

# LA GACETA DE SANIDAD MILITAR.

Madrid 10 de Mayo de 1879.

## CIRUJÍA PRACTICA.

Herida penetrante de pecho por arma de fuego.—Derrames pleuríticos.  
—Toracocentesis.—Curacion.

POR D. PABLO VALLESCÁ Y ERRA,

Médico segundo del Cuerpo de Sanidad militar.

Victorino N., de quince años de edad, de temperamento nervioso-linfático, constitucion endeble, presenta en sus antecedentes patológicos haber padecido el tífus á los once años, y además en los últimos inviernos varios catarrros bronquiales bastante pertinaces.

El 29 de Agosto de 1877 iba de caza con otro compañero, cuando á éste se le disparó casualmente la escopeta, y fué á dar todo el tiro, consistente en tacsos y perdigones, en el pecho de nuestro enfermo, que instantáneamente perdió el conocimiento. Llevado á su casa, se vió tenía una herida situada en el segundo y tercer espacio intercostal izquierdo, próxima al esternon, con los caractéres de contusa, y en la cual se presentaban pequeñas aberturas disseminadas, además de un ancho conducto, en el que cabía perfectamente la yema del dedo meñique y cuya profundidad se ignoraba, por no haberse considerado prudente la exploracion con el estilete; pero puede decirse que por él no había entrada ni salida de aire: la sangre que fluía de la herida, era en corta cantidad y no salía á borbotones, deduciéndose de ahí, que no se había interesado la mamaria interna; el estado general no ofrecía cosa alguna particular, aparte de la debilidad consiguiente á la hemorragia y á la herida. Durante algunos días se encontró bien el paciente; la herida, de buen aspecto, daba una supuracion cremosa, y todas las funciones se verificaban con regularidad; mas el 6 de Setiembre, por la mañana, sintió el enfermo de pronto un violento dolor en todo el lado izquierdo del pecho, acompañado de alguna dificultad de respirar, ligera tos seca y calentura poco graduada; síntomas que se aumentaron rápidamente, en términos, que ya por la noche era gravísimo el estado del enfermo. Entónces fué cuando me mandaron á llamar á Lumbier, donde estaba destacado.

Hé aquí cómo encontré al herido; decúbiteo supino, ojos hundidos, cara pálida, labios descoloridos pero no cianosados, pulso pequeño y frecuente (120 por minuto), temperatura axilar elevada (39°), tos seca poco intensa, dispnea muy pronunciada (44 respiraciones por minuto, cortas y superficiales), dolor vivo punzante en todo el lado izquierdo que aumentaba á la presion, borrados los surcos intercostales 4.°, 5.°, 6.° y 7.° de dicho lado, aumentado el perímetro torácico en la base, nula la vibracion de la voz; percusion sonora en el vértice, oscura en la parte media, mate en la base; respiracion pueril casi tubular en el vértice, silencio absoluto en los demas puntos, omitiendo hacer el exámen de la parte posterior á causa de la suma debilidad del

paciente y por sobrarnos datos diagnósticos ; el corazón latía con más fuerza de lo regular en el borde derecho del esternon , pero no se apreciaban ruidos anormales ; el hígado se hallaba algo descendido y tumefacto , produciendo una ligera sensación de peso ; el pulmón derecho funcionaba con regularidad , como también los demás órganos y aparatos : en cuanto á la herida , continuaba de buen aspecto y con escasa supuración , viéndose aún en ella el ya citado conducto reducido á menor diámetro y por el cual tampoco pudimos apreciar la entrada y salida de aire , fenómeno tan característico , según los autores , de las heridas penetrantes de pecho . Por lo mismo , debía creerse que no lo era ; mas lo que observamos á las pocas horas , la salida por él de parte del líquido contenido en el interior del pecho y cuyo flujo se verificaba en el acto de la espiración y cesaba en el de la inspiración , vino á sacarnos de dudas y á demostrarnos que era penetrante .

Dado este cuadro sindrómico , ¿qué diagnóstico debía establecerse ? Era tan claro y fijo , que sin divergencia alguna entre los médicos allí reunidos , convinimos al momento en que se trataba de una pleuresía con derrame abundante ; no pudiendo confundirla con la neumonía , ni con la pericarditis , ni con la endocarditis , por las razones que fácilmente se deducen de lo que se acaba de exponer . Pero , ¿era una pleuresía aguda , subaguda ó crónica ? Si bien el dolor se dejaba sentir con viveza , en cambio , el carácter de la tos , la poca intensidad de la calentura y el pulso pequeño , no abonaban la idea de aguda ; ni tampoco cuadraban el aspecto que se asigna á la crónica ; pues para ser la primera , faltaban una tos fuerte y molesta , un calor elevado y un pulso lleno ; aparte de que las pleuresías con derrame , raras veces toman el carácter de agudas : y para ser la segunda , se necesitaba una fiebre poco graduada y de escasa intensidad , ó carencia absoluta de dolor . En resumen , teníamos una pleuresía subaguda con derrame abundante .

Establecido el diagnóstico , se hizo el pronóstico grave , ya por las condiciones del individuo , ya por la naturaleza de la afección . Dispusimos aplicarle un vejigatorio de 15 centímetros de largo , por 10 centímetros de ancho , y que tomara cada dos horas de una poción con el óxido blanco de antimonio ; dieta de caldo .

A pesar de este tratamiento , la enfermedad progresaba ; el enfermo perdió visiblemente sus fuerzas ; el pulso era casi filiforme , y sobre todo la disnea se hacía más y más alarmante : el calor y los demás síntomas seguían de igual manera ; las facultades intelectuales , libres . Así transcurrieron cuarenta y ocho horas , y entónces , como recurso extremo , apelamos á la toracocentesis , practicándola con un trócar ordinario por no tener á la mano el aspirador de Dieulafoy : salieron por la cánula unos 3.700 gramos de un líquido transparente , algo rojizo , inodoro y de una temperatura más elevada que la de la axila : terminada la salida del líquido , cerramos la abertura del trócar con tiras de tafetan inglés , aplicamos cataplasmas encima y continuamos con el óxido blanco de antimonio . Inmediatamente experimentó el enfermo un notable alivio , y en nuestro concepto , ya no había que temer otra cosa que la recidiva del derrame .

Desgraciadamente se cumplieron nuestros temores , pues desde el día si-

guiente se presentaron signos indicadores del mismo, y fueron tomando incremento, de tal manera que el día 12 se hallaba el enfermo en un estado gravísimo. Fué preciso recurrir de nuevo á la toracocentesis, por la cual obtuvimos 2.600 gramos de un líquido sumamente fétido con un fuerte olor á ácido sulfhídrico, seroso al principio y purulento y grumoso en su última porcion. Escarmentados esta vez con lo que nos había ocurrido en la anterior, resolvimos no cerrar la abertura producida por el trócar, colocando en ella un tubo de desagüe, por el cual inyectamos una solucion fenicada al 3 por 100, con objeto de deterger la pleura, y vaciada la inyeccion, tapamos el tubo para evitar en lo posible la entrada de aire. Como tratamiento consecutivo, resolvimos hacer inyecciones fenicadas dos veces al dia, y los tónicos al interior, con lo cual se notó en el enfermo un ligero alivio que fué graduándose aunque con lentitud.

Sin embargo, se presentaron accidentes que perturbaron notablemente la buena marcha de la enfermedad; uno de ellos fué el muguet, acompañado de una ligera diarrea, que apareció el día ántes de la segunda puncion y que tardó más de ocho días en desaparecer, á pesar de los colutorios con el clorato de potasa. Otro accidente, no tan alarmante como el anterior, aunque bastante molesto y coincidiendo casi con él, fué el envenenamiento por el ácido fénico, caracterizado por orinas negruzcas, aumento de la fiebre, cefalalgia, disfgia, vómitos, etc. A decir verdad, no dimos importancia á este accidente y resolvimos continuar con una inyeccion diaria fenicada, y sólo rebajar la solucion al 2 por 100, en tanto no se agravaran más los síntomas: viendo con satisfaccion que éstos empezaron á rebajar á los dias, para desaparecer por completo á los cinco. Ya habíamos combatido con feliz éxito el muguet, la diarrea y el envenenamiento fénico, cuando á últimos del mismo mes de Setiembre, sobrevinieron calenturas intermitentes, con accesos algo irregulares en su repeticion, diarios, bastante intensos, durante los cuales quedaba el enfermo sumido en cierto estupor, pero terminados, recobraba por completo su animacion y buen semblante. Apelamos al sulfato de quina; mas como produjera diarrea y cólicos intestinales, recurrimos al valerianato de la misma base; luégo á las lavativas con quina; mas con ninguna sustancia lográbamos salvar el inconveniente por parte del intestino, y ya estábamos decididos á hacerle inyecciones hipodérmicas, cuando desaparecieron las intermitentes á los catorce dias de haberse presentado.

Volvamos á la enfermedad: hemos dicho que despues de la segunda puncion el enfermo mejoraba de día en día; efectivamente, por una parte el pus iba disminuyendo en cantidad y mal olor y tomando el carácter de buena calidad; y por otra parte, la tos había cesado, eran bastante libres los decúbitos y se notaba más animacion en el semblante, más apetito y ménos calentura; exceptuando las épocas de los accesos, en las que el estado general decaia algun tanto. A mediados de Octubre, el enfermo comia con buen apetito; la cantidad diaria de pus era la mitad que al principio, y sólo quedaba, como fenómeno que inspirase algun cuidado, una ligera calentura continua. Los signos de auscultacion y percusion eran normales en la parte superior del pulmon izquierdo; mas en la base, se notaba por la parte posterior oscuri-

dad y matitez permanente . y por la parte anterior , un sonido casi tímpanico á la percusion , resonancia de la voz y ausencia del murmullo vesicular; fenómenos que experimentaban alguna modificacion despues de extraido el pus , ya que el sonido tímpanico y la resonancia de la voz aumentaban , y la ausencia del murmullo vesicular se transformaba en un soplo tubular. La herida producida por el tiro estaba próxima á cicatrizar.

Sin trastornos dignos de referirse , siguió la enfermedad su marcha uniforme y progresiva hasta llegar al 20 de Diciembre , en cuyo dia saqué el tubo de drenaje , por haber notado que su extremo rozaba con la pleura y considerar este hecho como causa sostenedora de la inflamacion que , á mi modo de ver , existía en dicho punto.

Dependiese de la extraccion del tubo ó de otra causa cualquiera . es lo cierto que desde aquel momento , el enfermo sintió un malestar especial que no sabía explicárselo ; aumentó la calentura ; disminuyó el apetito ; sobrevino tos ; el pus salía en alguna mayor cantidad y la auscultacion indicaba en la parte posterior de la base del pulmon izquierdo , estertores crepitantes finos que no existían el dia ántes. Aparte de los fenómenos citados , apareció á las cuarenta y ocho horas el primer acceso de una calentura , cuya periodicidad se marcó en los dias sucesivos , y que atacó con bromhidrato de quinina , obteniendo con él los más felices resultados. En cambio los otros síntomas habían tomado algun mayor incremento y no desaparecieron hasta los quince dias , en cuya época , la supuracion era muy escasa , no se percibían los estertores subcrepitantes , siendo sustituidos por el murmullo vesicular que hasta entonces no habíamos apreciado en aquel punto ; volvieron el apetito , las fuerzas y el buen humor , y cesó la calentura , si bien el pulso siguió pequeño y muy frecuente dando 120 y 130 pulsaciones al minuto , de cuyo último fenómeno me ocuparé al final de la historia.

En estas condiciones continuó el enfermo por espacio de dos meses más , hasta cuya fecha no habían dejado de hacerse las inyecciones fenicales y tratado de reponer sus fuerzas con tónicos y reconstituyentes ; pero entonces , con el propósito de acabar con la escasa supuracion que fluía , se adoptaron las inyecciones iodadas , primero debilitadas y luégo concentrándolas hasta llegar en la proporcion de partes iguales de agua y tintura de iodo. Poco ó ningun efecto se obtuvo con este tratamiento en los cincuenta ó más dias que se empleó ; y en su vista y atendiendo además que era escasísima la supuracion , y que la abertura del trócar por donde se hacían las inyecciones , se había contraído de tal modo , que apenas permitía la introduccion del sifon de una jeringa de cristal , se suspendió todo tratamiento local , limitándose á aplicar cataplasmas sobre el orificio , para evitar su completa oclusion y la consecutiva acumulacion del pus en la cavidad de la pleura. A partir de esta fecha , la mejoría de Victorino fué marcándose con más rapidez que ántes , y á principios de Octubre de 1878 . á los trece meses , poco más ó menos , de haber sido herido , cesó la supuracion y se cerró la abertura del trócar , desapareciendo así los únicos síntomas que aún persistían de la enfermedad pasada.

De intento , en la exposicion de esta historia , he omitido hablar de las

distintas posiciones que sucesivamente ocupó el corazón en el curso de la enfermedad, y de la deformación que experimentaron las paredes torácicas y el hombro, pues considero ambos hechos dignos de llamar la atención y que merecen, como quien dice, capítulo aparte.

Así tenemos, que el corazón, en los días que precedieron á la primera punción, se dislocó de tal modo que latía debajo de la tetilla derecha, empujando al pulmón derecho y al hígado; más tarde, hecha ya la segunda punción y quedando permanente la abertura, á fin de que encontrara libre salida el líquido derramado, el corazón fué volviendo poco á poco hácia la izquierda, y en Diciembre lo encontramos debajo del esternon, al nivel del segundo y tercer espacios intercostales; por último, progresando cada vez más el regreso de este órgano, llegó por Enero ó Febrero, á latir directamente en el tercer espacio intercostal izquierdo, ocupando una zona que se limitaba á la izquierda á unos 3 centímetros del esternon, por la derecha en la línea media de este hueso, por arriba en el borde superior de la segunda costilla izquierda y por abajo en el mismo borde de la cuarta; es decir, se hallaba más elevado de lo que corresponde á su estado normal. De esta posición no se movió en mucho tiempo, y hoy día la punta del corazón sólo ha descendido unos 2 centímetros, ó sea hasta el borde inferior de la cuarta costilla. ¿Recobrará su primitivo sitio, ó continuará para siempre en el en que ahora se halla? Es lo que en mi concepto no puede decidirse de una manera positiva; si bien los hechos que hemos citado, nos inclinan á creer sucederá lo primero.

En cuanto á la deformación de las paredes torácicas, se observó en Octubre de 1877, señalándose por un descenso del hombro, por una incurvación lateral izquierda de la columna vertebral al nivel de las vértebras dorsales, por una elevación de las extremidades posteriores de las ocho últimas costillas izquierdas, con hundimiento y aproximación entre sí de las extremidades anteriores de la cuarta, quinta, sexta y sétima á la vez que las mismas extremidades de la octava, novena y décima afectaban mayor convexidad relativa, que á primera vista parecía absoluta por el contraste con el hundimiento de las cuatro anteriores. Estos fenómenos, graduándose más y más, pusieron enteramente encorvado al enfermo, quien presentaba el aspecto de los afectados de escoliosis. En el mes de Diciembre del mismo año llegó á su apogeo la deformación del pecho; el semiperímetro torácico al nivel de las costillas hundidas, era de 31 centímetros en el lado izquierdo y de 33 centímetros en el derecho; en los demás puntos era igual en los dos lados. Tal estado de cosas persistió hasta Octubre de 1878 en que, después de cerrada la abertura quirúrgica, ó mejor dicho la abertura del trócar, y cuando ménos lo esperábamos, se elevó el hombro, disminuyó la incurvación lateral de la columna vertebral, se levantaron las extremidades anteriores de las costillas hundidas, descendieron las extremidades posteriores, se borró la elevación ó abultamiento que formaban las extremidades anteriores de las costillas octava, novena y décima, y así progresivamente y con lentitud, se puso el enfermo bien derecho; de modo que en la actualidad encontramos el semiperímetro torácico izquierdo sólo 15 milímetros más

corto que el derecho, en el mismo punto en que ántes la diferencia era de unos 4 centímetros.

#### REFLEXIONES.

Considero el presente caso sumamente interesante, por los hechos, accidentes ó fenómenos particulares que en él se han presentado. Hablarémos de dichos fenómenos por el órden de su presentacion, para que así sea más fácil apreciarlos y resalte más su importancia.

En primer lugar, llamo la atencion sobre el hecho de no haberse desarrollado un pneumotórax á pesar de que la herida penetraba hasta la cavidad de la pleura, segun lo indicó á los pocos dias la salida por ella del líquido que se había derramado; y téngase en cuenta que la herida no era sinuosa ni demasiado estrecha, condiciones á las cuales se debe á veces la falta de esta complicacion en las heridas penetrantes de pecho. Por consiguiente, ¿á qué se debió que en este caso no se presentara el pneumotórax de que venimos tratando? Confieso francamente que lo ignoro; y hoy por hoy me limito á someterlo á la consideracion de mis lectores.

Otro fenómeno más extraño aún que el anterior, y que tenemos ocasion de observar en este enfermo es que, cuando despues de la segunda toracocentesis, le hacíamos las curas para evacuar el líquido derramado, la salida de éste se efectuaba con más fuerza en el acto de la inspiracion, ó cuando el enfermo hacía una aspiracion forzada, teniendo cerrada la glótis, y disminuía ó cesaba por completo en el acto de la espiracion natural. En todos los autores se encuentra indicado que en las heridas penetrantes de pecho, el aire entra por la abertura artificial en la cavidad torácica durante la inspiracion, y sale durante la espiracion; debido, segun dicen, al aplastamiento del pulmon en el primer caso y á la expansion del mismo en el segundo. Pues, ¿cómo en nuestro enfermo sucedía todo lo contrario? Puede aventurarse la hipótesis, de que toda la pleura pulmonal se había cubierto de falsas membranas, bastante resistentes para oponerse á la presion del aire atmosférico durante la inspiracion, y en cambio bastante débiles para obedecer durante el mismo acto respiratorio, al movimiento de expansion de las vesículas pulmonares. En tal caso, sujetos el líquido y el aire contenidos en la cavidad pleural, al juego alternado de expansion y retraccion pulmonar que resulta de la entrada y salida por la glótis del aire atmosférico, y sujetos además á la impulsión que les comunicaba el mismo pulmon al hacer el enfermo una espiracion forzada cerrando la glótis, se comprendería que su salida aumentara en este último momento y durante la inspiracion y disminuyera ó cesara en la espiracion. Mas para aceptar la hipótesis arriba enunciada, encuentro un gravísimo inconveniente; y es que, en mi concepto, la presion del aire que gravitaba sobre la cara externa del pulmon, era mayor que la que obraba sobre la cara interna de las vesículas pulmonales, de lo que se deduce, que si las neomembranas hubiesen resistido á la primera presion, igualmente, ó mejor todavía, hubieran resistido á la segunda. Si descartamos pues esta hipótesis, no podemos formular otra que nos dé explicacion satisfactoria del hecho. Para concluir, advertiré que al apreciarlo no sufrí equivocación.

cion; pues habiendo llamado varias veces la atencion de los dos facultativos que conmigo asistian al enfermo, confirmaron mi parecer.

Inútil creo insistir mucho acerca de los singulares síntomas, (orina oscura, vómitos, cefalalgia, aumento de la fiebre, etc.) que se presentaron á los pocos días de la segunda toracocentesis y existiendo ya el muguet. Dichos síntomas, ¿deben referirse á la enfermedad principal, ó al muguet, ó á un envenenamiento por el ácido fénico? Yo los hago dependientes de esta última causa, conforme lo prueban: en primer lugar, el no coincidir su aparicion con la del muguet ó con una agravacion del estado local de la enfermedad, ni su desaparicion con la de aquél ó con un alivio de ésta; y en segundo lugar, y esta es la razon de más peso, el pertenecer todos ellos al grupo de síntomas que los autores señalan para el segundo grado del envenenamiento fénico. Hace pocos años se ponía en duda y hasta se negaba rotundamente dicho envenenamiento, cuando el agente se aplicaba á superficies externas; mas hoy está demostrado que tanto de esta manera como ingerido en el estómago, el ácido fénico puede provocar accidentes tóxicos, los cuales, segun su gravedad y segun el orden con que se suceden, constituyen tres grados de envenenamiento. El primero se caracteriza únicamente por tomar la orina un color amarillo-verduzco ó verde-aceituna y aun negro; coloracion que ofrece la particularidad de presentarse en las intoxicaciones externas y nunca en las internas. En el segundo grado, además del cambio de color en las orinas, hay fenómenos generales denominados gástricos, pero que evidentemente son de origen nervioso, como malestar, fiebre, vómitos, disfagia, etc. Finalmente, en el tercero, cambia por completo la escena; el enfermo pierde el conocimiento, la cara palidece, su cuerpo se cubre de un sudor frio, baja la temperatura, el pulso se hace filiforme casi insensible, la respiracion superficial y la muerte sobreviene rápidamente. Por consiguiente, los síntomas de nuestro enfermo pertenecen al segundo grado: pero lo admirable en este caso fué que desaparecieron puede decirse espontáneamente, puesto que sólo nos limitamos á rebajar la solucion fenicada del 3 al 2 por 100, y hacer las inyecciones una vez al día.

Al relatar la historia clínica, dijimos que había quedado una aceleracion constante del pulso; y efectivamente, á pesar del notable alivio obtenido en la enfermedad, las pulsaciones oscilaron siempre entre 110 y 130 por minuto, siendo á la vez pequeñas; y sólo despues de cerrada la abertura producida por el trocar, esto es, en Octubre de 1878, fueron bajando en número y aumentando en fuerza; de modo que en la actualidad, ésta es normal y aquél es 80 por minuto, término medio. Notemos que dicha aceleracion de los movimientos del corazon tuvo su máximo en la época en que dicho órgano se hallaba al nivel del 4.º espacio intercostal derecho, y ha ido disminuyendo á medida que el órgano se aproximaba á su sitio normal. Por lo tanto, es en mi concepto justo y acertado suponer, que esta desviacion producía una excitacion en los filetes cardiacos del gran simpático, el cual traducía dicha excitacion por un aumento en el número de los latidos del corazon. No creo estuviese afectado de igual manera el pneumo-gástrico, pues faltaban los síntomas del pulmon, de la laringe ó de la faringe, que lo indicasen. Aquí se

presenta un problema que resolver: el corazon, al ser dislocado por el derrame pleurítico, ¿fué simplemente empujado, ó sufrió una torsion más ó ménos acentuada al rededor de su eje vertical? Si bien es cierto que desde el momento en que el corazon se dislocó, hasta la época poco más ó ménos en que se cerró la abertura del trócar, el choque del mismo no se percibia en un punto circunscrito, sino en una vasta zona que era casi la ocupada por dicho órgano, lo cual tiende á hacer admitir que hubo una torsion; en cambio, la ausencia de ruidos anormales y de obstáculos á la circulacion, prueban que la torsion no existió. Otra cuestion: de haber continuado para siempre esa hiperkinesia del corazon, ¿hubieran sobrevenido accidentes? Creo que en el porvenir era de temer el desarrollo de una hipertrofia ventricular con todas sus consecuencias.

Por último, no puedo ménos de hacer observar á mis lectores la completa curacion del enfermo, efectuada en un tiempo en que no podía esperarse. Su estatura ha ganado en 2 centímetros; pesa 4 kilógramos más que ántes de ser herido; el perímetro torácico es de 70 centímetros; goza de buen apetito; han aumentado las fuerzas; ha desaparecido la dispnea, y lo que es más sorprendente, se halla completamente derecho, habiéndose desarrollado las paredes torácicas de tal modo, que el semiperímetro torácico del lado izquierdo mide apénas 13 milímetros ménos que el del derecho. ¿A qué es debido este resultado? En mi concepto juegan aquí varias causas; la primera y principal, la expansion pulmonar ó sea el haber recobrado el pulmon casi su volúmen primitivo, segun se aprecia á la percusion y auscultacion; en segundo lugar, la vuelta del corazon á su sitio normal, conforme ya llevamos dicho, y en tercer lugar, la gimnástica ordenada y metódica del brazo izquierdo, que aconsejamos al enfermo. El hecho de haber recobrado el pulmon su volúmen primitivo, contraria el parecer de algunos autores, que afirman que despues de cierto tiempo de estar comprimido, queda para siempre en tal estado áun cuando desaparezca la causa de la compresion, pues soldadas entre sí las vesículas pulmonares, no permiten la entrada del aire en su interior.

Aparte de las reflexiones que llevo apuntadas, podría hacer otras igualmente interesantes, como por ejemplo: señalar el no haberse presentado complicacion pulmonar á pesar de los anteriores catarros bronquiales que habia padecido el enfermo y tener el pecho tan sumamente estrecho; examinar si la pleuresia que encontré el dia de la consulta existía dias ántes ó podía haberse desarrollado aquel mismo dia, etc.: mas prefiero dejar todas estas cuestiones al criterio de mis lectores por no pecar de molesto (1).

*Cervera 18 de Abril de 1879.*

---

(1) Recibido este escrito en la Redaccion el 21 de Abril último, no pudo aparecer en el número del dia 25 del mismo, por hallarse ya ajustado dicho número.—L. R.

## CONFERENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TRIQUIASIS

POR M. BACHON,

Médico mayor de primera clase del Ejército francés.

SEÑORES: Cuando estudiasteis las enfermedades de los ojos, veriais en los autores, que la conjuntivitis granulosa es una afeccion que se presenta generalmente en casos aislados, pero que azota bajo la forma de epidemia permanente las costas del Norte de Africa. Los que llevais algun tiempo en Argelia, habréis comprobado la realidad de esta asercion; y los que hayais estado en Bel-Abbès habréis sido favorecidos, por lo que respecta al estudio de esta enfermedad, á causa de ser el punto de nuestra colonia donde el padecimiento es más frecuente. En efecto, un especialista de Lion mandado en comision á la Argelia por el Ministro del Interior para estudiar la oftalmía granulosa, M. Gayat, dijo en su informe á la Academia de Ciencias, que en las escuelas de Bel-Abbès habia encontrado el mayor número de niños con oftalmía granulosa, 95 por 100! Os parecerá exagerada tal vez la cifra, en cuanto á mí que he estado en Argelia 13 años, y que recibo todos los dias en mi consulta 13 ó 20 oftálmicos, la creo cierta.

Es por lo tanto de una verdadera plaga de lo que tratamos, y no podré recomendaros bastante aprovecheis vuestra permanencia en este pais de triste privilegio, para estudiar esta enfermedad, que encontraréis en cualquiera punto de Argelia. Cuando seais Jefes de servicio estaréis satisfechos con haber adquirido las nociones precisas para el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa, porque tened presente, podeis hacer mucho mal ó mucho bien, segun obreis con discernimiento ó useis un tratamiento vulgar, y por tanto insipiente.

Cuando llegué á Argelia, á principios de 1863, vi emplear el nitrato de plata en solucion concentrada, ó en barra, para casi todos los casos; hice como los demás, é hice mucho mal. Hoy, segun mi experiencia personal, proscribo casi absolutamente el nitrato de plata puro ó diluido. Fuera de la conjuntivitis catarral, ó purulenta, no me veréis jamás servirme de él; haced lo que voy, y os irá bien, sobre todo á vuestros enfermos.

Con un cristal de sulfato de cobre y una solucion de sulfato de atropina, teneis cuanto es necesario para tratar la conjuntivitis granulosa.

Pero, señores, no es del tratamiento de las granulaciones de lo que voy á ocuparme, es de uno de los desórdenes que deja tras sí: la *Triquiasis*. Sabéis que lo temible en la enfermedad que nos ocupa, es sobre todo la lesion de la córnea de que es causa inmediata: pannus, úlceras, abscesos, y en fin, leucomas más ó ménos completos, y alguna vez su destruccion total y atrofia del ojo. Los ejemplos de estas terribles consecuencias no os son desconocidos; tenemos en la Clínica una niña que ha sido objeto de nuestra anterior conferencia, y que me habeis ayudado á operar de un pterigion carnoso, que cubria toda la cornea del ojo derecho. Os expliqué la operacion larga y delicada que efectué para dar transparencia á la córnea, y no insistiré en este punto. El resultado no es muy satisfactorio, pero aún no está dicha la última palabra. Ved aquí una niña de 4 años, que reconoceréis sin duda: hace tres me-

ses estaba ciega, y definitivamente ciega por toda su vida; hoy va, viene, juega con las demás, y recoge del suelo este objeto poco voluminoso, un alfiler. Creo suficiente el experimento para demostrar que ve, y muy bien. Sabeis que las dos córneas de esta niña estaban, y están cubiertas por manchas impenetrables á los rayos luminosos; recordaréis la hemos hecho una pupila artificial hácia abajo y afuera, en el lado derecho en un punto que la córnea era trasparente. La operacion dió resultado, y hemos devuelto la vista á esta niña. Señores, sois jóvenes, sois accesibles á los sentimientos elevados, teneis el corazon sensible, y me comprendereis al deciros: cuando veo esta niña estoy orgulloso de ser Médico.

Sabeis se entiende por triquiiasis una direccion viciosa de las pestañas, en virtud de la que se vuelven hácia el globo del ojo. Cuando las pestañas desviadas se colocan de tal manera, que forman muchas líneas, se denomina distriquiiasis. No tiene importancia esta distincion, porque en el estado normal las pestañas están implantadas de tal manera, que forman muchas series lineales, y sólo sus puntos aparecen próximamente al mismo nivel.

La desviacion patológica sobreviene, y la regularidad desaparece con frecuencia.

Antes de ir más léjos en este punto, es indispensable sobre todo para el tratamiento, que recordéis la anatomía de los párpados; permitidme que os la relate ligeramente.

Los párpados estan constituidos por las capas siguientes:

La piel, la capa muscular, el tejido celular, el ligamento suspensor del tarso y el tarso, la conjuntiva.

Los bordes de los párpados tienen de 2 á 3 milímetros de espesor, y están cortados en bisel á expensas de su cara interna en el superior y de la cutánea en el inferior.

Las pestañas se implantan oblicuamente en la cresta formada por la reunion de la mucosa y la piel, y los bulbos se encuentran en un plano anterior á los cartílagos. Detrás de las pestañas, entre ellas y el borde conjuntival, se abren las glándulas de Meibomio, dispuestas en una sola línea, hallándose en el espesor del cartilago tarso.

No me extenderé en la historia de la enfermedad que nos ocupa, por ser el tratamiento principalmente lo que va á ocuparme. Sabeis que de todas las causas que pueden producir la desviacion de las pestañas, la más frecuente es la conjuntivitis granulosa, especialmente en Argelia. En esta enfermedad larga y rebelde veis sobrevenir con frecuencia la blefaritis ciliar, que sostiene los párpados en un estado de hiperemia, causa de todo el mal. En efecto, bajo la influencia de esta inflamacion crónica, se efectúa una produccion de tejido conjuntivo, que se organiza, retrae, tira de los bulbos, y finalmente, desvía las pestañas. Si unís á esto que la fotofobia, tan comun en los granulosos, obliga á tener los párpados cerrados convulsivamente para interceptar los rayos luminosos, comprenderéis que la desviacion debe hacerse más bien hácia adentro que afuera. Debe aún atenderse, que simultáneamente, al desarrollo del proceso morboso que se asienta en el borde ciliar, camina otro constituido por las granulaciones, que tiene por teatro la mucosa del párpado.

cuyos elementos anatómicos son más ó ménos destruidos y sustituidos por tejido retractil; á cada momento vemos párpados cuya cara posterior es sólo una cicatriz. Los cartilagos tarsos se deforman por estas producciones inflamatorias, se contraen y arrollan sobre sí mismos, originando un entropion. No es difícil comprender que bajo estas influencias las pestañas se desvien hácia dentro. El párpado superior es donde más estragos causan las granulaciones, y es también donde más frecuentemente se halla la triquiasis; no conviene, sin embargo, creer sea muy raro encontrarla en el inferior. Como ejemplo os recordaré la niña que operé, hace algunos meses, de los cuatro párpados.

Desde que estais aquí habeis visto bastante número de casos para conocer las diferentes variedades de esta enfermedad y poder comprobar que la desviacion es de una pestaña, de muchas y aún de todas las del párpado.

He de señalar aún, señores, una circunstancia muy importante para el tratamiento, y que se encuentra casi siempre cuando la conjuntivitis granulosa ha durado cierto tiempo. Las producciones neoplásicas y retráctiles de que he hablado, ayudadas por el blefarospasmo fotofóbico, determinan un estrechamiento de la abertura palpebral, que siendo á veces poco pronunciado, puede llegar al blefarofimosis. No olvideis esta disposicion, que os explicará la dificultad de volver el párpado superior, y os hará comprender porqué los métodos de tratamiento habitualmente empleados carecen de éxito con frecuencia. En efecto, los párpados están como sujetos por este estrechamiento de la abertura y tienen siempre tendencia á volver las pestañas adentro, por falta de suficiente laxitud. Es preciso ante todo, en la operacion de la triquiasis ó del entropion, remediar este estado de la abertura palpebral. Tenemos constituida la triquiasis; no tengo necesidad de deciros cuáles son los resultados; habeis visto bastantes ejemplos. La córnea es una membrana que tolera difícilmente el contacto de un cuerpo extraño; juzgad cómo ha de acomodarse á un rozamiento continuo; la queratitis con todas sus complicaciones es inevitable, y si no se suprime esta causa de irritacion por cualquier medio, la vision se perderá irremisiblemente en un tiempo más ó ménos largo.

Es natural pensar que en presencia de una enfermedad de tan poca importancia en apariencia, y en que las consecuencias pueden ser tan graves, es natural pensar, repito, que la cirujía se esfuerce en encontrar remedio.

En efecto, señores, no son procedimientos los que faltan; hay muchos y sabeis que esta abundancia de medios curativos acusa ordinariamente una insuficiencia real. Puedo afirmaros, que en el caso particular que nos ocupa, este temor es justificado. De todos los procedimientos de que vamos á tratar ligeramente no hay uno que sea por completo satisfactorio.

Como tengo la pretension de haber constituido por la reunion de varios métodos uno que puede llamarse ecléctico, que responde á todas las indicaciones y que da resultado *siempre*, cuando es bien aplicado: permitidme os diga que lo justifico por la experiencia.

En cuatro años que llevo aquí, he operado en el hospital, de los dos ojos ó de uno solo, el siguiente número de individuos:

En 1874. . . . .	16
1875. . . . .	17
1876. . . . .	20
1877. . . . .	10
Total. . . . .	<u>63</u>

En mi consulta he hecho, por lo ménos, igual número, que suman en cifra redonda 120 individuos operados en los cuatro años. Los que estais aquí largo tiempo sabeis bien, que si esta cifra se aparta de la verdad es por corta: y bien, señores, os afirmo que aún no ha ocurrido un accidente ó un mal éxito.

Esto supuesto, veamos los principales métodos ántes de describir el que me veis emplear.

- 1.º La depilacion con las pinzas ó por medio de pastas depilatorias.
- 2.º La destruccion de los bulbos por la cauterizacion.

De estos dos métodos, el primero no es más que paliativo, y el segundo es difícil de aplicar é incierto en sus resultados. Los dos causan una deformidad extraña, privando los párpados de sus pestañas.

3.º Excision del campo de implantacion de las pestañas en su totalidad. No haré á este método el honor de discutirlo, es bárbaro.

4.º Enderezamiento de las pestañas por la excision de un pequeño pliegue de la piel con ó sin sutura. En los casos más simples este medio puede alguna vez bastar, como el siguiente:

5.º *Suturas secas*. M. Gaillard, de Poitiers, aconseja la aplicacion de una ó más suturas cutáneas profundas, perpendiculares á la línea de las pestañas y sin excision de pliegue cutáneo. Apretados los nudos, la piel corta en pocos días y resultan pequeñas cicatrices verticales, que enderezan las pestañas por su retraccion.

Este método ha dado resultados, pero es con frecuencia insuficiente y no evita las recidivas.

6.º Un método mucho más racional consiste en cambiar de lugar el campo de implantacion de las pestañas. Hé aquí, señores, el principio verdaderamente fecundo en bellos resultados. Veamos como los cirujanos lo han aplicado.

Arlt introduce un cuchillo de cataratas, ó un bisturi muy delgado, en el espesor del borde libre del párpado, entre las pestañas y las glándulas de Meibomio, y le hace salir por la piel á 3 milímetros y medio del borde ciliar. Conduce luégo el cuchillo de un ángulo á otro, y resulta que la banda de piel, que sostiene las pestañas, no está unida al párpado más que por sus dos extremidades. Paralela á la primera practica en la piel una incision, que reune por sus dos extremidades. El pequeño colgajo de tegumento, en forma de media luna, que separa las incisiones, se disea y los labios de la herida se reúnen con puntos de sutura.

De Graefe ha modificado el procedimiento de Arlt, haciendo en las extremidades de la incision primitiva, dos incisiones verticales que circunscriben un colgajo, en el cual se puede hacer una incision oval, si se quiere obtener

turon, y extendiéndoles en seguida los brazos sobre la cabeza, ó ya al contrario colocándoles boca arriba y quitando todo punto de apoyo á sus extremidades.

Otros simulan desviaciones laterales, provocándolas por medio de agentes mecánicos, y algunas veces consiguen producir corvaduras permanentes, que constituyen una lesion real é irremediable. En la desviacion lateral simulada, la corvadura es única, extendida y comprende las regiones lumbar y dorsal; el tronco está más ó ménos inclinado al lado opuesto á la convexidad de la corvadura, segun la pélvis se halle más ó ménos elevada de este último lado. No hay, como en la desviacion espontánea, una torsion de la columna vertebral; el hombro correspondiente á la convexidad está más elevado que el opuesto, pero sobresale por atrás, y el tórax no está sensiblemente deformado. Dentro de la corvadura la piel presenta pliegues paralelos muy profundos, miéntras que en la escoliosis verdadera estos pliegues apénas se señalan, se encuentran bajo el áxila, si la corvadura opuesta está en la region dorsal; entre las falsas costillas y la cresta iliaca, cuando la corvadura es dorso-lumbar.

Las desviaciones *provocadas* se reconocen por los mismos signos; en la falta de corvaduras múltiples y de torsion de las vértebras. Los simuladores llegan algunas veces, combinando ciertos medios, á producir corvaduras alternas, pero nunca consiguen obtener la torsion de la columna vertebral. Sin embargo, es preciso no olvidar, que las desviaciones laterales determinadas por la claudicacion son las más veces limitadas á una corvadura simple, y sin torsion de las vértebras; pero entónces el médico podrá comprobar ya un acortamiento efectivo de uno de los miembros inferiores, ya una afección de la articulacion coxo-femoral, luxacion ó coxalgia. Además cualquiera que sea la presuncion que se pueda tener relativamente á la provocacion, nunca se eleva á un grado de certeza bastante para motivar una acusacion y desde el momento que existe el defecto, y que es irremediable, debe declararse la *exencion*.

#### ACORTAMIENTO DE LA TALLA.—SIMULACION.

245. La *simulacion* de las desviaciones laterales puede pasarse en los consejos de revision por una circunstancia sobre la que es muy importante llamar la atencion; pues en el exámen de las condiciones de exencion se sigue el órden establecido por la ley: la falta de talla ocupa el primer lugar, y despues las alegaciones por enfermedad. Así es, que como la ley prescribe consultar en segundo lugar á los médicos, éstos no intervienen en el exámen de la talla que preside aquél, y en cuya operacion la medicion es el solo juez. El llamado á tallarse, que declara este instrumento inútil por no tener la medida legal, no se somete ya á ninguna prueba, y se declara exento para el servicio. Sin embargo, la experiencia ha enseñado, que individuos cuya marca no excede sino muy poco del mínimo legal, pueden encorvando su columna vertebral, encogerse y hacerse exceptuar por falta de talla. Los médicos se consultarían

útilmente cuando se miden jóvenes cuya marca fuese de 1 á 5 milímetros bajo la altura exigida. El exámen del médico en la apreciacion del hábito exterior, podría útilmente intervenir en algunas circunstancias de esta naturaleza; pero se obtendría un resultado más cierto haciendo acostar al individuo en una mesa graduada como la talla, con la precaucion de mantener todas las articulaciones en la extension.

#### FRACTURAS, LUXACIONES Y CARIES.

246. Las *fracturas* y las *luxaciones*, la *osteitis*, la *caries* de las vértebras, el *reblandecimiento* de los cartilagos intervertebrales, pueden acarrear *deformaciones* del raquis ó gibosidades, que se distinguen de las desviaciones precedentes por su forma angulosa, por la extension ménos considerable de la corvadura anormal. Ellas siempre motivan la *exencion*, y muchas veces la *licencia absoluta*.

#### ARTROPATÍAS RAQUIANAS.

247. Las *artritis crónicas* ó *artropatías* traumáticas, ó de naturaleza es-crofulosa ó reumática, que se observan principalmente en la region cervical, hacen *impropio* para el servicio militar. Se curan con mucha dificultad, pueden producir accidentes graves, y terminar muchas veces dejando deformidades, y un embarazo mayor ó menor en los movimientos del cuello, (*torticolis* articular).

#### MAL DE POTT.

248. La *osteitis*, la *necrosis*, la *caries* de la columna vertebral, á las que se liga el *mal vertebral de Pott*, son incompatibles con la vida militar, y lo mismo para los *abscesos por congestion*, que con frecuencia acompañan estas afecciones.

#### LUMBAGO.

249. El *reumatismo lumbar* ó *lumbago* no es causa de exencion; pero el dolor de los lomos puede ser producido por otras lesiones de más gravedad. En este reconocimiento se debe fijar la mayor atencion, y asegurarse que el lumbago no se relaciona á una afeccion del raquis, de la médula ó los riñones. Tambien recordará el médico que el reumatismo crónico de los lomos lo alegan los *simuladores*.

#### HERNIAS LUMBARES.

250. Las *hernias lumbares* motivan la *exencion*: son muy raras, pero importa conocer su posibilidad y poder formar el diagnóstico.

## ENFERMEDADES DE LA PELVIS.

### VICIOS DE CONFORMACION.

251. Los *vicios de conformacion* de la pelvis resultantes de una estrechez, de un desarrollo exagerado ó de una desviacion anormal, las *deformidades consecutivas* á una fractura viciosamente consolidada, ó á otra lesion, motivan la *exclusion* del ejército.

### RELAJACION DE LAS SÍNFISIS.

252. La *relajacion* de las sínfisis necesita la *exencion* y la *licencia por inútil*. Estas conclusiones no se aplican ni al esguince, ni á la luxacion del coxis, afecciones ligeras que rara vez producen consecuencias serias.

### ARTROPATÍAS.

253. La *artropatia sacro-iliaca* da lugar á accidentes graves que *impiden* poder servir.

### PSOITIS.

254. La *Psoitis* es susceptible de una terminacion feliz, pero tambien se le ve producir abscesos, retracciones del miembro inferior sobre la pelvis, accidentes que determinan la *incapacidad* para servir en el ejército.

### FLEGMONES Y ABSCESOS.

256. Los *flegmones y abscesos de la fosa iliaca*, cualquiera que sea el origen, necesitan la *exencion*; la *inutilidad* no tiene lugar sino en casos de inutilidad.

### ENFERMEDADES DE LA REGION ANO-PERINEAL.

La parte inferior del recto y el orificio del ano ocultan muchas veces alteraciones incompatibles con las exigencias de la vida militar; es muy importante que el médico que reconoce explore siempre esta region.

### HERIDAS, CONTUSIONES DEL PERINÉ.

256 Las *heridas y contusiones del periné* cuando interesan la uretra pueden ser graves y provocar la *exencion*, acarrear con frecuencia estrecheces uretrales que necesitan algunas veces la *licencia por inútil*.

#### HERIDAS DEL ANO.

257. Las heridas ó desgarraduras del ano , como no presenten complicaciones , no motivan la *exencion*.

#### FLEGMONES Y ABSCESOS.

258. Los flegmones y los abscesos del periné , producidos por una lesion de las vías urinarias ó sintomáticos de lesiones huesosas , son motivo de *exencion* y algunas veces de *inutilidad*.

#### FISURAS DEL ANO.

259. La *fisura del ano* las más de las ocasiones está ligada á hemorroides ó á la sífilis , tambien se complica con la contractura del esfinter del ano y raras veces debe determinar la *exencion*. Esta enfermedad es en ocasiones muy penosa para los enfermos , pero la curacion es fácil por medio de un tratamiento apropiado y de una operacion quirúrgica poco importante.

#### FÍSTULAS URINARIAS Y DEL ANO.

260. Las *fistulas* situadas en el periné ó alrededor del ano , que estén en comunicacion con las vias urinarias ó con el tubo digestivo , ó sean sintomáticas de caries y necrosis de los huesos de la pelvis , las *fistulas del ano incompletas* complicadas con un desprendimiento extenso del recto , producen la *exencion*. Los medios quirúrgicos deben haberse empleado sin éxito ántes de proponer la *inutilidad*.

#### AFECCIONES SIFILÍTICAS.

261. Las afecciones sifilíticas leves del ano y del recto ; *úlceras*, *placas mucosas*, *vegetaciones*, *blenorragia del ano* no motivan la *exencion*.

#### AFECCIONES DEL RECTO.

262. Las *afecciones del recto*, *úlceras de mal carácter*, *carcinomas*, son causas absolutas de *exencion* y de *inutilidad*.

#### ESTRECHEZ DEL RECTO.

263. Las *estrecheces del recto* que puede ser la consecuencia de diversas lesiones , de heridas , *úlceras* , de afecciones sifilíticas , *carcinomatosas* , etc., situadas en el orificio del ano ó en un punto más elevado del intestino , es una causa de *exclusion* del ejército , y si no puede ser combatida con éxito necesita la *inutilidad*.

una separacion mayor ; puntos de sutura sostienen el colgajo y las pestañas en él implantadas.

Lo repito, el principio es excelente, mas á pesar de la autoridad de estos especialistas, no temo deciros que la aplicacion hecha es mala.

Sucede más de una vez que el colgajo de Graefe y el puente de Arlt se esfacelan y el párpado ha sufrido una mutilacion deplorable.

Tales son los principales métodos empleados, y cuyos defectos ó insuficiencias os demuestro. Despues de ver sus inconvenientes me he detenido en un método, que llamaré eclético, y que me da todos los dias los resultados que sabeis.

Está basado en dos principios.

1.º El deslizamiento del labio ciliar en el borde del párpado.

2.º El ensanchamiento de la abertura de los párpados para relajar el en que se opera. Recordad, en efecto, que despues de la inflamacion que ocasiona la triquiasis, están los párpados como sujetos, y su abertura estrechada considerablemente. Si no dais á los párpados su flexibilidad, la operacion quedará sin resultado.

Ved en qué consiste la que me habeis ayudado á hacer tantas veces :

Si el sujeto es pusilánime ó se trata de un niño, le someto á la accion del cloroformo: mas prefiero no hacer uso de los anestésicos, porque á veces la operacion es un tanto larga y es difícil obtener una inmovilidad absoluta mientras dura.

*Primer tiempo.* Acostado el enfermo frente á una ventana con buena luz, y la cabeza sostenida por un ayudante, practico con las tijeras una seccion de la comisura externa en todo su espesor, prolongando la incision hasta el fondo de saco de la mucosa. Los tejidos, que son asiento de una inflamacion crónica, dan á veces mucha sangre, pongo agua fria y espero que deje de salir; entónces un ayudante, colocando un dedo por bajo y otro por encima de la herida y tirando en sentido contrario, transforma la seccion horizontal en vertical. Aplico luégo tres puntos de sutura para reunir los bordes de la mucosa al correspondiente de la piel, operacion que tiene por objeto impedir la union de los labios cutáneos entre sí.

Señores, la pequeña operacion que acabo de describir no es otra que la de Pagenstecher para el entropion. *Cuique suum*. Es sencilla, fácil de ejecutar, tiene por resultado dar á los párpados laxitud, hacer fácil su enderezamiento y disminuir el frote sobre la córnea.

*Segundo tiempo.* Pasada la placa de marfil bajo el párpado, para darle un punto de apoyo, y confiada á un ayudante, se introduce un cuchillo de cataratas en el espesor del borde libre, *entre las pestañas y los orificios de las glándulas de Meibomio*, á la profundidad de 3 á 4 milímetros, pero sin hacer salir la punta del instrumento á través de la piel. Introducido el cuchillo delante del cartilago tarso, practico el desdoblamiento del párpado en una extension un poco mayor que la correspondiente á la desviacion.

Esta vez, señores, es una parte del procedimiento de Arlt lo adoptado; difiere, sin embargo, de éste en que la piel no se interesa.

*Tercer tiempo.* Retirada la lámina y detenido el curso de la sangre, for-

mo con pinzas un pliegue en la piel, paralelamente al borde ciliar, y disloco así este borde cuanto juzgo necesario.

No temais llevarlo demasiado, más fácil es caer en el extremo opuesto. Determinado convenientemente el pliegue, se pasa de un lado á otro á través de su base una aguja con un hilo de seda. La pinza se separa, y se practica un nudo doble, cortando sobre éste los cabos. Se aplican de la misma manera con otros hilos, en mayor ó menor número segun la importancia de la desviacion. Esta vez, señores, mi eclecticismo no ha salido de Francia; es la sutura de M. Gaillard.

Terminada la operacion, se lava la parte y aplica en el ojo una compresa mojada con agua fresca y sostenida con un vendaje circular. Durante los dos primeros dias se humedece esta cura con agua fresca; al tercero, corto los hilos que reunen la mucosa en el ángulo del ojo, los de los párpados se abandonan hasta que caigan espontáneamente.

Tal es, señores, el tratamiento que he adoptado y que responde á todas las indicaciones; le habeis visto aplicar las veces suficientes para que formeis opinion acerca de su valor é inocuidad. Puedo, en efecto, afirmaros, no le han seguido jamás accidentes serios; las solas complicaciones que puede presentar son: edema de los párpados, ulceracion de los puntos de sutura, y por último, una erupcion pustulosa en el contorno de la órbita, que me parece causada al contacto de los líquidos segregados por el borde ciliar operado. Nada hay que hacer contra el edema, desaparecerá por sí solo ó ayudado á lo más por ligera compresion. Si los puntos de sutura se ulceran, lo que como lo habeis visto ocurre á veces en los niños escrofulosos, empleamos algunos toques con nitrato de plata. Finalmente, contra la erupcion pustulosa, que habeis á menudo comprobado, la pomada de calomelanos sabeis es segura.

Nada añadiré, señores, para recomendaros este tratamiento de la triquiiasis, pues vosotros habeis apreciado frecuentemente su valor.

*Trad. A. MENDEZ.*

(*Recueil de memoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, núm. 188.*)

## SIFILOGRAFÍA.

**Fagedenismo terciario del pié. Tisis sifilítica simulando la tisis comun. Tratamiento específico. Curacion.**

MEMORIA LEIDA EN LA ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

POR EL DR. AL. FOURNIER. (1)

La observacion de que voy á dar cuenta á la Academia, creo merece llamar la atencion bajo dos conceptos: primero, como caso de *fagedenismo terciario* desarrollado en un punto insólito, el pié; segundo, como un ejemplo

(1) El interes que encierra esta Memoria del Dr. Fournier, de París, nos ha movido á traducirla, pues consideramos sumamente útil su lectura, sobre todo para los individuos de nuestro Cuerpo, que con tanta frecuencia tienen que prestar los auxilios de la ciencia médica á sifilíticos, los cuales constituyen la mayoría de los enfermos de los

manifiesto de *tisis sifilítica* simulando una tisis comun en su más alto grado, y curada expresamente por el tratamiento específico.

Véase aquí en pocas palabras el caso. El 13 de Julio de 1873 llegó al hospital de Lourcine, arrastrándose más bien que andando, una mujer jóven todavía, de un aspecto sumamente miserable, afectada de la horrible lesion que reproduce fielmente este vaciado en cera, debido al hábil artista M. Jumeilin. Fué admitida al punto, y al dia inmediato en la visita la hallamos en el estado siguiente: aspecto caquético de los más marcados; demacracion general; el semblante expresando á la vez el sufrimiento y el aniquilamiento; piel amarilla, seca y terrosa; postracion de fuerzas; pulso notablemente débil; en una palabra el exterior y todos los síntomas de un deterioro orgánico, vecino del marasmo

Respecto á la lesion del pié, que desde luego llamó nuestra atencion, refiere la enferma que próximamente haria un año que se le presentó una especie de grano costroso en el dedo grueso del pié; que este grano degeneró en una *úlcerá viva*, la que abandonada á sí misma, sin someterla á ningun tratamiento, adquirió de pronto en estos últimos meses una extension formidable, destruyendo á su vez el segundo dedo, despues el tercero, y en seguida parte del cuarto; que por último estos dedos se han desprendido á pedazos espontáneamente, dejando á descubierto la extremidad de los huesos, que se deshacían hechos polvo, ó que la enferma arrancaba con sus uñas.

Indolente en su origen la lesion, se hizo despues en extremo dolorosa, sobre todo en estos últimos tiempos, ha producido sufrimientos atroces, en tanto que la enferma, desprovista de toda clase de recursos, y debiendo atender á las necesidades de cinco hijos, no había podido suspender su trabajo, y se veía obligada, por su profesion de lavandera, á estar de pié todo el dia. Otra circunstancia digna de mencionarse, porque tal vez ella haya podido influir en el desarrollo del fagedenismo; para soportar sus sufrimientos, y á fin de adquirir fuerzas para trabajar, esta desgraciada mujer, hasta entónces muy sobria, se dió á la bebida, no sosteniéndose, decia, sino aturdiéndose á fuerza de pequeños vasos de un aguardiente malo: en fin sólo vencida por intolerables dolores, y por el agotamiento completo de sus fuerzas, es como se decidió á venir á reclamar nuestros cuidados.

En la actualidad, el 19 de Julio, la ulceracion se presenta con estos caracteres: enorme úlcera fagedénica, que ocupa toda la extremidad del pié, desde la cara plantar á la parte anterior del metatarso, y del borde externo del primer dedo al borde interno del quinto: mutilaciones considerables á este nivel; el dedo grueso con una profunda muesca en su mitad externa; el segundo y tercer dedo casi absolutamente destruidos; el cuarto deshecho en sus dos terceras partes, el quinto es el único que está casi intacto, excepto en su cara interna, que se halla muy ulcerada. La ulceracion no mide ménos de 10 centímetros transversalmente sobre una profundidad de 3 á 8 centí-

---

hospitales militares. Esta es la razon porqué nos hemos ocupado en otros números de esta y otras formas de la sífilis, por ser tanto dicha enfermedad como la tuberculosis, dos afecciones patológicas que con harta frecuencia se observan en el ejército.

tros; ofrece como úlcera el aspecto más detestable; los bordes cortados á pico; el fondo en extremo desigual, anfractuoso, sembrado de excavaciones profundas, violáceo y sanguinolento en la mayor parte de su superficie, de blanco gris, pultáceo, putrilaginoso, sembrado además de islotes verduscos, y también negruzcos y manifiestamente gangrenosos. Esta úlcera segrega una gran cantidad de líquido sanioso, un verdadero icor, que mancha los lienzos de un gris rojizo, y exhala un olor de insoportable fetidez; en fin, se halla rodeada de una gran aureola edemo-erisipelatosa, que hincha considerablemente el pié, y sube en disminucion hasta el nivel de los maléolos.

¿Qué carácter es el de esta lesion? Por numerosas razones, que sería superfluo reproducir aquí, el primer diagnóstico que se presenta á la mente es el de un *fagedenismo sífilítico*. Luego esta presuncion fué inmediatamente confirmada con las manifestaciones de la enferma, que sin hacerse rogar, refirió haber padecido algunos años ántes placas mucosas en la vulva y garganta; de granos en el cuerpo, bultos en el cuello, dolores de cabeza nocturnos con caída abundante de los cabellos, etc. etc. La sífilis estaba atestiguada por antecedentes no dudosos; añadamos que contraída en condiciones deplorables de miseria y alimentacion insuficiente, tratada muy irregular y muy incompletamente, había esta sífilis trastornado de un modo considerable el organismo de la enferma, que sana y robusta ántes, parecía no haberse restablecido desde entónces, viendo declinar sus fuerzas, dejando de tener sus reglas hacia diez y ocho meses, y habiendo enflaquecido en extremo.

Así la causa esencial y primitiva, el contagio sífilítico. Causas ocasionales que se habían agregado; deterioro progresivo de la economía bajo la triple influencia de la miseria, el trabajo excesivo y el alcohol; falta de todo tratamiento é higiene; irritacion local sostenida por la fatiga y el desaseo etc.; todo se reunía para explicar en nuestra enferma el desarrollo y sostenimiento de un *fagedenismo específico*.

Formado así el diagnóstico, se estableció el tratamiento conforme con él; consistiendo en esto: reposo, baños repetidos; ioduro de potasio ó dosis ascendentes de 1 á 4 gramos por dia; vino de quina; fricciones cotidianas bajo las áxilas con 4 gramos de ungüento mercurial doble; por último, cura por oclusion con esparadrapo mercurial de Vigo.

Los efectos de esta medicacion fueron inmediatos y sorprendentes; pues apénas habían pasado algunos dias cuando el fagedenismo estaba contenido en su marcha, y la úlcera modificada en su aspecto, detergida, rojiza, con mamelones carnosos, tendiendo manifiestamente, y con rapidez, á la cicatrizacion. Sería abusar de la benevolencia de la Academia señalar cronológicamente los detalles de este proceso reparador, que por otra parte no ofrecia ninguna particularidad especial. Me bastará decir que esta ulceracion tan extensa y amenazadora el 19 de Julio, se halló absoluta y definitivamente cicatrizada el 28 de Setiembre, esto es, despues de 40 dias de tratamiento.

Tal resultado obtenido en tan breve tiempo confirmaba del modo más significativo el diagnóstico establecido acerca de la naturaleza de la lesion.

Un fagedenismo situado en tal punto, de la extension y forma citada, contenido y dominado de este modo con el tratamiento específico, es ciertamente

un signo de interes ; pero tambien hechos parecidos ó análogos se han observado más de una vez. Sin embargo, señores, me hubiese abstenido de referir esta historia , si otro punto , el ménos comun y muy curioso, no debiera someterse tambien á vuestra consideracion; ese punto se reduce á lo siguiente:

He dicho que la enferma se presentó con un aspecto en extremo caquéctico. Este aspecto no era evidentemente la lesion local sola quien podía dar cuenta de él. *A priori*, se debía tambien suponer que un deterioro tan profundo de la economía estaba ligado á algun padecimiento orgánico ó á alguna lesion grave visceral interior. ¿Qué lesion era esa ? Hé aquí lo que faltaba descubrir.

Así por el hábito general como por el conmemorativo, una sospecha se presentaba desde luego , y naturalmente era la de una *tuberculosis pulmonar*. Además de toda duda posible, nuestra enferma tenía el exterior y la fisonomía de una tísica. En segundo lugar , la presuncion deducida del hábito exterior hallaba inmediatamente un apoyo formal en ciertos fenómenos acusados por la enferma , que decía tosía con sacudidas intensas hacia algunos meses , que expectoraba gran cantidad de esputos verdes y purulentos , que experimentaba opresion , anhelacion , con dolores de costado frecuentes , que además se quejaba de accesos febriles y sudores nocturnos profusos , que ya no comía ni digería , etc. , etc. , sintomas cuya significacion parecía poco dudosa.

En tercer lugar, el exámen físico del pecho venía á corroborar el diagnóstico en el mismo sentido. La percusion y auscultacion nos revelaba : en el vértice del pulmon izquierdo, y sólo en este punto, pues el resto del órgano parecía estar sano, matidez bastante extendida por delante y por detrás , y muy marcada con pérdida absoluta de elasticidad bajo el dedo , en el mismo nivel , ruido respiratorio áspero , intenso y verdaderamente cavernoso ; además estertores cavernosos y gorgoteo de gruesas burbujas despues de toser. En resumen, veis, señores, alteraciones generales y funcionales locales, signos físicos , concurriendo todo á acusar la tisis pulmonal.

En efecto, tal fué , lo confieso , el diagnóstico que formé ; sin vacilacion juzgué á la enferma tuberculosa , tísica en tercer grado con cavernas. Sin embargo , no se me ocurrió en aquel momento la idea de una afeccion pulmonal sífilítica ; creía todo lo contrario y discutía con mis discípulos , ó con los médicos que me dispensaban el honor de seguir mi visita , la hipótesis de una infiltracion gomosa pulmonal , de una caverna gomosa. Pero no formé esta hipótesis sino para abandonarla; tan racional me parecía en aquel estado, en lugar de invocar una rareza , una excepcion , que por otra parte ningun signo lo legitimaba , de atenerme á lo que era más sencillo y probable ; tan justificado me parecía este diagnóstico de tisis comun por las causas que habían preparado la enfermedad y por los síntomas generales y locales que la revelaban, y tambien por esa localizacion tan significativa (al ménos así la creí) de los signos físicos del vértice del pulmon.

Pues bien , me engañaba y la evolucion ulterior me lo probó de modo de no permitirme permanecer mucho tiempo en mi error.

Lo que siguió apénas se estableció el tratamiento, fué una modificacion casi repentina de todas las alteraciones morbosas , fué una restauracion rá-

pida de la salud , con atenuacion , despues desaparicion de los signos físicos de las lesiones pulmonales , en una palabra , fué la más sorprendente é inesperada de las curaciones.

Nuestra enferma , lo repito con toda idea , estaba absolutamente caquéctica cuando entró en el hospital ; que estaba pálida , y más que pálida , amarilla ; que se hallaba en extremo enflaquecida , debilitada , extenuada ; que no retenia los alimentos , que sus reglas no se presentaban hacia 18 meses ; nuestra enferma , que se creía próxima á una terminacion fatal , se halló repentinamente mejorada . Volvió el apetito , comía y digería : bien pronto su exterior se modificó ; su rostro volvió á adquirir sus colores y vida ; sus fuerzas se levantaron , reaparecieron sus reglas , en seguida principió á engrosar , y mucho , así fué que tres meses despues la metamórfosis era completa : evidentemente la enferma entónces estaba desconocida ; por último , cuando nos dejó en Noviembre , es decir , despues de cuatro meses , esta mujer estaba gruesa , completamente robustecida , habiendo adquirido todas sus fuerzas y toda su salud primitiva .

Añadiré que la hemos vuelto á ver despues varias veces , y siempre en el mismo estado floreciente . No es esto todo : al mismo tiempo que se modificaba de este modo el estado general , las lesiones locales del pulmon experimentaban una modificacion paralela , doblemente atestiguada por la atenuacion de las perturbaciones funcionales y la desaparicion de los signos físicos .

Por otra parte , despues de algunas semanas de tratamiento , la opresion y los dolores de costado desaparecían para no presentarse más , la tos disminuía de un modo considerable y la expectoracion se hacía mucho ménos abundante , ménos purulenta y más catarral . Por otro lado , la matidez del vértice se iba reduciendo en extension y calidad del sonido . El ruido respiratorio disminuyó primero de intensidad y aspereza , para desaparecer despues ; había ménos estertor y era limitado . En el período próximamente de seis semanas , los signos físicos se redujeron á alguna crepitacion y estertores subcrepitantes diseminados ; despues el cambio fué más completo . Cuando volvimos á ver á la enferma algunos meses despues , era preciso efectuar una auscultacion minuciosa para hallar pequeños indicios de la lesion , á saber , cuando más un grado ligero de aspereza relativa de la respiracion , con algun escaso estertor crepitante seco , perceptible sólo despues de toser . Nada más que esto subsistía de los signos anteriores .

La pretendida tuberculosis se había desvanecido , ó más bien porque entónces no podía ser ya cuestion de tuberculosis , las *lesiones gomosas* del pulmon se habían cicatrizado ó reabsorbido . Digo lesiones gomosas , y en efecto , por la evolucion morbosa , por los resultados de la medicacion , era bien evidente que entónces teníamos que tratar una lesion de este género . ¿ Qué otra lesion que un goma hubiera producido tales síntomas , para desaparecer y curar tambien ? ¿ A no ser un goma qué otra lesion hubiera podido indurar y excavar en un mismo grado el parénquima pulmonal para reabsorberse y cicatrizarse como en este caso ? ¿ Hubiera podido ceder al tratamiento antiséptico otra lesion que un goma ? Aquí halla su aplicacion aquello de la *naturaleza de las enfermedades demostrada por su curacion* .

Nuestra enferma había sido afectada , coincidiendo con una úlcera fagedénica del pié , de una infiltracion gomosa pulmonal. Y esta última lesion localizada en el vértice del órgano , revelándose á la vez por las perturbaciones funcionales y por los signos físicos de una tuberculosis , reaccionando además sobre la economía de modo de producir un estado general idéntico al de la tuberculosis , nos había hecho creer en un caso de tisis comun. Este es el hecho observado.

El error que he cometido y que confieso , ¿ lo hubiera evitado un médico más hábil ? Nadie más que yo se halla dispuesto á creerlo. Pero no fué el resultado de un exámen superficial poco atento ó ligero. Por el contrario , el diagnóstico se estableció muy reflexiva y muy meditamente despues de discutirlo. Si yo no me engaño , esta observacion servirá de alguna enseñanza ; y creo que constituirá el interes de ella.

En esta observacion resaltan varios puntos , que sin entrar en la discusion general de la tisis sifilítica , ruego á la Academia me permita indicarlos brevemente.

I. Es tal la frecuencia reconocida con que la tuberculosis se presenta en el vértice del pulmon , que toda lesion de este órgano localizada en este sitio se hace al punto sospechosa por esa causa , y parece llevar consigo el sello de la tuberculosis. El vértice del pulmon afectado casi equivale á un certificado de tisis comun : esto es , al ménos , una generalizacion desmedida. Porque la sífilis , para no hablar de ella sino un instante , puede como el tubérculo afectar el vértice del pulmon. Que no sea este su sitio predilecto , demasiado lo conozco , pero no excluye este asiento , esto es lo que no debe olvidarse : pero cuando va á alojarse allí , al vértice del tórax , toma , *ipso facto* , de la tisis comun uno de sus caractéres más habituales y distintivos : así adquiere , permitaseme la expresion , la máscara de la tisis comun , apoderándose de su terreno predilecto : de aquí nace una causa posible de error ; y esta primera observacion puede ser útil tenerla presente en la práctica.

II. Lo no ménos cierto es que toda lesion acompañada de perturbaciones generales ( y á *fortiori* las alteraciones generales graves , próximas á la caquexia ) despiertan con ellas la sospecha de la tuberculosis. Siempre que se ve á un enfermo que se desmejora con signos de lesion pulmonal , se está inclinado á considerarlo como un tuberculoso ; otra generalizacion no ménos viciosa que la anterior. Porque lo que hace la tisis comun , lo que ella produce como reaccion en el conjunto del organismo , otras lesiones pulmonales pueden producirlo igualmente , como por ejemplo las de origen sifilítico. Es indudablemente una consuncion pulmonal sifilítica , en la acepcion etimológica de la palabra , es una *tisis* sifilítica comparable en un todo á la tisis tuberculosa.

Creo se ha dicho muchas veces y se insiste en esta idea , que el tísico , por la sífilis , es un tísico que lo pasa bien ; en otros términos que las lesiones pulmonales de la sífilis son y no son más que lesiones *locales* , que no reaccionan , ó si lo hacen , es poco en el estado general , y son compatibles con una salud pasadera y hasta satisfactoria. Sin duda hay tísicos de esta clase por causa de la sífilis , pero no de este género. Es cierto que se han visto su-

jetos, tener una caverna gomosa del pulmon, conservando aparentemente y de hecho una salud mediana ó hasta buena; y acerca de lo primero, citaría ahora ejemplos, si no fuera superfluo, despues de la observacion siempre citada que debemos á M. Gubler (1). Pero si tal es uno de los tipos de las afecciones pulmonales sifilíticas, ese no es desgraciadamente para los enfermos el tipo único. Si en ciertos casos el estado general puede resarcirse de estas lesiones, por decirlo así; en otros casos, por el contrario, resiente el contragolpe, y aún muchas veces lo sufre de un modo grave. Entónces es cuando se halla constituida la tisis sifilítica propiamente hablando; y tambien es entónces, cuando combinada con fenómenos de enflaquecimiento y anemia, de consuncion, los accidentes pulmonales de la sífilis adquieren la facies de la tisis comun, hasta el punto de engañar á los observadores más atentos y prevenidos (2).

III. ¿En el caso actual á qué ha debido la curacion de la tisis sifilítica nuestra enferma? A su fagedenismo del pié. Puedo decirlo; esta lesion es la que la ha salvado, porque en vista de esta lesion, solamente es como se ha establecido el tratamiento; sin la coincidencia eventual de este accidente, hubiera muerto, no lo dudo ni un solo instante. ¿Y por qué? Porque presentándose entónces con el hábito, alteraciones locales y generales de la tisis comun, *sin que otra cosa llamase la atencion hácia la sífilis*, se hubiera considerado infaliblemente como una tuberculosa y tratado como tal, lo que hubiera sido su sentencia de muerte. Y esto es lo que más de una vez (los hechos lo atestiguan), ha dejado morir, como tuberculosos, enfermos que se hubieran salvado como sifilíticos. En otros términos, si la tisis sifilítica, aún cuando coincida con otras manifestaciones de la diátesis, hay que reconocerla y someterla al tratamiento que le conviene, es muy diferente cuando existe sola, aislada, no asociada á accidentes especificos contemporáneos. En este último órden de casos, es sobre todo cuando se corre el riesgo de desconocerla y juzgarla de tuberculosis comun. Una sorpresa no es solo posible en semejante ocurrencia; es casi fatal, necesaria, me atreveré á decir: tanto esta tisis sifilítica *aislada*, simula por el conjunto de sus fenómenos locales y generales la tisis comun.

De aquí se desprende este precepto, presentando á la observacion una lesion pulmonal alguna analogía, alguna identidad de síntomas con la tisis comun, siempre es prudente investigar, si no podría atribuirse á la sífilis como causa primera, y examinar al enfermo bajo este punto de vista especial: en una palabra, importa siempre no olvidar que existe una sífilis pulmonal, y ésta puede tomarse fácilmente por la tuberculosis. Ante un tísico ó de un sujeto considerado como tal, varias veces ha tenido uno la satisfaccion de ver que una investigacion hecha acerca de los antecedentes especificos del enfermo, ha venido de pronto á esclarecer el diagnóstico y corregir un error ya cometido. En una palabra, á dar una participacion á la sífilis como origen

(1) Landrieux.—*Des pneumopathies syphilitiques. These de Paris. 1872.* Obs. V, p. 53.

(2) *De la phthisie syphilitique.* Leccion dada en el hospital Lourcine por el Doctor Fournier, redactada por Schovartz. *Gaz. hebd. de med. et de chir.*, 1875.

posible de afecciones consecutivas del pulmon, tal es la moral de varios hechos contenidos en la ciencia, como tambien de la observacion precitada.

IV. Por último, el punto más curioso, el más culminante que resalta de nuestra observacion, ¿no es el de la curacion, que califico de nuevo de extraordinario, de esta curacion obtenida en condiciones, en apariencia las más desfavorables? Cuando la enferma entró en Lourcine, no creia, ni tampoco nadie hubiera creido, que debiese salir más que por la puerta del anfiteatro; pero salió por la puerta principal, y salió triplemente curada de la lesion del pié, de la del pulmon y de su caquexia. ¿Qué prueba esto, señores, desde el punto de vista que en la actualidad nos ocupa? Prueba que las lesiones pulmonales de la sífilis, léjos de ser sólo curables en su primer período y en sus formas benignas, son curables tambien en fases más adelantadas y bajo formas amenazantes bajo otro concepto. Eso prueba que pueden curarse aún en estado de infiltracion extensa en via de reblandecimiento, ó despues de la formacion de las cavernas; que pueden curar áun complicadas con alteraciones generales graves que se presentan bajo el aspecto y con la fisonomía de una *tisis* verdadera; que en fin, pueden curar, como en el caso actual y contra la prevision, hasta en enfermos consumidos, ahilados, absolutamente caquéticos en toda la extension de la palabra.

Estos resultados sorprendentes, prodigiosos de la medicacion especifica, no deben perderse de vista; pues por raros y excepcionales que puedan ser, no dejan por eso de constituir un medio de salvacion inesperada para los desgraciados enfermos que se considerarian desahuciados; y esta es la ocasion oportuna de repetir lo que ha dicho con su autorizada voz mi ilustre maestro M. Ricord: que en la sífilis no se debe desmayar, que es curable todo, á veces hasta lo imposible.

R. H. POGGIO.

(Ann. de dermatologie et de syphilographie.)



## REVISTA TERAPEUTICO-TOXICOLÓGICA DE 1878

POR EL DR. CABALLERO

MÁRCOS PEDRELLI. (4)

*Jaborandi*.—Segun Petithau, la accion sialaloga es constante, la diaforética lo es ménos y todavía ménos la diurética; por lo tanto, este medicamento se emplea con éxito: 1.º en toda enfermedad catarral ó reumática subaguda ó crónica, cualquiera que sea su localizacion: 2.º en las hidropesias sin alteracion de los riñones, y cuando la anemia no es muy pronunciada: 3.º en ciertos casos de fiebre intermitente perniciosa en que se retrasa la reaccion (bien entendido que sin prescindir del uso del sulfato de quinina): 4.º en las enfermedades de la piel de forma seca (psoriasis, etc.): 5.º en las enfermedades sífilíticas crónicas (con el concurso del mercurio y del yoduro): 6.º en la intoxicacion mercurial: 7.º en la difteritis? Los cuidados que reclama su uso son: 1.º dar el medicamento en ayunas: 2.º variar las dosis se-

(4) Continuacion de la pág. 179 del presente tomo.

gun los casos y conservar la dosis de 4 gramos como tipo ordinario : 3.º variar la temperatura de la infusion segun el efecto más ó menos sudorífico que se desee obtener : 4.º sostener la temperatura á 18 ó 20 grados de un modo constante : 5.º no permitir al enfermo salir de la cama ó exponerse en cierto modo á un enfriamiento : 6.º dar la bebida caliente, si el enfermo lo desea ; de este modo rara vez produce la salivacion : 7.º tener á la mano algun excitante para sostener, si es necesario, las fuerzas del enfermo. En caso de envenenamiento se puede usar la belladona como contraveneno, que parece ser la antagonista del jaborandi en su accion sobre las glándulas salivares y la piel.

El Sr. Suender quiere que el jaborandi sea el medicamento especial para combatir la intoxicacion urinaria. Sus conclusiones son : 1.º El jaborandi es el medicamento especial para combatir las formas agudas de la intoxicacion urinaria : 2.º su administracion debe tener lugar cuando haya pasado el periodo de frio : 3.º la mejor forma de administrarle es la infusion teiforme de 3 ó 4 gramos de hojas contundidas en 120 ó 150 de agua, durante 15 á 20 minutos : 4.º el uso del jaborandi no excluye los demas cuidados recomendados en estos casos : 5.º el enfermo despues de tomar el medicamento, debe adoptar un decúbito lateral, para facilitar la emision de la saliva : 6.º si en el momento indicado para la administracion del remedio el enfermo estuviese en el periodo de la digestion, puede sobrevenir un cólico : 7.º en su caso debe usarse el jaborandi por la via rectal, infundiendo 6 ú 8 gramos de hojas en 100 de agua : 8.º para calmar la sed que se desarrolla mientras dura la accion diaforética, conviene usar infusiones tibias de borraja ó de tilo, pero en cortas cantidades, para evitar el vómito : 9.º la atropina y el café son antagonistas del jaborandi : 10.º la infusion de jaborandi debe administrarse una sola vez para combatir un acceso de intoxicacion aguda : si al siguiente dia repitiese la accesion, puede repetirse el remedio : 11.º Las formas agudas benigna, grave ó perniciosa de la intoxicacion urinaria, se combatirán administrando vino de quina, jerez, coñac ó rom, durante el periodo de frio, en pequeñas cantidades, pero sostenidas, y continuando este régimen hasta establecerse francamente la reaccion ; este momento es el preciso en que debe darse la infusion de jaborandi : 12.º este medicamento no debe administrarse en la intoxicacion lenta, es decir, cuando falta la forma accesional y predominan el abatimiento general y perturbaciones gastro-intestinales intensas.

*Kava.*—La raíz de kava (*piper metisticum*), posee segun Gubler una doble propiedad ; por un lado es cefálica é inebriante, y por otro diurética y blennostática. La embriaguez de la raíz de kava es muy especial y no se parece á la alcohólica. Ademas, la maceracion llamada *Ava* no sufre ninguna fermentacion alcohólica, y la maceracion anterior de la raíz da por resultado produciendo su glucosa un líquido aromático de un sabor dulce ó azucarado. Entre los sintomas de eso que se llama avaismo agudo, el más notable consiste en una excitacion genésica, que tiene su asiento, nó en los órganos sexuales, sino en los centros nerviosos que presiden el instinto de la reproduccion, sin priapismo ni eretismo. La raíz de kava posee además la propiedad de moderar el estado inflamatorio de los órganos génito-urinarios, y de moderar y suprimir los catarras moco-purulentos uretro-vesicales. Esta accion es debida á una sustancia balsámica oleo resinosa, comparable probablemente á la trementina. Los efectos diuréticos y anticatarrales dependen en parte de esta sustancia oleo resinosa, llamada kavania, y tal vez de un alcaloide todavia desconocido, el cual explica bien la embriaguez particular, del mismo modo que la modificacion en el aparato uro genital. Esta doble accion sobre los órganos génito-urinarios da á la raíz de kava una eficacia notable contra la uretritis, en su periodo más inflamatorio. La doble accion explica el éxito de este medicamento en los casos en que la trementina también es ineficaz, y hace comprender la utilidad de asociar la pimienta, con especialidad la cubeba, cuyos efectos son análogos á los de la raíz de kava, á la oleo-resina de la copaiba, para asegurar la curacion de la blenorragia aguda, intensa. El uso terapéutico de la raíz de kava es tanto más recomendable, cuanto que goza de una propiedad especial y no da lugar á ninguna perturbacion digestiva.

(Se continuará.)



## BIBLIOGRAFÍA.

## TRATADO ELEMENTAL DE HISTOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA

PRECEDIDO DE UN RESÚMEN DE TÉCNICA HISTOLÓGICA,

POR EL DR. D. AURELIANO MAESTRE DE SAN JUAN.

*(Conclusion) (1).*

Prosiguiendo la tarea que emprendimos hace algunos meses, de dar á conocer á nuestros lectores la obra de *Histología normal y patológica* del ilustrado Profesor de dicha asignatura de la Facultad de Medicina de Madrid, vamos á ocuparnos hoy de la tercera y última parte del citado trabajo, con el cual termina la notable é instructiva publicacion del Sr. Dr. Mestre de San Juan, y consagrada al estudio detenido y profundo de la histología patológica, cuyo conocimiento es de tanta importancia para el médico, tanto más, cuanto que requiere del práctico una atención preferente, sobre todo los neoplasmas, pues su diagnóstico en la generalidad de los casos es bastante difícil, á causa de las nebulosidades que envuelven los datos necesarios para constituir los elementos diagnósticos, siendo preciso muchas veces recurrir al exámen histológico para por su medio apreciar la verdadera naturaleza de un neoplasma, por el influjo que este conocimiento ejerce en el tratamiento, porque este variará según sea el tumor dependiente de una diátesis ó no.

Da principio esta parte de la obra con el estudio de esa clase de neoplasmas, que con tanta frecuencia se observa en la práctica, denominada mixomas, que lo constituyen células redondas, por lo general estelares y anastomóticas, separadas por una sustancia fundamental, homogénea, blanda ó líquida, que contiene mucina ú otra sustancia análoga. Esta clase de tumores ofrece muchas variedades que el autor estudia en sus formas de mixoma lipomatoso, cistoideo, fibroso, telangiectásico ó hemorrágico, etc., dando á conocer sus caracteres histológicos, así como la patogenia de los pólipos, que en último resultado, dice, no son otra cosa que una vegetacion del tejido conjuntivo en una de sus formas evolutivas (mucosa).

El estudio de los tumores constituidos por un tejido cartilaginoso; los condromas, en sus diversas fases y formas, en su marcha y metamorfosis, así como en su composicion, precede al estudio de los lipomas, de esas masas circunscritas del tejido adiposo que gozan de una vitalidad autonómica, susceptible de experimentar varias transformaciones que tanto influyen en sus consecuencias morbosas. En esta larga serie de neoplasmas se halla el fibroma, osteoma, angioma, mioma, neuroma, adenoma y papiloma, tumores diferentes á los que consagra el autor muchas páginas de su libro para dar á conocer los caracteres histológicos que les caracterizan, así como los elementos químicos que los constituyen, sin olvidar los fenómenos de su evolucion patológica.

A este estudio sigue el de las hipoplasias, ó sea esos estados morbosos en que se produce una disminucion en el número de los elementos anatómicos del organismo, fenómeno que considera el autor dependiente de una debilitacion del acto nutritivo celular, determinando una falta de desarrollo é disminucion de la actividad funcional en los órganos alterados.

Si llenas de interes se hallan las páginas dedicadas al estudio de los neoplasmas, todavía mayor es el que inspira el artículo 3.º de esta parte del tratado de histología normal y patológica, consagrado al conocimiento del proceso inflamatorio bajo el punto de vista que corresponde al espíritu de dicha obra, y á cuyo estudio da el autor una extension cual requiere materia tan importante. Para evitar las fatales consecuencias que suelen acarrear las discusiones teóricas, estudia el proceso inflamatorio en el terreno experimental y clínico, evitando incurrir, como algunos autores, en un exclusivismo fatal para la práctica y progreso de la ciencia: así es que guiado por este principio y aceptando las doctrinas más conformes con la observacion y la experiencia,

(1) Véase la página 188.

aprecia la patogenia, terminaciones, teorías de la supuración, organización y transformaciones de los elementos celulares de la región inflamada, y además las formas clínicas de la inflamación en sus relaciones con los trastornos anatómicos. No nos es posible seguir al autor en la multiplicidad de materias que abraza esta parte de la obra, pues necesitaríamos muchas páginas para ocuparnos de ella, sólo diremos que revela una vez más la vasta instrucción del autor, y los inmensos estudios que habrá hecho para la redacción de este extensísimo artículo de su libro.

La sección segunda está dedicada al conocimiento de la histología patológica especial, estudiándose las lesiones de los tejidos y sistemas, tales como el conjuntivo, cartilaginoso, óseo, membranas serosas, muscular, vascular, nervioso, tegumentario y glandular, siguiendo á continuación el de las lesiones de los órganos y aparatos, parte en que manifiesta el autor ha tenido que ser lacónico por no permitirle la índole de la obra.

Hemos enumerado las principales materias que abraza el extenso Tratado de Histología normal y patológica del señor Dr. Maestre de San Juan, cuya competencia en esta materia es reconocida por cuantos aprecian los vastos conocimientos que adornan á este ilustrado Profesor de la Facultad de Madrid, alcanzados á fuerza de asiduos trabajos, como lo manifiestan estas líneas de la citada obra. «Nuestra constante afición á los estudios histológicos desde hace 19 años que tenemos la honra de pertenecer al profesorado público, los repetidos viajes que hemos efectuado al extranjero en busca de nuevos conocimientos relativos á esta sección científica, el haber concurrido á los principales laboratorios histológicos de las más reputadas universidades de Francia, Inglaterra, Bélgica, Holanda y Alemania, y nuestra amistad con profesores extranjeros los más sabios en la ciencia histológica, han robustecido cada vez más nuestras aficiones por el cultivo de esta especialidad, que viene á constituir hoy nuestro modo de ser en las esferas de la ciencia. El constante anhelo que nos anima por difundir nuestros conocimientos, y que nos hace pasar gratamente las horas que dedicamos al laboratorio y la cátedra, es lo que ha contribuido poderosamente á que reunamos nuestros apuntes para formar la presente obra.»

Pero en medio de esta ingenua manifestación hallamos expresiones llenas de esa amargura que brota del alma, de esos dolores morales que afligen el espíritu de cuantos hombres se dedican exclusivamente al cultivo de la ciencia, producidos por la lucha sostenida con esas turbas de ignorantes que sólo fundan su fortuna y porvenir en una ridícula farsa, y en censurables intrigas para usurpar al hombre de ciencia el puesto que le corresponde por su saber y talento. Pero si el vulgo rinde un fugaz homenaje á esas reputaciones efímeras creadas en alas de la mentira y del engaño, llega un momento en que desaparecen para siempre en medio del ridículo y desprecio general, pues la charlatanería, dice un historiador contemporáneo, da fama, pero no la conserva; en tanto que el hombre de ciencia, si bien vive desconocido de esas masas ignorantes que constituyen la mayoría de las sociedades, en su tranquilo aislamiento con su saber presta servicios inmensos á ese vulgo que le desdeña, más digno de compasión que de desprecio, levantando con su sabiduría un pedestal para su gloria, que la posteridad sabrá honrar, porque el «número de hombres, que bajan al sepulcro, y viven todavía, es muy reducido; pero ¡cuán prodigioso es el número de los hombres ya muertos sin estar enterrados!» Estas palabras de un sabio escritor demuestran que pocos son los que alcanzan la inmortalidad, y esta solo se consigue con el saber y el talento.

Si el Dr. Maestre de San Juan, en medio de sus amarguras, ha tenido el valor de sobreponerse al desfallecimiento que las malas pasiones produce, y consagrar sus días al estudio para enriquecer nuestra literatura médica con su *Tratado de Histología normal y patológica*, no dude que recibirá la recompensa merecida de los hombres ilustrados y estudiosos, que sabrán apreciar lo que vale su obra, y la posteridad le rendirá el tributo que merece su talento y su aplicación.

R. H. POGGIO.