaño del tumor.

Se produce una escara superficial que ayuda á la curación y por la que no hay que suspender las aplicaciones; en cambio si

aquella es profunda estas deben suspenderse; además se retrasa la curación.

Los efectos de la nieve sobre el tumor son bien conocidos; vaso-constricción y anemia circunscritas que conducen á la desaparición del angioma.

Como el objeto principal de este tratamiento es el estético, se recomienda especialmente en los angiomas de los labios y cara. Sauerbrug cree preferible este tratamiento á las inyecciones esclerógenas, ignipuntura etc. y él le emplea también en los epitelomas de la cara porque en ellos la epitelialización es más rápida que con los rayos X.

Nosotros hemos tenido ocasión de emplearle en una niña de un año que presentaba un hemangioma, del tamaño de un garbanzo, en el labio inferior y á la que habíamos tratado con inyecciones esclerógenas sin resultado apreciable

Con el procedimiento en cuestión sólo bastaron cuatro sesiones para obtener una considerable disminución en el tamaño del angioma y un cambio de coloración; de rojo intenso que era á un rojo muy ténue.

Las aplicaciones fueron hechas con intervalos de ocho días. En la segunda se presentó la escara superficial que se desprendió á los cuatro días y originó una pequeña hemorragia que se cohibió al momento con la compresión. Al mismo tiempo el labio todo estaba hiperemiado y ligeramente abultado. Hoy no presenta modificación ninguna, ni en la coloración ni en el volumen: el angioma ha desaparecido.

Este caso que aún cuando por ser único nada afirma, nos invita á seguir usando el procedimiento, con predilección á los demás, en los enfermos que en adelante tengamos que tratar. Es otro caso de curación por el ác. carbónico.

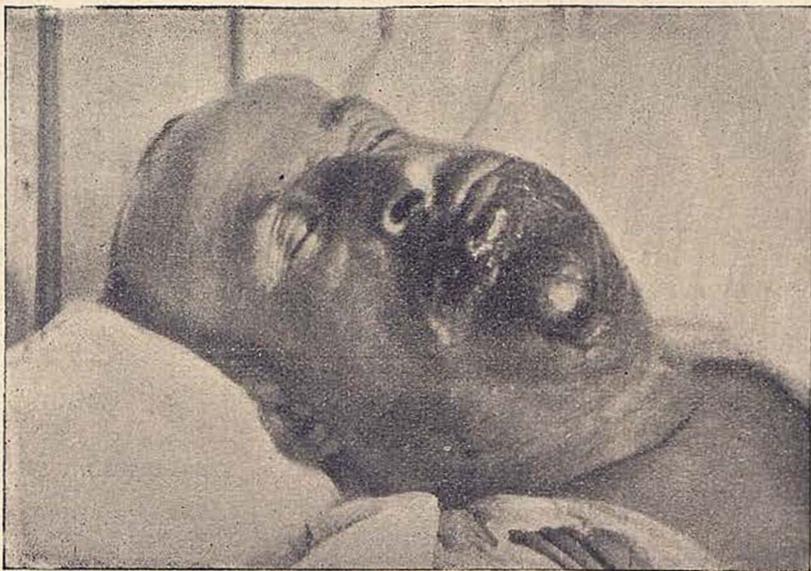
---

# EL AVISPERO DEL LABIO

## IV.—Original

Por V. Juaristi Ex-interno del Sanatorio

Digo *avispero*, por no caer en la impropiedad de llamarle *antrax*. Aquél es producido por *estafilococos*; este (pústula maligna) es causado por el *bacillus-antracis*. El primero solo es *grave* cuando recae en el labio superior ó en cualquier región de un diabético depauperado; el segundo es grave caiga donde caiga. Los dos tienen una forma parecida los primeros días; sin embargo, en el avispero no hay una zona central de mortificación, negruzga, como en la pústula maligna, ni el collarcito de



(Fig. 1.)

vexículas es tan característico, sino que en su lugar hay una siembra irregular de puntitos purulentos, sobre un fondo edematoso, mucho más pronunciado en el carbunco.

Así como la pústula maligna es conocida, temida y atacada enérgicamente por todos, el avispero es menospreciado por los demás, que ignoran que el que lo lleva en el labio está, con frecuencia, condenado á muerte. Ya de esto nos habló Quintana en

el primer número de esta REVISTA y, por la circunstancia de haber asistido y fotografiado á varios de estos casos, quiero volver á ocuparme del asunto.

Mirad el retrato (fig. 1.<sup>a</sup>) de un hombre que en plena salud fué atacado por el *carbunclo*; la etiología estaba puesta fuera de duda, porque los días precedentes desolló carneros, en uno de los cuales se pudo demostrar el mal. Apareció la pústula y, con inaudita rapidez, el edema, que alcanzó en pocas horas las aterradoras proporciones que aquí veis. A los tres días sucumbió á pesar de toda terapéutica.

El dibujo adjunto (calcado de una fotografía defectuosa) (fig. 2.<sup>a</sup>) representa un niño de acomodada familia, que presentaba *fiebre alta, disnea y un divieso en el labio*.

El médico de cabecera creyó en una pneumonía, tomando el aviso pero por un *herpes-labial*, tan común en aquella infección; al quinto día fuí llamado en consulta. Cierto que había dolor de costado y disnea; cierto que con el esputo y la saliva salían manchas de sangre, pero las pretendidas vejiguitas del herpes eran los cráteres del avis-



(Fig. 2.<sup>a</sup>)

pero que ya había ganado mucho terreno, como pude comprobar *examinando la mucosa del carrillo*. El pobre niño temblaba bajo la terrible infección generalizada; la septicemia era ya patente y pronto se llevó al enfermito en medio de un cuadro angustioso.

Al lado de este caso, que apenas duró una semana, os presento el siguiente de forma muy distinta.

El padre de este niño me llamó para que viera un grano que tres días antes había salido en el labio á su hijo. Con gran asombro suyo, tuve que hacer un pronóstico muy grave, ante aquel labio hinchado, duro, sembrado de puntitos blancos, ante aquella fiebre alta. Venciendo no poca resistencia de los padres, tracé con el termocauterio una barrera para limitar el mal, cosa que conseguí, al parecer, pues se eliminó todo lo dañado y sobrevino una granulación sana que reparó pronto aquella pérdida. *Pero...* todas las tardes había un pequeño escalofrío y subía la temperatura; el sueño era inquieto, escaso; el pulso, rápido. El décimo

día, había un absceso en la *región infrahioidea*, sobre la vena facial; lo vacié, pero en días sucesivos se presentaron varios, en forma de rosario, sobre la vena yugular anterior; todos curaron y sobrevino una tregua. *Pero...* á la tercera semana había edema palpebral y quimosis, cada vez mayores; luego, *exoftalmia* y vivos dolores. Un tizeretazo dado en el ángulo externo del saco conjuntival dió salida á gran cantidad de pus; puse el drenaje en la heridita, que aun se vé en el retrato. Sobrevino entonces nueva tregua, *pero...* una mañana me llamaron porque el niño tenía convulsiones. Se moría, por una supuración del seno cavernoso; propuse la trepanación, sin calor, fué desechada y el niño terminó su dolorosa historia al mes de haber contraído el mal.



(Fig. 3.ª)

No estoy satisfecho de las explicaciones que se dan para justificar la mortalidad del avispero del labio superior; el inferior está en parecidas condiciones anatómicas, y es mucho menos grave; muchos mueren de *septicemia*, rápidamente, sin que haya que traer á cuenta la vía venosa que va del labio á

los senos; además, los anatómicos aseguran que el sistema valvular de la *oftálmica* no permite el reflujo de una gota de sangre desde la cara al seno cavernoso; sin embargo, en este mi segundo caso y en otros muchos, se puede seguir esta marcha ascendente de la infección *á contra-corriente* milímetro á milímetro.

No es también cosa singular que las lesiones *no estafilocócicas* del labio superior, curen sin accidente? Veo, por docenas, obreros que vienen con los labios destrozados y sucios por barrenos, caídas, etc., etc.; estas heridas, imposibles de limpiar bien, curan maravillosamente; la misma *erisipela* del labio y de la nariz, tan frecuente, apenas reviste gravedad.

En cuanto á la terapéutica, nada conozco que valga lo que el hierro candente, y aun éste no impide la pérdida de más de la mitad de los casos. Esperemos á que los sueros den algo de lo mucho que prometieron.

## E 1 6 0 6

Después del congreso de naturalistas y médicos alemanes celebrado en Königsberg, que hace el número 82 de tales asambleas, han cedido en su campaña los que venían haciéndola contra el nuevo producto, unas veces con descaro y otras insidiosamente. Un patriotismo mal entendido ó un estímulo bastardo han llevado á los escritos de médicos, por otra parte beneméritos de la ciencia, un lenguaje y una ligereza de juicio impropios de ellos mismos (Doyen Hallopeau entre otros). No es más disculpable la conducta de muchos otros autores que sin conocer los fundamentos científicos de la nueva terapéutica, sin tener noticia de los trabajos hechos por Ehrlich y sus colaboradores en el laboratorio levantado por Francisca Speyer, sin conocer las observaciones y los resultados clínicos publicados desde hace cerca de un año por los más eminentes sifiliógrafos alemanes; se han permitido en sus escritos insinuaciones y dudas y han hablado de no se qué prudencias y suspensiones de juicio, como si el descubrimiento se acabara de hacer cuando lo divulgaron los periódicos políticos, que fué en agosto de este verano; siendo cierto que para entonces contaba el 606 con abundante literatura científica, relatando miles de casos afortunados y amparada con los nombres de Alt. Schreiber, Iversen, Herxheimer, Neisser y muchos más.

A mediados del pasado mes de octubre se ha publicado el libro que con impaciencia esperaban los médicos de todo el mundo. Está escrito por el eminente profesor Paul Ehrlich y por su ayudante Hata; Henry J. Nichols (New York), Julius Iversen (St. Petesburg) y los Drs. Bitter y Dreyer (Kairo) publican en la misma obra capítulos sobre el «espirocete pertenuis», «la fiebre recurrente» y «la fiebre de recaídas» respectivamente.

El epílogo que á la obra pone Ehrlich, es la última palabra sobre el 606, la última en su doble acepción, porque ninguna puede ser más autorizada y porque nada se ha publicado sobre este asunto después de las que dedica su mismo autor, al maravilloso descubrimiento.

Por esto, me parece que lo mejor y que más han de agradecerme los lectores, será traer á nuestro *Boletín* las mismas palabras de Ehrlich.

La especificidad del medicamento, su acción terapéutica, la manera de comportarse el Wassermann después de su administración, las indicaciones, los diferentes métodos de administrarle, las dosis, las complicaciones que puede producir y las contraindicaciones de su empleo, todo está expuesto con admirable sencillez y claridad y con autoridad no superada en la obra de Ehrlich.—«Hata: Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen.—Berlín. 1910.»

Resumiendo todo lo dicho en las anteriores páginas, escribe Ehrlich al empezar el último capítulo de este libro, podemos afirmar como el hecho más importante que se desprende de las observaciones expuestas que, es ya indudable, se ha encontrado el modo de actuar específicamente por méto-

dos químico-terapéuticos contra las enfermedades protozoarias, en especial contra las erpílozas y de ellas particularmente contra la sífilis.

Demostrado está que el 606 es un remedio específico contra la infección sífilítica. Neisser dice: «De la extraordinaria influencia que el arsenobenzol ejerce contra la sífilis, no se puede dudar. Esta influencia sobrepasa con mucho la que ejercen el mercurio y el yoduro que hasta ahora era la más grande que conocíamos.»

Un criterio cierto, para juzgar de la acción específica del preparado, le tenemos en la manera de conducirse con él los espirocetes. Los primeros trabajos en este sentido, fueron emprendidos por Ascoli y Pasini en 1909. De ellos resultó que con dosis muy pequeñas 0,026-0,05 gramos, desaparecían temporalmente los espirocetes. Con dosis mayores, ya cercanas á la dosis terapéutica, se demostró una acción más enérgica del medicamento. Vuelvo á citar palabras de Neisser: «Me preguntan ustedes (estas líneas son de una carta del eminente especialista á una revista berlinese, de cuya carta en otro número de este *BOLETÍN* se ha dado noticia) cómo hemos de interpretar la acción del medicamento, me parece, como otras veces ya he dicho, que no es posible poner en duda que se trata de una acción directa del mismo sobre el espirocete, por una parte impidiendo su desarrollo y por otra destruyéndole.»

Además, parece que desarrolla un especial poder de reabsorción para los tejidos patológicos.

La acción directa sobre los espirocetes está demostrada por numerosas observaciones, que han evidenciado la desaparición de aquellos después del tratamiento en chancros y otras lesiones, en que antes de administrar el 606 existían en abundancia: lo cual experimentando en el conejo se puede demostrar matemáticamente. Por otra parte se ve que su destrucción es paralela con el aumento de la dosis. Naturalmente el método de administración juega un importantísimo papel: la acción es más rápida con la inyección intravenosa que con la intramuscular, y como últimamente se ha visto la primitiva inyección alcalina actúa con más rapidez que la neutra, ahora usada. Tampoco la acción sobre los síntomas característicos de la sífilis, parece que con la solución neutra es tan rápida como resultaba con la técnica primitiva.»

En favor de la acción específica del arsenobenzol habla también la desaparición de la reacción de Wassermann. Aquí los resultados son dependientes:

- 1.º De la dosis y de la manera de administrar el remedio.
- 2.º De la clase de afección, y del número de espirocetes.
- 3.º Del mayor ó menor tiempo de observación.
- 4.º Quizá también de la resistencia natural de los microorganismos.

Por lo que hace á la desaparición del Wassermann, debemos tener por cierto, que, con dosis suficientes, puede desaparecer más ó menos rápidamente; por regla general en 40-60 días.

Debido al poco tiempo que lleva el 606 empleándose, y teniendo en cuenta que los primeros casos tratados sufrieron inyecciones con dosis positivamente pequeñas, nada podemos decir sobre los resultados definitivos del

tratamiento; este problema le resolverá el tiempo. Sin embargo debo hacer constar que después de las experiencias fundamentales de Alt, con el arsenofenilglicin (el producto anterior al arsenobenzol) en tabéticos y paralíticos en el 16 % de los casos desapareció el Wassermann y se han mantenido hasta ahora sin reproducción ninguna. Aquí el tiempo transcurrido es bastante para permitirnos fundadamente esperar que también para la sífilis temprana, hemos conseguido echar el fundamento de la «terapia magna sterilisans».

Otra razón que apoya el concepto de la especificidad del remedio es el fenómeno demostrado, de que por su administración queda libre un cuerpo, que se ha señalado como un anticuerpo. A Taege y Duhot corresponde el mérito de ser los primeros, en haber demostrado que las manifestaciones específicas de un niño con sífilis hereditaria se modifican favorablemente tratando á la nodriza con el 606. Idénticos resultados han obtenido Dobrovits y Raubischek, este último en 22 casos. Como la leche, según dichos autores no contiene restos de arsénico ó al menos en cantidad suficiente para que pueda ejercer efectos terapéuticos, hay que aceptar que la acción curativa se debe á la existencia de una antitoxina. Se trata por lo tanto de una inmunidad adquirida por la lactancia, cuya teoría hace ya tiempo he desenvuelto yo, para dos productos tóxicos vegetales, el ricin y la abrina.

Nuevos hechos han venido á corroborar aquella opinión; por carta me han comunicado al mismo tiempo, de diferentes sitios (Plaut-Hamburgo, Marinescu-Bukarest, Marowsky-Colonia, Seholz-Königsberg) que las inyecciones con el suero sanguíneo, de individuos recientemente tratados con el 606, ejercen indudable influencia sobre las afecciones sifilíticas, lo mismo en niños, que en adultos.

Para mi otro fenómeno que demuestra la especificidad del preparado es que, en ciertos procesos patológicos hace desaparecer el dolor, el Dr. E. W. Frank, refiere un caso de goma de las amígdalas, el cual fué inyectado y á las cinco horas pudo tragar sin molestia el enfermo un grueso trozo de pan. Casos parecidos han sido referidos por Wehrter, Lesser, Hanck y otros. Igualmente dolores de los huesos han desaparecido en pocas horas y también, según Wechsellmann, algunos enfermos que experimentaban la sensación de estar muy graves han mejorado rápidamente, como por crisis. Si recordamos que las modificaciones histológicas no pueden tener lugar en el breve espacio de 3 horas, no hay manera de explicar esta acción rápida, sino es admitiendo que los productos irritantes que proceden de las espirocetes, poseen afinidad por el arsenobenzol y se destruyen uniéndose á él. Es decir actuaría el preparado, á la manera de una antitoxina sifilítica.

Con esto está en aparente contradicción el hecho varias veces observado, que después de la inyección, aparecen manifestaciones de una reacción local (reacción de Herxheimer). Los autores italianos son los que primero han hecho esta observación, porque generalmente han empleado dosis muy pequeñas, 0,025-0,05. Estas dosis son demasiado reducidas para producir rápidamente la muerte de las espirocetes, los cuales según una ley biológica (las pequeñas cantidades de veneno estimulan, las grandes matan á los microorganismos) con estas pequeñas dosis, deben dar lugar á una mayor pro-

ducción de sustancias tóxicas. Por lo tanto, la presencia de la reacción de (Hexheimer, se ha de considerar como la manifestación de que la dosis administrada es pequeña ó de que el poder de absorción está disminuido.

Por el contrario, ño puedo tener como específica la acción curativa tan rápida, sobre graves procesos ulcerosos de la sífilis maligna observada por muchos autores y que Kromayer condensa en estas dos conclusiones:

- 1.<sup>a</sup> El preparado provoca en los tejidos patológicos (el sefiloma), un reabsorción rápida
- 2.<sup>a</sup> Estimula la proliferación epitelial y la rápida epidermización de las úlceras.

Los buenos resultados terapéuticos en todos los grados de la infección sífilítica se han podido comprobar: aquí no enumeraré más que aquellos casos en los cuales el efecto del arsenobenzol se ha puesto en parangón con el mercurio y le ha superado en mucho: Tales son:

- 1.º Casos de sífilis ulcerosa de forma grave.
- 2.º Sífilis maligna.
- 3.º Psoriasis palmaris, con sífilides micropapulosa.
- 4.º Casos que no han sufrido alteración con el tratamiento mercurial. A estas corresponden:

- a) Los que son refractarios al mercurio.
- b) Los que después de un tratamiento mercurial recidivan rápidamente.
- c) Los que tratados por el mercurio recidivan siempre.
- d) Los que muestran una idiosincrasia contra el mercurio.

Para todos estos casos la indicación del nuevo preparado es absoluta.

En la administración terapéutica del preparado, hay que hacer notar que las soluciones alcalinas en inyecciones intramusculares ó subcutáneas, son las que más rapidamente se reabsorben, pero muchas veces provocan fuertes dolores en el punto de la inyección; por lo cual su empleo en enfermos con el sistema nervioso debilitado, con afecciones cardiacas, alcohólicos ó neurasténicos, debe en lo posible evitarse.

El único caso (caso de Spiethoff) de defunción ocurrido en una enferma que no presentaba ninguna complicación, debe atribuirse á un fenómeno de schok por dolor. La modificación introducida por Vechselmann y Michaëlis (suspensión neutra) es menos dolorosa, pero actúa más lentamente porque se reabsorbe despacio. Una buena modificación es la introducida por Volk y Kromayer que preparan una emulsión de grasa con el arsenobenzol. La inyección intravenosa es la que actúa más rápidamente, se puede administrar por esta via una dosis de 0'4-0'5 en individuos sanos.

De los experimentos que Hata ha llevado á cabo en animales, se deduce que el preparado administrado en inyección intravenosa se elimina rápidamente, mientras que el depositado debajo de la piel ó en el espesor del músculo, permanece más tiempo en el organismo, sirve como depósito y la acción terapéutica se ejerce durante más tiempo. Nuevas experiencias y observaciones dirán cuál de los métodos de administración es el preferible; por ahora parece que la inyección intramuscular es la que ejerce una acción más duradera é intensa. Es muy digno de tenerse en cuenta el proceder de

Iversen, el cual administra primero una inyección intravenosa y 48 horas después una intramuscular. La misma idea me han comunicado por carta Alt, Schreiber, Neisser y Kromayer.

Naturalmente, procediendo así se une á una acción rápida que mata la mayor parte de los espirocetes, una acción sostenida que extermina los que pudieron escapar del primer ataque.

Veamos ahora, que hay, sobre las complicaciones que pueden presentarse en la administración del arsenobenzol, asunto en que muchos autores han exagerado mucho y han hablado de ligero.

El peligro que parecía se debía temer más del 606 era el de las lesiones oculares. Sabido es que el atoxil y el arsacetin, á las dosis elevadas en que se emplearon al principio, produjeron acciones secundarias de todas clases y principalmente de los ojos; del 1 al 2% de los casos tratados padecieron de amaurosis. Es decir que de 3.000-4.000 enfermos tratados han quedado ciegos 30-40.

En los periódicos políticos se ha publicado la noticia de haber quedado ciegos dos enfermos tratados con el 606; puedo afirmar que afortunadamente, esto no ha pasado de un rumor sin fundamento. A pesar de todo el cuidado puesto para encontrar uno de estos casos no lo he conseguido. El profesor Wagenmann en el congreso de oftalmología de Königsber ha afirmado también que no se conoce un sólo caso de ceguera después de la administración del 606. Por el contrario, en varios casos de afecciones oculares (iritis gomosa y neuritis óptica) la administración del preparado ha dado lugar á una rapidísima curación.

Tampoco se han registrado alteraciones del riñón ni de otros órganos. Albuminurias pasajeras se han presentado en algunos casos, pero rápidamente han desaparecido. La mejor prueba de que no sufre el riñón con el medicamento, es que su administración influye favorablemente en la nefritis sífilítica.

En diferentes periódicos se han publicado ultimamente, casos de muerte por la administración del 606. En conjunto se trata de cuatro casos, que padecían graves lesiones degenerativas del sistema nervioso y ciertamente eran casos perdidos.

1.º Un caso con tabes muy grave (Berlín) con fractura de la pelvis, cistitis granulosa, con fiebre y en estado muy avanzado de decrepitud.

2.º Un idiota (Halle) cuyo diagnóstico anatómico es el siguiente: encefalomalacia, reblandecimiento muy extenso de la corteza de los lóbulos temporal y parietal izquierdos.

3.º Un caso (Bonna) cuya historia me anunciaron por telégrafo y es como sigue: mujer 33 años, hasta 1906 sana. Entonces sífilítica, se la han hecho numerosas inyecciones, los síntomas han ido en aumento. En Bonna: pupila contraída, falta reflejo rötula, parexia ambas piernas, atrofia muscular. En los brazos ligeras contracturas, parálisis músculos oculares, temblor de los labios, taquicardia, psíquico nada. Wassermann en la sangre y líquido cefalorraquídeo positivo: linfocitosis mediana, dolores nocturnos de cabeza, dolores en las piernas, dificultad para tragar, respiración acelerada. Se trataba

por lo tanto de un caso grave de tabes, con lesiones de la médula oblongada.

4.º Un caso (Kopenhague) de un hombre de 40 años, paralítico. El enfermo recibió, después de haber sufrido un ataque de apoplejía (julio) una inyección de 0,5 gramos. A los cinco días muerte por parálisis cardíaca. La autopsia demostró que padecía de degeneración grasosa del riñón, corazón é higado.

No hay que extrañar que tales enfermos que tenían un pie en la sepultura, no hayan podido resistir el tratamiento: probablemente les hubiera ocurrido lo mismo con otro medicamento que no fuera el 606

Hay que tener en cuenta para explicarse estos hechos que, la administración del medicamento puede provocar en los tejidos sífilíticos procesos de reacción inflamatoria. Esta reacción en las manifestaciones cutáneas se conoce con el nombre de «reacción de Herxheimer» pero como aquí el lugar de la reacción es de una importancia fisiológica muy secundaria, las consecuencias no tienen resonancia. De muy distinta manera pasan las cosas cuando la reacción se verifica en regiones elevadas del sistema nervioso, si estas son esenciales para la vida, naturalmente la alteración trae la muerte, sin dar tiempo al retroceso de las manifestaciones locales.

Parece también que en la parálisis y lesiones profundas del sistema nervioso, la administración del medicamento provoca alteraciones graves del músculo cardíaco.

Por esto en los paralíticos es peligroso el empleo del 606 y creo que en tales casos se debe renunciar á su empleo.

En esta contraindicación no se diferencia el nuevo preparado del mercurio y el yoduro. Sabido es que la administración de estos ofrece serios peligros en los paralíticos. En esta cuestión me limito á lo afirmado por Emery y Ghatin «Le mercure peut être nuisible dans la paralysie générale» y añaden que la administración del mercurio en los paralíticos «parfois une mort rapide» puede ocasionar.

En resolución, puedo afirmar, que entre los 10.000 casos tratados por el nuevo procedimiento de que yo tengo noticia, sólo hay uno cuya muerte no se debe á las lesiones de la misma infección sífilítica. Es el caso de Jena á que ya he hecho referencia.

Ya he dicho también que con los progresos hechos en la administración del preparado, creo que se podrán evitar casos como el mencionado.

Afirmo, en fin, que la administración del 606 no ofrece ningun peligro, siempre que se haga en casos en que no esté contraindicado y con todo el rigor de asepsia y antisepsia.

Deben quedar excluidos del tratamiento los enfermos con degeneraciones extensas del sistema nervioso central, los paralíticos, los que tienen afecciones cardíacas, especialmente angina de pecho y los que padecen aneurismas, sobre todo de los vasos cerebrales.

Tampoco se deben tratar las que tengan degeneraciones definitivas del nervio óptico, pero sí los que padecen afecciones sífilíticas de los ojos.

Las afecciones viscerales, especialmente las de origen sífilítico de ninguna manera contraindican la administración del 606; por el contrario se

han publicado muchos casos de afecciones sífilíticas del hígado y sobre todo del riñón seguidas de muy buenos resultados; lo mismo se puede decir de las afecciones laríngeas, que se modifican muy favorablemente con el nuevo medicamento.

Otra cuestión interesante es el empleo del arsenobenzol en enfermos caquéticos. Creo que cuando la caquexia es manifestación de la infección sífilítica, la inyección está especialmente indicada, puesto que el efecto del remedio tanto más rápido y beneficioso es, cuanto más grave y maligna la enfermedad. Tampoco la caquexia tuberculosa, al menos sino está muy avanzada, contraindica el tratamiento.

En fin la copiosa literatura que hay ya sobre el 606 (el autor la trae al fin de su libro y comprende más de 120 publicaciones) espesa la opinión unánime de los autores que: la introducción del arsenobenzol constituye un importantísimo progreso en el tratamiento de la sífilis, *un progreso que se debe no á la casualidad, sino á una investigación experimental sistemáticamente seguida.*

Punto esencial es el que se refiere á la fijación de la dosis. Esto es cosa que el tiempo y observaciones más numerosas y hechas con toda escrupulosidad irán determinando. No es posible cuando se empieza á usar un preparado nuevo, acertar desde el principio con la dosis exacta.

En esto hay que proceder por tanteos y siempre con mucha prudencia. Las dosis de 0'3 que al principio aconsejaba yo como máxima, se ha visto que resultan insuficientes, presentándose con ellas algunas recidivas.

Otro término del problema relacionado con la dosis que no hay que olvidar, es la gravedad de la infección en cada caso particular: así Kromayer que no ha tratado más que casos graves, que se habían resistido al mercurio, ha tenido entre 22 enfermos 3 recidivas, lo que dá un 14%. En otras series de enfermos en que los casos no eran en general tan rebeldes, los resultados son distintos. Glück en 110 casos ha tenido 2 fracasos y ninguna recidiva; Neisser el 5.º: Pick en 120 enfermos 2 recidivas y Schreiber entre 250-13. Creo que las estadísticas mejorarán cuando las dosis se fijen con más exactitud.

Según las noticias que me han comunicado, la dosis se puede elevar bastante; pero no aconsejo hacerlo más que en enfermos fuertes, que fuera de la sífilis no tengan lesionado ningún órgano. Por algunos autores se ha llegado á la dosis de 1 gramo y en ocasiones hasta 1,5 sin producir trastornos. Por otra parte parece que se puede repetir la inyección con intervalos relativamente cortos y aumentar de este modo sus efectos. Hasta que este problema de la dosis no quede definitivamente resuelto, será prematuro cuanto se diga sobre la curación definitiva y las recidivas.—J. HERRERA.

## REVISTAS

*Curación de una angio-colitis supurada en múltiples focos por el drenaje de la vesícula; consideraciones sobre el drenaje de las vías biliares.*

A un hombre de 61 años, F, le practicó la talla vesicular por presentar todos los síntomas de una colecistitis calculosa agua y sacando un cálculo del tamaño de una avellana terminando con la colecistostomía. Quince días después y estando cerrada la fístula el enfermo se vió acometido de un acceso violento de fiebre que no cesó más que cuando se abrió espontáneamente la fístula. Esta se obliteró poco tiempo después pero la fiebre apareció enseguida y entonces F, abrió ampliamente el vientre y no encontró nada anormal en la vesícula pero en la superficie del hígado apercibió la existencia de unos nódulos como del tamaño de un garbanzo que contenían pus los cuales fueron tocados con el terno-cauterio abocando la vesícula de nuevo á la piel. El enfermo curó pero hubo de tener durante muchos años el drenaje constante de la vesícula por que la supresión de aquella iba invariablemente acompañada de un acceso de fiebre; y es lo interesante de la observación de F, la aparición de esta angiocolitis miliar supurada, que el drenaje de la vejiga es bastante para curar.

Por lo que se refiere á este drenaje F propone la modificación siguiente: después de haber introducido un drenaje en la vejiga, se incide el canal cístico en la pared inferior; se atrae el drenaje á este nivel, y se le hace penetrar en el canal hepato-colédoco; ulteriormente el cístico se reconstituye y así se encuentra establecido un drenaje directo por la vía vesicular.

Franke-Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.—*Journal de Chirurgie.*

*La hemorragia intestinal en la apendicitis.*—Son conocidas estas hemorragias aunque raras; su causa ordinaria es la trombosis, algunas veces provienen de que la supuración ha producido erosiones vasculares. Existe también una hemorragia que se produce en el ciego y que se traduce por una cámara sangrienta muy abundante poco tiempo después de la operación. Pueden aparecer hemorragias como única manifestación de la apendicitis dando lugar así á errores de diagnóstico. R en 1.600 casos ha encontrado la hemorragia dos veces y estas produjeron la muerte.

En el primer caso un hombre de 42 años, después de 28 días de una supuesta litiasis biliar tuvo una cámara hemorrágica acompañada de vivos dolores y de vómitos y los mismos fenómenos persistieron durante tres días con temperatura elevada: se siente una tumefacción fluctuante en el flanco derecho gruesa como una cabeza de un niño de implantación retro-cecal. Se logró detener las hemorragias, y en la operación hecha un mes más tarde, se demostró la existencia de un absceso del tamaño de una nuez con trombosis de las venas del meso-ciego; la arteria ileo-cólica fué desgarrada y ligada presentándose ocho días después la gangrena de el ciego hasta en una extensión de 20 centímetros. Un mes más tarde no quedaba más que una fístula estercoral que necesitó dos meses más para cerrarse del todo.

El segundo caso se refiere á una enferma de 27 años, en la que se había diagnosticado una apendicitis; presentaba un tumor en la región lumbar derecha, que fué tomada por una pielonefritis por que había pus en la orina; tres semanas más tarde se produjo una hemorragia por el ano seguida de otra que determinó el verdadero colapso. Durante muchos días, la temperatura fué alta con defensa de la pared abdominal y vómitos: la orina se hizo clara y ya no se notó más el tumor. Después la temperatura desciende, los síntomas de apendicitis localizada son más netos, y la apendicectomía hecha un mes más tarde demuestra efectivamente la inflamación crónica.

La gran dificultad consiste en distinguir las hemorragias de la apendicitis de aquellas otras producidas por la fiebre tifoidea lo que se conseguirá por el exámen del suero sanguíneo y la numeración de los leucocitos.

Riese-Mediz. Klinik.—*Journal de Chirurgie*.

*Cánceres del maxilar superior curados por operación*—Sabido es el hecho de la gravedad de estos cánceres, y de la frecuencia con que los titulados éxitos recidivan al cabo de más ó menos tiempo. K de 48 resecciones ha obtenido 8 curaciones que representan una proporción muy halagüeña lo que atribuye K, á la extensión de las estirpaciones que practica pues traspasa con mucho todos los límites de la enfermedad resecaando en caso preciso, las paredes craneanas y dejando al descubierto la dura-madre.

König.—Zentralblatt für Chirurgie.—*Journal de Chirurgie*.

*Actinomicosis de las glándulas salivares.*—H cree que su comunicación de actinomicosis de las glándulas sub-maxilares, es la primera. La glándula aumentada de volumen é indurada, producía trastornos en la deglución y en la mastificación contenía en su interior un absceso actino-micósico del tamaño de una avellana. La porción del canal de Warthon contenía un cálculo salivar.

Hosemann Zentral blatt für Chirurgie.—*Journal de Chirurgie*.

*Sobre la operación de Foerster (resección de las raíces posteriores de la médula) en la parálisis espasmódica.*—Los trastornos que se observan en la parálisis espasmódica: exageración de los reflejos tendinosos cutáneos, estado espasmódico de los músculos, contracturas articulares, mezcla de los movimientos involuntarios á los movimientos voluntarios etc. se deben á una hiper-excitabilidad de los centros medulares reflejos. Ahora bien esta hiper-actividad obedece á dos causas:

1.º Interrupción de la acción inhibitoria normal del encéfalo por consecuencia de la ausencia ó de la insuficiencia del fascículo piramidal.

2.º La hiper-excitabilidad propia de la médula.

Sin duda no tenemos poder sobre el primer factor pero si sobre el segundo. Se puede en efecto suprimir las excitaciones venidas del exterior, interrumpiendo los conductores nerviosos sensitivos. De esta manera, los músculos que son influidos por la voluntad no son contrarestandos por los antagonistas.

Numerosos métodos de tratamiento han sido puestos en práctica para disminuir la contracción intempestiva de los antagonistas, las miotomias, las

autoplastias y las trasplantaciones tendinosas, han dado resultados apreciables. Después de haber practicado la sección de las raíces posteriores, Foerster ha practicado diversas operaciones complementarias (como tenotomias trasplantaciones de tendones etc. etc.). Es por otra parte fácil desligar lo que se debe á la sección de las raíces posteriores de lo que obedece á la autoplastia tendinosa.

El caso de Codivilla da la medida de la importancia que tiene la sección radical por que esta fué toda la operación.

Una niña de 15 años presentaba desde la edad de 10 años debilidad de los miembros inferiores, adducción progresiva de los muslos, dificultad en la marcha y flexión de las rodillas, con buen desarrollo de la musculatura y ningún trastorno intelectual.

He aquí el resultado del exámen antes de la operación; en el decúbito dorsal, flexión á nivel de la cadera, de la rodilla, y de la articulación tibiotarsiana: los muslos en adducción y ligera rotación; las rodillas apretadas y los pies en equinismo; *clonus* del pie y signo de Babinski.

Los movimientos pasivos son imposibles por la contractura y los activos muy reducidos. Diagnóstico. *Paraplegia espinal espasmódica por lesión de los cordones laterales.*

Operación en dos tiempos. En el primero, laminectomía sobre los arcos de la segunda lumbar y de la primera sacra inclusive, 23 días después se abre la dura madre, y se reseca; á la derecha, las raíces posteriores 2.º y 5.º lumbar, y el 2.º sacro: á la izquierda el 5.º lumbar y el 2.º sacro. Hacia el duodécimo día se notó la desaparición de el *clonus* del pie y de la exageración de los reflejos rotulianos, así como la disminución del espasmo de los aductores. Los movimientos activos tales que la elevación de la pierna y la flexión dorsal del pie son posibles aunque débiles.

A los 18 días la enferma marcha sola. Al cabo de cinco meses, el exámen demuestra; en el decúbito, la actitud recuerda la de otras veces; Babinski positivo en los dos lados con ligero equinismo y flexión de la rodilla. El toque de la planta del pie, provoca ligera flexión de la rodilla y de la cadera pero el *clonus* del pie ha desaparecido completamente.

Los movimientos pasivos se realizan, pero para la extensión del pie se lucha con la resistencia del triceps. La extensión es libre. La extensión de la rodilla, ofrece dificultades del mismo orden é igualmente la abducción de la cadera.

En el decúbito, los movimientos activos de el pie no son completos. La elevación de la pierna se acompaña de la flexión en la rodilla y es algo difícil pero en el decúbito ventral es muy fácil.

La marcha puede ser realizada sin bastón pero los movimientos son espasmódicos, los pies se apoyan sobre toda la planta y las rodillas quedan ligeramente dobladas.

En resumen mejoría cierta, aunque ligera siendo de notar que la mejoría es más acentuada sobre el lado derecho que sobre el izquierdo, porque en aquella se actuó sobre una raíz más.

Por otro lado la intervención no es inocente, porque sobre 16 casos publi-

cados. ha habido dos muertos. Además la resección de las raíces posteriores influye desfavorablemente sobre la vitalidad trófica de los cuerpos anteriores lo que explicaría la debilidad muscular señalada en el caso de Codivilla.

Menchener medizinische.—*Journal de Chirurgie*.—M. PELAYO.

## SOCIEDAD DE CIRUGIA

### 82 Congreso de naturalistas y médicos en Königsberg

*V. Haberer.—Viena.—Un caso de tumor raro de la parótida.*

Presenta un hemangioma típico de la parótida, cuya naturaleza, queda fuera de toda discusión por el análisis microscópico. El caso se había presentado en un niño de 4 meses. Se extirpó primero un angioma que parecía independiente, pero más tarde por haber aumentado rápidamente la parótida fué necesario practicar la extirpación completa. Se pudo conservar el nervio facial. El enfermo, después de un año de la operación, se mantiene sin ninguna recidiva, el nervio facial del lado operado funciona perfectamente. El hemangioma de la glándula parótida es muy raro; la curación no se puede obtener más que con la extirpación radical; todos los casos no operados han fallecido.

*Ransi.—Viena.—Un caso de mioma de la cápsula renal.*

El orador ha operado este caso en la clínica del Dr. v. Eiselberg. Se trataba de una mujer de 38 años, que desde hacía 4 meses padecía de dolores cólicos en la región renal izquierda; acompañados de fiebre. En el lado izquierdo se apreciaba un tumor del tamaño de la cabeza de un niño al parecer, relacionado con el riñón. El exámen del ureter demostró la existencia de un estorbo algunos centímetros por encima de la desembocadura del ureter izquierdo en la vejiga. Hecho el diagnóstico de hidronefrose y operada la enferma se vió que, se trataba de un miosarcoma de la cápsula renal, el cual tenía adherencias con el ureter y de tiempo, en tiempo le obstruía. Extirpación, respetando el riñón.—J. HERRERA.