

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII

MADRID I.º DE MARZO DE 1898

Núm. 257

LA SIFILOFOBIA Y LOS SIFILOFOBOS

Sifilofobia es una modalidad de la neurastenia, y consiste en la idea fija y constante que se apodera de ciertos sujetos creyéndose sifilíticos, cuando en realidad no tienen manifestación alguna de dicha enfermedad. La importancia de la sifilofobia es grande, pues el número de sujetos afectados de tal monomanía es bastante crecido.

El Médico debe conocerla en todos sus detalles, pues si bien no constituye por sí una verdadera modalidad patológica, hace tan miserable y desgraciado al sujeto, que merece la pena le dediquemos algunos párrafos.

Diday es de los pocos autores de la especialidad que ha sabido fijar la atención en estos desgraciados; pero no dedica, en mi concepto, á su estudio toda la extensión que el asunto se merece. En el sifilofobo la idea que domina por completo es la de la sífilis; así es que la sencilla pústula, la pápula, el elemento más insignificante de su piel, es tomado por ellos como signo evidente de la sífilis que creen padecer.

Se pasan la vida observando escrupulosamente el tegumento externo en busca de lesiones, llegando á encontrarlas allí donde no existen, efecto de su preocupación.

Esta idea constante, obrando á la larga sobre organismos débiles de suyo, concluye por convertirles en melancólicos, odiando la existencia, que pasarían alegres si consiguiéramos despojarles de dicha preocupación.

Existen razones sobradas, que nos dan explicación satisfactoria, de la patogenia de esta manifestación neurasténica, siempre que haya por parte del sujeto un fondo neuropático; terreno el más apropiado para que fecunden estos estados pasionales. El principal factor que engendra esta monomanía, es, sin duda alguna, la idea errónea que la humanidad tiene de la sífilis, pues ven en ella una diatésis destructora en poco tiempo del organismo que invade, y

contra la cual la ciencia resulta impotente. Recuerdan esos cuadros terroríficos en que pintan al sifilítico como un ser degradado y repugnante, lleno de úlceras por todos lados, sin órgano alguno sano de su economía, y huyendo la gente de su trato, como se huía antiguamente del desgraciado leproso. Mas como felizmente no es ésto cierto, lo primero que haremos, por deber moral, es convencer al enfermo de que la sífilis no es tan grave como la *pintan*, siempre que se trate metódicamente; que esas sífilis graves, hasta el extremo de pasar del primero al tercer período de un modo rápido, son felizmente raras (sólo he visto en tres años que he asistido á la consulta pública de San Juan de Dios, cuatro casos de sífilis graves entre centenares de sifilíticos), pues la sociedad actual está vacunada por sus antepasados: de aquí que la gravedad haya decrecido, á través de las generaciones, como ocurre con la mayoría de las infecciones.

La incurabilidad de la sífilis es otro de los argumentos que alegan para demostrarnos la lógica de su preocupación. La sífilis *retoña* (dicen ellos) y jamás deja libre de su invasión al pobre enfermo. Procuremos convencerles de que el sifiliógrafo dispone de dos específicos, mercurio y ioduro potásico, que, dados con acierto, combaten todas las manifestaciones sifilíticas por escandalosas que sean. Indicarles que el período terciario de la sífilis, único que ellos temen, por las deformidades que produce, no es de aparición cierta y segura, pues muchos sifilíticos pasan toda su vida sin manifestaciones terciarias y mucho más si siguen un tratamiento que, como el de Fournier, pudiéramos llamar de esterilización del terreno, consistente en dosis pequeñas y sostenidas de mercurio, para evitar la intolerancia. Otra causa de la sifilofobia es la idea que tienen estos sujetos de ver transmitida por herencia su enfermedad, estampando en sus descendientes el sello de la mala vida pasada de sus padres. En este punto es en donde el Médico debe tender con más cariño la mano á su cliente y hacer las veces de *sacerdote*. *Los consuelos son, á veces, el mejor remedio contra ciertos males*. Procure el Médico entrar en explicaciones, que resultarían ridículas en otro caso (pero apropiadas en éste), pues se trata de salvar á un pobre enfermo que sufre moralmente, y que sufre mucho. Inútil sería que el Médico intentase dar medicamentos á un enfermo que físicamente de nada padece. Sólo la *psicoterapia* puede vencer en este caso. Es preciso que se esfuerce el Médico en convencer al enfermo que pasado cierto tiempo (de cuatro á seis años) el terreno

se agota, y el sífilítico puede tener hijos tan sanos como otro cualquiera, ayudada esta afirmación con casos prácticos de sífilíticos antiguos que tienen familia robusta.

Esto es lo que más convence al enfermo. De las teorías podrá dudar, de los hechos nadie duda. Añadir también que dado caso de transmisión á los hijos, la ciencia dispone de medios para curarlos.

Esta clase de monomaniacos, sobre todo si tienen cierta ilustración, acuden á los autores clásicos de la especialidad para convenecerse de que realmente padecen sífilis; resultando que aumenta su creencia, pues desprovistos de base para dichos estudios, confunden cuanto leen. Han visto en tal ó cual obra que en la sífilis se cae el pelo, que se padece de la garganta, que hay erupciones, que duelen los huesos, y como puede haber presentado todos estos síntomas sin que haya tenido sífilis, el enfermo dá plena confirmación á su creencia, de la cual es difícil sacarle, pues tienen en su apoyo (como ellos dicen) á los hombres de ciencia.

El Médico no debe perder de vista esta causa de sífilofobia, prohibiendo en absoluto la lectura de todo libro que se relacione con estos asuntos, pues hacen en ella tanto daño como las novelas en las histéricas. Sólo conseguiremos despojarles de su preocupación demostrándoles que, para tener valor todos esos síntomas por ellos sentidos, es preciso que tengan ciertos caracteres. Que es necesario, de todo punto, haber tenido una lesión primitiva (chancro), infartos múltiples, que la cefalalgia sífilítica es nocturna, que la sífilides no pica más que al descamarse, que los dolores que sintió pudieron ser reumáticos, que las lesiones de garganta pudieron ser catarrales, etc.; es decir, le convenceremos de que en el pasado no ha tenido sífilis, pues si la hubiese tenido podríamos confirmarlo por la periostosis de la tibia, por las cicatrices, el psoriasis de la lengua, etc., y como nada de esto presenta, puede estar seguro de no ser sífilítico. Le convencemos así con sus mismos argumentos y le damos una lección práctica, que si es hombre de ilustración no echará en olvido.

Desde entonces, cesa por completo en su monomanía, recobrando la tranquilidad perdida. Ese enfermo deja de serlo ya, y entra en la categoría de cliente agradecido mirándonos como su salvador, pues si triste es la situación del que sufre un dolor real, más lo es aún la de aquél en que el sufrimiento es moral, pues obra de un modo lento, pero tan fatalmente como el primero.

Tan cierto es lo hasta aquí indicado, que seguro estoy habrá

compañeros que hayan tenido casos análogos al de un cliente mío, hombre grandemente neurasténico, cuya historia voy ligeramente á indicar. Trátase de un hombre de unos 40 años, de cierta ilustración y aprensivo en extremo, que me llama para curarle su *sífilis*, que he de advertir no padecía. Después de un detenido examen sólo conseguí ver una placa de *eczema en estado agudo*, situada en el antebrazo derecho, y otra en *estado seco*, y descamándose en la pierna del mismo lado. Por diversos sitios de su piel presentaba ligeras pigmentaciones de lesiones *ectimatosas* antiguas. En la cabeza había ligera *alopecia*, producida por *seborrea*. Como datos subjetivos; dice el enfermo que tiene *cefalalgia*, tanto diurna como nocturna; que tiene dolores en los huesos los inviernos y ceden siempre con el salicilato de sosa. El pulso es duro á la presión, habiéndome convencido de que abusa de los alcohólicos. Afirma que es sifilítico y que eso le hace estar preocupado, pues comprende lo grave de su enfermedad. Como era cliente ilustrado, creo llegué á convencerle demostrándole que la cefalalgia, tanto diurna como nocturna, no tiene valor como dato sifilítico; que los dolores de huesos que sentía, eran reumáticos; que el pelo se le caía por *eczema seborreico* de la piel del cráneo (no por la sífilis); que sus erupciones no habían dejado la pigmentación típica de las lesiones ulcerosas de la sífilis, etc.; detalles todos ante los cuales el enfermo llegó á convencerse, cesando dicha monomanía de tal modo, que en poco tiempo ha cambiado su carácter excéntrico por otro, si no bullicioso, al menos en armonía con su edad y educación.

Triste es confesarlo, pero muchas veces el Médico poco práctico en sifiliografía, es el que hace sifilofobos á los enfermos con sus errores de diagnóstico.

Acude un sujeto á casa del Médico con un *chancro venéreo*, que por las condiciones del tejido en donde asienta presenta bastante dureza, no dudando en hacer el diagnóstico de *chancro duro*, y mucho más si existe algún infarto, si hay alopecia ó siente el enfermo cefalalgia, aunque estos fenómenos sean del todo independientes de la sífilis.

Tenemos ya en este caso el sobrado motivo para que aquel sujeto, que hasta entonces vivía feliz, pase la existencia atormentado, é investigando el pronóstico de su falsa dolencia.

La mayoría le hablan de la sífilis, como suele hacerlo el pueblo, pintándole casos desesperados, ante los cuales el sujeto entristece y llora por su porvenir.

Remedio eficaz tenemos contra esta causa de sífilofobia, siendo muy parcos y no haciendo el diagnóstico de sífilis sino sobre base segura y firme; pues nadie sabe cuánto es el daño que se causa, sólo por falta de observación.

La lucha que el sujeto sostiene entre la necesidad de tomar un medicamento como el mercurio, infalible en su mayor número de veces contra toda manifestación sífilítica, y por otro lado, su preocupación respecto del mismo, que creen altera la economía y la destroza, contribuye á contristar su ánimo, pues ven más peligro en el *remedio* que en la *enfermedad*. No debe el Médico consentir que idea tan desprovista de fundamento tome carta de certeza en el enfermo; por el contrario, debemos indicarles el enorme número de sífilíticos tratados por especialistas de fama, que han tomado grandes cantidades de mercurio sin producir jamás efecto nocivo; que esos destrozos y esas alteraciones que observan en los mineros de Almadén (dato que todos los enfermos citan) no tienen lugar cuando el mercurio se absorbe por la vía gástrica ó por la piel, siempre que se administren con conocimiento y dejando tiempo preciso para que se eliminen.

La sociedad actual contribuye en parte á aumentar el número de estos desgraciados. Es considerada la sífilis como enfermedad exclusiva de los *viciosos é incorregibles*; de aquí que el sujeto que la padece, difícilmente podrá solicitar la mano de su prometida sin que observe con extrañeza que todos han fijado la vista en su pasado, tachándole de vicioso y oponiéndose al pretendido enlace. La mujer honrada, contagiada por su marido, que debiera ser más digna de compasión que de desprecio, corre la misma suerte y es víctima de idénticas apreciaciones. Sus amistades huyen de su lado, unas por miedo al contagio y otras por evitar ser juzgadas de igual manera que la paciente.

La sociedad no entra en explicaciones sobre la manera de haber contraído la sífilis; no escucha á la infeliz mujer que, en cumplimiento de un deber (como son las relaciones matrimoniales), contrajo su sífilis; no atiende tampoco la defensa del Médico ó partera que en el noble ejercicio de su profesión hayan sido inoculados; á todos les juzga por el mismo rasero, encontrando motivo para señalar á la mujer como *adúltera*, al marido como *vicioso*. Esta es la causa de que los que padecen ó creen padecer esta enfermedad piden con tanta súplica al Médico guarde el *secreto profesional*.....

No tendrían inconveniente estos enfermos en decir que eran *tuberculosos ó cardiacos*, aun sabiendo el triste fin de estas enfermedades, y en cambio procuran á todo trance que permanezca en el silencio su *enorme delito*.....

Hemos de hacer constar que en las consultas públicas se observan rara vez casos de sifilofobia, en tanto que abundan entre la clientela privada, lo cual demuestra lo mucho que influye en su desarrollo el género de vida del sujeto. Es un hecho que la neurastenia predomina entre gente de cierta ilustración, no entre los hijos del pueblo, y lo mismo acontece con la sifilomania, que no es otra cosa que una modalidad de aquélla. El pronóstico de esta dolencia depende de las condiciones individuales, pues no á todos les afectan las impresiones de igual modo; pero lo que no puede negarse, es que la melancolía les aniquila y enflaquece, conduciéndoles muchas veces al suicidio.

M. GUTIÉRREZ Y GUTIÉRREZ.

Médico segundo.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

De la cirugía del pulmón, principalmente en las cavernas tuberculosas y en la gangrena pulmonar.—*M. Tuffier* (de París), *ponente*: La primera neumotomía carece de fecha, y en realidad el primero que la practicó tiene pocos derechos á la inmortalidad. Pero existe en la historia de todas las conquistas quirúrgicas un momento preciso en que los iniciadores de todos los países tratan de atacar una misma región, valiéndose de los estudios experimentales cuyos resultados procuran armonizar con los de la clínica. En lo que concierne á la cirugía pulmonar, en 1873 es cuando empieza esa era científica, con los ensayos de inyecciones intraparenquimatosas ó de incisiones hechas por Koch y Mosler.

Koch daba entonces acceso á la punción pulmonar sobre la incisión; pero, al abrigo de la antisepsia, la neumotomía amplia es reconocida como inofensiva, y ninguno de nosotros vacila actualmente en reseca una ó varias costillas para incindir á cielo abierto un foco pulmonar. Asimismo, los perfeccionamientos sucesivos de la técnica operatoria y los procedimientos de hemostasis definitiva han permitido abordar sin peligro las resecciones parenquimatosas.

Toda intervención sobre el pulmón, comprende tres tiempos distintos: primero, el paso á través del tórax; segundo, á través de la pleura; tercero, la incisión del pulmón.

1.º La toracotomía apenas si se presta á discusión: las partes blandas son seccionadas en una extensión y siguiendo una dirección que varía con las dimensiones y la profundidad del foco pulmonar. La incisión curva, cuya convexidad inferior rebasa el punto inclinado del foco y cuyas extremidades pueden ser más ó menos torcidas, según las necesidades ulteriores, basta para todos los casos. La caja torácica es deshuesada en las mismas proporciones y á tenor de las mismas indicaciones. Las costillas dejan ya de respetarse, ahora que sabemos la gran eficacia de su resección en la cura de las cavidades pulmonares;

2.º Al hallarse el facultativo enfrente de la hoja parietal de la pleura, es cuando surgen las divergencias, porque aquí es donde efectivamente empieza el peligro. Si las hojas pleurales *se hallan adheridas*, se incinde entonces resueltamente en el bloque pleuropulmonar, como antes se ha incidido en las partes blandas. Esa adherencia, que por lo general indica que el foco pulmonar es subyacente, nos prueba que hemos escogido el buen camino, y al mismo tiempo descarta del pronóstico operatorio todos los riesgos de un neumotórax inmediato y de una infección pleural consecutiva. Desgraciadamente, enfrente de una afección pulmonar no podemos contar más que con presunciones sobre si existen adherencias, é ignoramos completamente si serán blandas, flácidas ó resistentes, extensas ó limitadas. Debo decir, con todo, que, sobre 215 operaciones por lesiones sépticas, se han encontrado 190 pleuras adheridas, lo cual representa una proporción de 88 por 100.

Si *no existen las adherencias*, la conducta que cabe seguir es entonces discutible: ó bien *se buscan esas adherencias*, ó *se provocan*, ó *se prescinde de ellas*.

Es indudable que impunemente no se puede abrir de una manera amplia la hoja pleuroparietal, determinar un neumotórax y explorar la serosa y el pulmón: en ocho observaciones en que se produjo un neumotórax total, registro tres muertes rápidas por infección, dos muertes algunas horas después de la operación y tres curaciones solamente, dos de las cuales á pesar de los accidentes de asfixia que habían impedido abrir el foco de supuración; sólo en uno de estos hechos el neumotórax parece no haber determinado ningún accidente, y es posible que, en ese caso, el neumotórax había sido incompleto.

La conclusión se impone: es preferible *buscar ó provocar* las adherencias. Para buscarlas, Bazy introduce — por una pequeña herida de la hoja parietal — el índice en la cavidad pleural, explora, luego cierra esa primera incisión para transportar su campo operatorio allá donde ha encontrado una adherencia ó una induración. Yo mismo he aconsejado que se despegue la hoja pleuroparietal y que se busque en su superficie una irregularidad, una induración que revele la presencia de la lesión pleuropulmonar. Si esta exploración es negativa, ó aun cuando, sin haber insistido en ella, se juzgue que no hay ninguna adherencia, hay que *crearlas*. Este tiempo

operatorio parece muy delicado á ciertos cirujanos que adoptan un procedimiento lento; detienen la primera operación en la hoja parietal y aplazan la incisión pleuropulmonar á una fecha indeterminada, después de haber provocado esas adherencias, ora por aplicaciones repetidas de pasta de cloruro de zinc (Quincke), ora por un taponamiento antiséptico (Krause.) Estos métodos lentos se armonizan mal con los accidentes rápidamente amenazadores de las supuraciones pulmonares; de ahí que la mayor parte de los cirujanos suturan las dos hojas pleurales formando una especie de collar y aíslan de este modo un campo operatorio, en medio del cual penetran hasta el pulmón. Por mi parte, según lo que yo mismo he observado personalmente, entiendo que la mejor conducta que cabe adoptar es la de asir rápidamente el pulmón contraído, conducirlo de viva fuerza hasta la herida torácica y sujetarlo en ella. Esta sujeción ó fijación ofrece numerosas ventajas: atenúa casi instantáneamente los accidentes asfísicos que amenazan, disminuye la ansiedad operatoria, eleva la tensión arterial y permite, después de una alarma más ó menos viva, continuar la operación;

3.º Efectuado el paso á través de la pleura, la *penetración en el parénquima pulmonar* hace indispensable una noción exacta del sitio de la lesión. Si nada en la consistencia del pulmón lo indica, la punción exploradora entonces se impone; positiva, ella guiará la incisión y, si es negativa, la incisión pulmonar y la exploración digital intrapulmonar se harán en tal caso necesarias.

Durante la incisión pulmonar, es de evitar un solo accidente, y aún puede decirse de él que es más sugestivo ó *preocupante* que realmente grave: tal es la *hemorragia*. Las observaciones prueban que este accidente no tiene más que una frecuencia teórica. En los hechos publicados, no hallamos más que dos casos de hemorragia primitiva un poco seria, cohibida, por lo demás, por el simple taponamiento. En una observación de Andrews sobrevino durante una punción una hemorragia mortal, pero la autopsia no fué practicada y hay que hacer notar que el enfermo había tenido desde muchos días antes diversas hemoptisis. Por último, la *entrada del aire* en las venas pulmonares ha causado la muerte de un operado de Quincke.

No me detendré á discutir el mejor modo de incisión pulmonar, dado que cada uno tiene sus indicaciones; por mi parte, prefiero el bisturí en los casos de lesiones asépticas ó bien hasta de abscesos simples.

El foco abierto será minuciosamente explorado de *tactu* y de *visu*, pensando siempre en la multiplicidad de las lesiones antes de taponarlo y de desaguar sin lavado. Los cuidados ulteriores deben tener ante todo en cuenta la imposibilidad de una asepsia completa en esas cavidades pulmonares, que comunican casi siempre con el exterior por los bronquios.

Lo que acabo de decir respecto de la neumotomía es aplicable á la *resección del pulmón*; pero, mientras que los documentos abun-

dan para establecer el balance de la primera operación, la segunda no nos ha suministrado más que 20 observaciones y no permite ningún estudio general.

Para abordar la cuestión de los resultados terapéuticos, debo dividir las lesiones susceptibles de la cirugía pulmonar en lesiones *asépticas* y afecciones *sépticas*. La cirugía pulmonar aséptica se aplica á los *traumatismos* y á los *tumores del pulmón*. La cirugía de las afecciones sépticas tiene por objeto combatir los abscesos, la gangrena, las cavernas tuberculosas, las dilataciones bronquiales y el actinomicosis. Por último, la tuberculosis en su comienzo y los quistes hidatídicos pertenecen á la primera variedad en su comienzo, y pasan á la segunda tan luego como una afección se combina con la enfermedad primera.

Los *traumatismos* graves del pulmón van acompañados á menudo de hemorragia ó de hernia del órgano. En el caso de hemorragia leve, parece que es suficiente la oclusión de la herida. En los casos muy graves, la irrupción de la sangre en la pleura es tan grande, que la misma asistencia inmediata resulta aún harto tardía. Entre estos hechos extremos hay ciertas hemorragias que constituyen por su abundancia y su persistencia un peligro incontestable, pero cuya intensidad no es suficiente para provocar la muerte inmediata. A esta variedad debe acudir nuestra intervención. La rápida y amplia abertura del tórax, la extracción de los coágulos y la limpieza de la pleura permiten hallar el origen de la hemorragia. El taponamiento, la forcipresura, la sutura de la herida pulmonar ponen un término al flujo sanguíneo.

El *prolapso del pulmón* es generalmente consecutivo á una herida de pecho, sucediendo sólo excepcionalmente á una contusión. Sobrevenido en el momento mismo de la herida ó algunos instantes después, conduce á una intervención que varía con el *estado* de la víscera prolapsada. Si el accidente es reciente, si la hernia es aséptica, se pueden hacer ligeros ensayos de reducción acompañados de desagüe. Cuando estas condiciones excepcionales no son llenadas, el cirujano se expondría á reducir un órgano séptico en el tórax; es preferible entonces ligar el pedículo ras con ras del espacio intercostal, excindir la hernia, cerrar y desaguar la herida sin reducción del pedículo. Sin duda esta conducta expone á una hernia tardía, pero esta complicación es rara y, en suma, de poca gravedad.

En los casos de hernia sobreviniendo por contusión del tórax que haya desgarrado los músculos intercostales y dejado debajo de la piel un tumor crepitante, el método generalmente seguido ha sido aguardar la cicatrización de los pequeños desgarros pulmonares al abrigo de una simple inmovilización, seguida de reducción y de compresión. Reynier ha preferido abrir los tegumentos, suturar y reducir el pulmón, y su enfermo ha curado.

Hasta hoy, la neumectomía por causa de *neoplasmas del pulmón* no ha sido aplicada sino á núcleos secundarios ó primitivos del tórax, propagados al parénquima subyacente. Las siete observacio-

nes que yo he podido recoger prueban, pues, simplemente la posibilidad de perseguir hasta el pulmón un tumor de las costillas y de reseca una parte de este órgano.

El peligro de la intervención reside en la falta de adherencias de las hojas pleurales fuera de los límites del neoplasma; de ahí que el neumotórax total sea la regla, y como la operación, que es larga y minuciosa, debe ser proseguida mucho tiempo después de la penetración del aire en la pleura, resulta que este accidente es siempre grave. Para estos casos especiales he propuesto yo recurrir á la insuflación traqueal y á la respiración bajo presión por medio de una cánula de tapón introducida en la laringe. Quénu ha llegado á esta misma conclusión y Bartlett ha adoptado idéntico procedimiento. El mejor medio, si la pleura es abierta bajo la acción anestésica, consiste en agarrar rápidamente el pulmón en colapso y en fijarlo á los labios de la herida, como lo han hecho con éxito Muller, Bayer y nosotros mismos. La sutura de la herida pulmonar constituye un tiempo particularmente minucioso, interesando á un órgano móvil y friable. Debe ser hermética y perfecta, so pena de dejar producirse un neumotórax de causa interna.

Por lo que respecta á los *quistes hidatídicos* del pulmón, han sido estudiadas comparativamente la *punción simple*, ó seguida de inyección de sublimado, y la *incisión*. La punción es en la actualidad un método juzgado: sobre ser peligrosa, sus resultados son inseguros. Apenas si dá 25 por 100 de curación, y, además, la mitad de los enfermos así tratados han muerto rápidamente después de esa intervención. La *neumotomía*, de la cual hemos reunido 61 hechos, ha ido seguida de curación en 55 casos, ó sea 90 por 100; inútil, pues, que insistamos acerca de sus ventajas. Los accidentes operatorios han sido muy raros; la mayor parte de las neumotomías han servido para combatir quistes supurados, con la circunstancia de que en casi todos los casos existían adherencias pleurales.

Las primeras neumectomías por causa de *tuberculosis* sólo han dado resultados operatorios muy mediocres; pero se trataba en esas tentativas de casos en los cuales la tisis estaba avanzada, con lesiones extensas, y no creo que hubiera hoy nadie que tuviese la temeridad de proceder á una erradicación en tamañas circunstancias. El objeto que yo me propuse es completamente distinto: tratábase de la ablación de un núcleo tuberculoso reconocido como unilateral y único, sin señales de otra localización del mal. Mi enfermo, operado en Mayo de 1891, fué presentado ante el Congreso francés de cirugía en 1895, y, actualmente, su estado local y su estado general continúan siendo perfectos.

En el caso de *cavernas tuberculosas*, no puede ser cuestión de extirpar todo el foco, y lo único en que puede pensarse es en evacuarlo, en destruir su pared y en provocar su cicatrización.

La *neumotomía* aplicada á las cavernas tuberculosas y seguida de un taponamiento antiséptico y de un drenaje consecutivo, es una operación cuya sencillez en realidad cautiva.

En los casos favorables, el estado general se mejora rápidamente, la tos y la expectoración disminuyen y hasta la caverna puede cicatrizarse por completo, si bien muy á menudo persiste una fístula. En general, la neumotomía no es más que una operación preliminar que permite atacar las lesiones á cielo abierto con el hierro candente, las pulverizaciones iodadas y fenicadas, el iodoformo, el sublimado, el aceite de eucaliptol, el cloruro de zinc, etc. A pesar de todo, en la mayor parte de los casos la operación no parece que haya dado resultados favorables.

En lo que concierne á la *toracoplastia*, aplicada al tratamiento de las cavernas pulmonares, los hechos son harto poco numerosos para permitir una justa apreciación del procedimiento.

Al lado de los procedimientos operatorios destinados á combatir el foco primitivo y genésico de la bacilosis del pulmón, existen otros que se aplican á accidentes secundarios, tales como la hemoptisis, el neumotórax, los abscesos contiguos ó distantes.

La idea de cohibir una *hemoptisis* muy abundante por medio de la creación de un neumotórax que produzca el colapso total del pulmón es antigua, habiéndola encontrado de nuevo preconizada por Chassaignac. Cayley la ha puesto en práctica y su enfermo sucumbió cinco días después en un síncope, sin que la operación hubiese parecido influir en la marcha de las hemoptisis. Si la hemorragia es debida á la rotura de un gran vaso en una tuberculosis incipiente y bien localizada, la intervención directa por la ablación, la toracoplastia sería acaso preferible ó el despegamiento pleuroparietal á cielo abierto.

La intervención en el *neumotórax* tuberculoso simple ha sido ensayado en algunos casos para cerrar la fístula pulmonar. Estos hechos entran en los casos que dependen de la cirugía pleural; la sutura pulmonar no ha sido más que el accesorio de una operación de Eslander por causa del pnoneumotórax tuberculoso. Por lo demás, los Médicos se hallan muy divididos acerca de la gravedad, benignidad ó hasta utilidad del neumotórax en la tuberculosis, y no será yo quien aborde ahora cuestión tan compleja.

Cuanto á los *abscesos pulmonares* circunvecinos ó distantes en comunicación con cavidades pulmonares tuberculosas, nosotros hemos llegado á reunir cinco observaciones, en cuatro de las cuales los resultados obtenidos han sido favorables.

Independientemente de la tuberculosis, las *supuraciones pulmonares* forman un grupo casi homogéneo por su proceso anatómico y por sus indicaciones operatorias. Sea cual fuere la variedad de alteración, la septicemia exige la intervención quirúrgica; la evacuación amplia y el drenaje constituyen el fin terapéutico.

La frecuencia de las operaciones por *abscesos pulmonares*, opuesta á la extrema rareza de la observación anatómico-patológica de esos abscesos, parece demostrar que muchas intervenciones han sido dirigidas contra focos de *pleuresia purulenta enquistada*.

Los resultados terapéuticos benefician en tales casos de la con-

fusión de los términos. La colección es única, el estado general en el momento de la operación es relativamente satisfactorio, las adherencias son la regla; el estado del pulmón, normal en el resto de su extensión, le permite colmar rápidamente la pérdida de substancia, las mismas paredes de la colección—en los casos agudos—son blandas y se prestan á la ampliación pulmonar; el diagnóstico de naturaleza y de sitio está sentado: en tales condiciones, la neumotomía de 24 por 100 de mortalidad operatoria. Cuanto á la curación es completa y rápida (de doce días á seis semanas) en los casos agudos operados temprano; pero las colecciones purulentas ya antiguas exigen cuatro, cinco, seis, siete y ocho meses para llegar á la cicatrización.

Las condiciones son muy distintas en las *bronquiectasias* y los resultados son igualmente muy diferentes. El diagnóstico exacto cuesta mucho más de establecer; me refiero aquí al diagnóstico de la variedad de dilatación bronquial. La dilatación ampular *sacciforme*, que es la más susceptible de la aplicación quirúrgica, puede ser simulada por un grupo de cavérnulas moliniformes reunidas en un punto del pulmón. Ni la auscultación, ni la percusión, ni el modo, ni la cantidad de expectoración, ni siquiera la punción permiten un diagnóstico preciso. La misma incisión pulmonar puede pasar al lado de las lesiones ó bien hasta en medio de las dilataciones bronquiales sin hacerlas descubrir. Añadid á estas dificultades diagnósticas la presencia casi constante de focos múltiples algunas veces bilaterales, la generalización posible de estas ectasias, la ausencia de adherencias pleurales, la dificultad de cicatrización de estos tejidos fibroides, y todo ésto reunido en un sujeto, á menudo de edad avanzada, escleroso, infectado desde mucho tiempo, y comprenderéis cuán sombrío habrá de ser el pronóstico y con cuánta reserva tendrá que obrar la cirugía en el ataque de esta afección. La indicación operatoria, en nuestras 45 observaciones, fué constituida por la septicemia subaguda ó crónica en sujetos que presentaban lesiones diagnosticadas unilaterales y rebeldes á todo tratamiento médico. La neumotomía ha dado 10 muertes operatorias sobre 38 casos. La muerte es debida generalmente á complicaciones viscerales (degeneraciones amiloides, abscesos del cerebro) ó á la bilateralidad de las lesiones. Con todo, los resultados operatorios difieren grandemente, según que se trata de bronquiectasias *sacciformes* ó *ampulares*: sólo las primeras han dado resultados terapéuticos apreciables. Pero en estos casos es lo más común ver persistir una fístula durante largos meses.

De todas las afecciones del pulmón, la *gangrena* es la que con más frecuencia ha sido objeto de nuestras intervenciones; en la actualidad llevo registrados 74 casos de este género operados.

Cuando un foco de gangrena pulmonar no puede eliminarse por medio del drenaje bronquial—drenaje natural de suyo—prodúcense accidentes de retención séptica que inducen á buscar en la neumotomía un modo eficaz de evacuación.

Una vez sentada claramente la indicación operatoria, se hace necesario el diagnóstico preciso. Pues bien; si no hay duda respecto de la existencia positiva del foco gangrenoso, en cambio su sitio es difícil de precisar. Las punciones exploradoras son útiles, pero resultan peligrosas por razón de la septicidad del foco que hay que alcanzar; una pleuresía purulenta, un flemón gangrenoso, han sido por lo regular su consecuencia. La frecuencia de multiplicidad y de bilateralidad de las lesiones hace indispensables las mayores precauciones; los focos gangrenosos consecutivos á las perforaciones del exófago especialmente son á menudo bilaterales. El diagnóstico de las adherencias es en este caso más importante que en otros á causa de la especificidad especialísima del foco pulmonar; por fortuna, existen casi siempre. En cambio, si faltan, su provocación ó su creación se impone; todos los medios de diagnóstico deben ser puestos en práctica para permitir antes de la operación el conocimiento de su sitio y de su presencia y la fijación de un pronóstico. Hasta la misma causa originaria de la gangrena debe precisarse, teniendo en cuenta que las gangrenas por cuerpos extraños de los bronquios ó por rotura del exófago son particularmente graves.

Desde el punto de vista terapéutico, habiendo fracasado todos los recursos médicos, apenas si cabe discutir que se hace necesario entonces escoger un medio operatorio de intervención. La *incisión amplia*, la evacuación del foco y la extracción de los secuestros parenquimatosos constituyen el método de preferencia. La toracotomía con resección costal proporcionada á la extensión y á la profundidad del foco gangrenoso es generalmente adoptada. La sutura de las hojas pleurales, si no existen adherencias, su consolidación si son blandas, y la preservación de la serosa, se imponen en tal caso en razón á la gran virulencia de los focos gangrenosos.

El foco gangrenoso ampliamente abierto en su punto declive, desembarazado de sus secuestros, bien examinado con el dedo y con la vista para asegurarse de su aislamiento, será taponado anti-sépticamente y desaguado.

Aparte del neumotórax por falta de adherencias pleurales, los accidentes operatorios que cabe temer son la hemorragia ó la entrada del aire en las venas pulmonares; estos accidentes, sin embargo, se producen raras veces.

La cuestión de los *lavados* apenas si admite ya discusión y cada día existen más reservas á su respecto. Sobre 19 observaciones suficientemente detalladas, cinco veces los lavados provocaron accesos de tos penosos y peligrosos; además, á causa de la irrigación bronquial, son susceptibles de arrancar partículas gangrenosas y de ingerirlas. La composición del líquido desinfectante importa poco; la evacuación amplia del foco, la ablación de los secuestros, es lo que debe asegurar la libre evacuación del contenido séptico. Si la cavidad no comunica con los bronquios, no hay ningún inconveniente en irrigarla con sublimado tibio. Si comunica con un grueso bronquio, es preferible abstenerse de lavado.

Los resultados inmediatos obtenidos por la operación son la desaparición de la fetidez de la expectoración y la remisión de la fiebre. El paso del aire al foco, su ventilación, tienen sobre los accidentes pútridos una acción especial, independiente del mismo drenaje. En caso de nueva putrefacción, ha bastado ensanchar la fístula para ver desaparecer la infección, sin que por ésto el flujo sea más abundante. Los resultados obtenidos por el tratamiento quirúrgico acusan una mortalidad de 40 por 100.

La estadística muestra que la gangrena pulmonar circunscripta beneficiosa de la intervención quirúrgica en su período de eliminación y de reparación. Los resultados de la neumotomía son tanto más favorables si ésta se realiza más pronto, si las hojas pleurales están adheridas, si los focos son más superficiales y si las causas del proceso esfacélico dimanar de una infección aguda y accidental, hiriendo un pulmón que tiene normal el resto de su parénquima. Y de hecho vemos efectivamente que, aparte de las hemorragias secundarias, son las lesiones múltiples y bilaterales las que más á menudo han acarreado la muerte de los operados. La mayor parte de las causas de nuestros fracasos podrá, pues, desaparecer, si los enfermos nos son confiados antes de que se hayan convertido en septicémicos agotados, si los focos son atacados desde un principio. Nuestras operaciones, hechas así precoces, obtendrán mejores beneficios, y yo no dudo que la cirugía encontrará entonces en la gangrena pulmonar la ocasión de brillantes y de indiscutibles éxitos.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

*
*
*

Heridas de los vasos. — *P. Klemm* se ocupa con especialidad del siguiente tratamiento. La herida aparente de las partes blandas no siempre corresponde con la de los vasos. Es bien sabido lo muy insuficiente que es la investigación del pulso para indicar que se halla herido un vaso; así, cuando se divide una gran arteria, se puede reponer rápidamente el pulso por efecto de la circulación colateral. En los casos de herida parcial de la pared del vaso puede oírse un murmullo áspero ó vibrante sinócrono con los latidos del corazón, pudiendo ser ésto el único síntoma presente que indique la operación inmediata. En los vasos pequeños no se presenta el murmullo. El autor recuerda un caso de herida de la arteria carótida, en que este murmullo fué de positivo valor diagnóstico. Debido á los resultados desfavorables en las ligaduras por hemorragia de las arterias del cuello, es de averiguar si la sutura de la pared del vaso convendría sustituirla por la ligadura ordinaria. El autor recuerda un caso de herida de la vena subclavia debajo de la clavícula; descubierta la vena, se encontró una herida de siete milímetros de longitud, se cogieron con el forceps arterial los bordes de la herida, y se colocó una ligadura alrededor de esta porción del vaso; la hemorragia cesó y el paciente volvió á su estado normal. Este caso parece ser el único de herida de esta vena, sin que la arteria lo

fuera también al mismo tiempo. El diagnóstico de las heridas de las venas es de la mayor importancia, y, como en este caso, su única manifestación puede ser la palidez, desmayos, pulso pequeño, etcétera. En las heridas de las venas pueden adoptarse tres procedimientos: 1.º la ligadura doble, 2.º ligadura lateral ó uso temporal del forceps de Klemm y 3.º sutura de la pared del vaso. Se ha demostrado que la ligadura de las venas es un proceder correcto, aunque es deseable evitar el cierre absoluto de la vena, como puede hacerse mediante la ligadura lateral. Blanis halla una mortalidad de 75'5 por 100 con esta forma de ligadura en 16 casos. Brann probó, sin embargo, que la muerte no se relaciona de una manera directa con el modo de la operación, demostrando además que en los animales la ligadura lateral es suficiente, que los vasos permanecen permeables, y que el temor de la trombosis es infundado. La ligadura doble es de más frecuente aplicación; se practica fácilmente, y en cuanto concierne al cierre del vaso es segura; debe adoptarse en las grandes heridas del vaso y cuando haya temor de infección. El cierre lateral de la herida de una vena mediante la ligadura ó sutura está indicado en heridas del vaso con cortes limpios. En las heridas cortantes ó punzantes de las venas que no envuelven más de un tercio de la circunferencia y en las ramas cerca de los troncos principales, la ligadura lateral del vaso es lo mejor.

(*Deut. med. Woch.*)

*
**

Fisiología patológica de las trombosis y de las coagulaciones sanguíneas intravenosas.—MM. Cornil y R. Marie (de París), *ponentes*: En nuestro trabajo, que tiene por objeto el estudio de la organización de los coágulos sanguíneos, hemos querido precisar el comienzo, la marcha, la terminación de esta organización, y determinar el origen de los elementos anatómicos que son sus agentes activos.

Nuestros exámenes han versado: *a)* sobre coagulaciones sanguíneas producidas experimentalmente y de una manera aséptica en las venas y en las arterias del perro; *b)* sobre piezas de flebitis y de arteritis humanas; *c)* sobre coagulaciones sanguíneas intraventriculares é intraauriculares, en relación con lesiones del endocardio; *d)* sobre hemorragias pulmonares, espontáneas en el hombre, experimentales en el perro; *e)* sobre diferentes hemorragias ó hematomas subcutáneos é intramusculares.

Las flebitis experimentales en el perro son las que van á servir de base á nuestra descripción. Hemos provocado la flebitis, ora por ligadura apretada y aséptica de la vena femoral, ora por cauterización de su superficie con el hierro candente.

Los fenómenos reaccionales se muestran á partir ya del primero ó del segundo día, consistiendo en una inflamación del tejido conjuntivo de la túnica externa y en la multiplicación de las células

del endotelio de la pared interna. Estas últimas células se hinchan, hacen relieve del lado del calibre vascular, y á no tardar no se sostienen ya en la pared sino por sus extremidades. Se multiplican por división directa y se ven algunas que contienen dos y tres núcleos. Fórmanse de este modo, á nivel de la membrana interna, varias capas de células endoteliales.

Hacia el tercer día se vé cómo muchos de esos elementos dejan la membrana interna, envían largos prolongamientos sobre los filamentos de fibrina del coágulo y se anastomosan entre sí.

Al otro día aparecen los capilares de nueva formación; primeramente se muestran en la parte del brote que está en contacto con la membrana interna. Estos capilares se hallan representados por un pequeñísimo calibre, limitado por dos largas células endoteliales que vegetan paralelamente y anastomosadas por sus puntas, ora con las células endoteliales de la pared, ora con otras células oblongadas de prolongamientos múltiples y aplicados sobre los filamentos de fibrina del coágulo. Estos vasos no están aún recorridos por la sangre, pues no se hallan anastomosados con los de la pared venosa.

Al quinto día, la vegetación de las grandes células y la formación de neocapilares se prosigue con grandísima actividad, tanto, que al otro día el coágulo á nivel de la ligadura ó de la cauterización, aparece completamente recorrido por neocapilares. Encima de la parte ligada, el coágulo presenta modificaciones idénticas, pero menos acentuadas.

Durante los séptimo, octavo y noveno días, la organización progresa, y el coágulo entero es recorrido, segmentado, por las células endoteliales.

Por último, al siguiente día la fibrina ha desaparecido completamente, y el calibre de la vena aparece obturado por un tejido conjuntivo nuevo, muy rico en células oblongadas de prolongamientos múltiples y en vasos. Estos últimos reciben sangre, pues se han anastomosado con los vasos de la pared venosa. El agente de organización está representado por consiguiente—en estos casos de flebitis experimentales—por la célula endotelial de la endovena.

La duración de la formación del coágulo y de la formación de la cicatriz es algo más prolongada para las arterias que para las venas. Los fenómenos son de igual orden, pero retardan de cinco á seis días, lo cual se explica fácilmente por la resistencia de las láminas elásticas y por la dificultad que por atravesarlas experimentan los vasos de la túnica externa. El agente de organización es, en los casos de arteritis, la célula endotelial de la endoarteria.

Las flebitis observadas en el hombre, cuando son la consecuencia de una intoxicación ó de una infección bacteriana, difieren algo de la flebitis experimental. Encuéntrase en ella un número mayor de glóbulos blancos, que reblandecen el coágulo y retardan su organización.

Hay un antagonismo positivo entre la inflamación productiva y

organizadora gracias al endotelio, y la inflamación séptica, la cual vá acompañada de un derrame considerable de leucocitos.

El elemento de organización proviene siempre del endotelio de la vena.

La arteritis humana presenta un aspecto idéntico al de la arteritis experimental.

En ciertos casos de alteración del endocardio, como la que suele observarse en el infarto del miocardio ó en la trombosis de las aurículas que sobreviene en el curso de las afecciones mitrales, se encuentran á menudo enormes coagulaciones sanguíneas adheridas sólidamente á la pared cardiaca. Estos coágulos se presentan siempre más ó menos organizados, vascularizados, según sea mayor ó menor la antigüedad de las lesiones. Las figuras son idénticas á las que se ven en las flebitis experimentales. El elemento anatómico de organización y de vasoformación es en tal caso la célula endotelial del endocardio.

Las hemorragias pulmonares espontáneas como los infartos, ó traumáticas como las que sobrevienen á seguida de una picadura ó de una quemadura del pulmón, presentan en toda su masa, ó por lo menos en su periferia (según el volumen del foco hemorrágico), los fenómenos de organización tal como los hemos descrito á propósito de las flebitis. El elemento de organización proviene en estos casos, ora del endotelio alveolar, ora del endotelio de los capilares de los alvéolos.

Los focos hemorrágicos que se forman en el tejido conjuntivo ó en los músculos se organizan de la misma manera que los coágulos intravasculares. El elemento de organización no proviene ya aquí de las células endoteliales, sino de las células fijas del tejido conjuntivo, las cuales, por lo demás, presentan el mismo aspecto, el mismo modo de vegetación y de vasoformación que las células endoteliales.

En resumen, la organización de los coágulos sanguíneos se efectúa en todas partes del mismo modo: los nuevos vasos aparecen muy pronto; recorren la mayor parte del coágulo antes de ser permeables á la sangre; el agente de organización es, según el sitio del coágulo, ora una célula endotelial, ora una célula fija del tejido conjuntivo. Célula endotelial y célula conjuntiva no son en realidad más que un solo y mismo elemento: la identidad de sus reacciones en el caso particular de la organización de los coágulos constituye una prueba más de ello.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

*
* *

El ictiol en la viruela.—*Kol Cassenko* recomienda el ictiol como tópico en la viruela. Se ha empleado en diez casos (seis de hospital y cuatro privados), de los cuales curaron ocho y murieron dos. Se usó el remedio en forma de unguento como sigue: ictiol, 10; mante ca, 60; lanolina, 20; pudiendo ser esta última sustituida, según los

casos individuales, por cloroformo, aceite de olivas, glicerina, etcétera. Así que aparecieron las pápulas, se friccionó con el unguénto tres veces al día, produciendo también muchas ventajas aplicándolo dos veces al día á la parte superior del tronco en el período prodromico. Generalmente se presenta poca ó ninguna sensación de dolor en los lugares de la erupción, nunca se eleva mucho la temperatura y se completa la descamación á los tres ó cuatro días de haberse madurado la erupción, que es la mitad de la duración usual. En varios casos graves en que se adoptó este tratamiento desde el principio, no se presentó inflexión de la piel ni del tejido subcutáneo, siendo en general el curso de la enfermedad de buen carácter, sin que ni aun en los niños resultaran síntomas tóxicos por su uso. Rozdestwensky ha ensayado este tratamiento en una serie de casos hospitalarios, obteniendo excelentes resultados todavía no publicados.

(Vratch.)

* * *

Acerca de las causas esenciales de la clorosis.—*M. Charrin* (de París), *ponente*: La clorosis es una enfermedad del sexo femenino, si hemos de atenernos al tipo clásico que ha hecho decir á Trousseau que se pueden crear anemias pero no clorosis.

Han sido señalados algunos casos de ella en muchachos del sexo masculino, pero se ha tratado en tales hechos de anemias de crecimiento ó de excepciones que confirman la regla.

Una vez aceptado ésto, es consecuencia lógica que nos veamos por lo general inducidos á investigar el agente causal en la zona útero-ovárica, tanto más, cuanto que la evolución del mal tiene grandes relaciones con la pubertad, con la aparición de los menstruos, etc.

¿Se trata de infección ó de intoxicación, términos análogos en el fondo, ya que el microbio actúa por el poder de sus venenos?

Los aspectos de la enfermedad no son generalmente, á despecho de la fiebre ligera que raras veces le acompaña, los de una infección; lo cierto es que no se han encontrado en ella gérmenes constantes, especiales.

En cambio, nótanse cefaleas, indisposiciones diversas, herpes; en los niños de teta, cuyas nodrizas han conservado por azar la menstruación, vense sobrevenir, en vísperas de la aparición de las reglas, eritemas, enteritis, etc.; todos estos accidentes, incluso la alteración globular, son de orden tóxico y pueden ser reproducidos como tales.

Además, el suero de sangre recogida asépticamente escarificando el cuello uterino, antes y después de la época catamenial, arroja una toxicidad ligeramente más elevada en el primer caso que en el segundo.

Estos ensayos insuficientes confirman, con todo, la hipótesis de que la depuración en las cloróticas se produce de una manera incompleta ó defectuosa.

Algunos invocan la clorosis con pérdidas abundantes; pero á ésto se puede contestar que hay también bríghticos que orinan mucho: cualidad y cantidad son dos términos distintos.

Invócase igualmente la supresión de las reglas no seguida de clorosis; mas á ésto cabe observar que las mismas causas no producen siempre los mismos efectos, tanto más, cuanto que en la época de la pubertad, ó bien aún de la menopausa, los cambios súbitos que se operan un poco en todas partes exigen el máximum de los esfuerzos de depuración. En tiempo ordinario, si las reglas desaparecen, la sustitución se ejecuta con mayor facilidad, á seguida de trastornos menores en la economía, á seguida de una sorpresa menos considerable, de una nutrición menos bruscamente modificada, particularmente en sus residuos.

Hay quien ha sostenido la acción generadora de la tuberculosis, de los antecedentes hereditarios, del hígado, del intestino, etc. No hay en ésto contradicción alguna. Esas tachas hereditarias hacen que las células sean débiles; en el momento en que súbitamente la naturaleza reclamará de ellas grandes esfuerzos, claro es que no habrán de poder realizarlos.

Si el hígado, si el intestino dejan que desear desde el punto de vista de los venenos insuficientemente atenuados, eliminados ó fabricados con harta abundancia, concíbese que en tales condiciones la medida desborde más aprisa, que las sustituciones resulten más difíciles.

Por lo que hace á determinadas clorosis, cuando menos, cabe ciertamente pensar que el aparato útero-ovárico—cuyas funciones de glándula interna han tratado de evidenciar varios autores (Keiffer, etc.)—desempeña un papel de eliminación cuya insuficiencia acarrea un cierto grado de intoxicación.

M. Gilbert (de París), *co-ponente*, se declara partidario de la teoría hemática de la clorosis y considera esta afección como una anemia primitiva, caracterizada por la dificultad que experimentan los hematoblastos para transformarse en hematies, por la malformación de los glóbulos rojos y por su tendencia á degenerar.

Las causas de este trastorno hematopoyético deben ser buscadas principalmente en las influencias hereditarias. Se ha señalado, en efecto, desde hace mucho tiempo, la frecuencia de la clorosis en las familias donde reina la tuberculosis: existen, pues, entre estas dos afecciones, estrechas intimidades.

El histerismo, el raquitismo y otros estados morbosos, tales como el reumatismo y la gota, desempeñan igualmente un papel en los antecedentes hereditarios de las cloróticas; pero su importancia, en sus relaciones con estos últimos, es menos considerable que la de la tuberculosis.

Siendo la clorosis una enfermedad de degeneración, nada tiene de extraño que, al lado de las alteraciones de la sangre, se observen en las cloróticas hipoplasias viscerales diversas, tales como la atrofia del corazón, la estrechez mitral pura, la angustia de la aorta

y del sistema arterial, la atrofia de los órganos genitales y la de los riñones.

La clorosis se muestra preferentemente en el sexo débil, el cual cede con mayor facilidad á las influencias degenerativas; y, si bien es cierto que puede sobrevenir á cualquiera edad, no es menos positivo que aparece principalmente en la época de la pubertad, es decir, en la época de la vida en que la formación de los hematíes debiera de ser particularmente activa. Puede manifestarse con ó sin la intervención de diversas causas coadyuvantes ó provocadoras.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

*
*
*

Sobre la patogenia de la fiebre.—*M. Ughetti* (de Catania): Acaso parecerá extraordinario el sostener la opinión que voy á emitir; yo creo que ningún cuerpo químico soluble es capaz de provocar la fiebre. Si se inyectan en la sangre los cuerpos que, introducidos debajo de la piel, determinan una elevación de temperatura, lo que se produce son más bien hipotermias. A este respecto, la mayor parte de los experimentos deben rehacerse. Lo que causa la fiebre son unos cuerpos gránulosos que existen en la sangre, y la prueba de ello es que, en ciertas enfermedades micróbicas, nõ hay accesos febriles sino cuando las bacterias invaden el sistema circulatorio.

De otra parte, inyectando en la sangre polvos de licopodio ó carmín en suspensión, se produce la fiebre.

M. Charrin: En la comunicación del Sr. Ughetti hay varios puntos que no me parecen demostrados. En primer lugar, no puede afirmarse que no exista ninguna substancia soluble capaz de producir la fiebre; el ejemplo de la tuberculina basta por sí sólo para evidenciar lo contrario, y como éste, podría citar muchos otros análogos.

En segundo lugar, para probar que realmente son esas granulaciones de la sangre las que provocan la fiebre, sería necesario aislar esos cuerpos gránulosos, esterilizarlos, inyectarlos y determinar experimentalmente el acceso febril. Y en suma, ¿cuáles son esas granulaciones?

El Sr. Ughetti hace notar que la fiebre existe sobre todo cuando los gérmenes se hallan en la sangre. Pero es porque en tal momento son más numerosos, más activos, segregan mayor cantidad de toxina.

En todo caso, el hecho es patente; hay cuerpos solubles que engendran la fiebre. ¿Es actuando sobre el sistema nervioso ó de otra manera? Esta es otra cuestión, y no hay que confundir la etiología con la patogenia.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

SECCION PROFESIONAL

Resumen estadístico del mes de Octubre de 1896.

El movimiento de enfermos ocurrido durante el citado mes en los hospitales militares y cívico-militares, y en las enfermerías militares de la Península, islas adyacentes y posesiones de Africa, ha sido el siguiente:

Existencia en 1.º de Octubre.....	3.392
Entrados durante el mes.....	4.896
Hospitalidades causadas.....	115.702
Salidos.....	4.073
Muertos.....	100
Quedaban en fin de dicho mes.....	4.115

La fuerza del ejército en el indicado mes de Octubre de 1896 fué de 78.055 hombres, cifra que permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	96'32
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	43'13
Muertos por cada 1.000 id.....	0'90
Idem por cada 1.000 asistidos.....	9'44 (1)

Hé aquí ahora los establecimientos en que se han causado más de 1.000 hospitalidades:

Madrid.....	15.797	Cádiz.....	2.524
Barcelona.....	11.796	Badajoz.....	2.278
Sevilla.....	8.351	Cartagena.....	2.182
Valencia.....	6.970	Melilla.....	2.078
Zaragoza.....	5.214	Guadalajara.....	1.933
Granada.....	4.141	Palma de Mallorca.....	1.766
Valladolid.....	3.753	Málaga.....	1.711
Coruña.....	3.666	Mahón.....	1.572
Vitoria.....	3.470	San Sebastián.....	1.473
Alcalá de Henares.....	3.248	Bilbao.....	1.170
Búrgos.....	3.225	Santa Cruz de Tenerife.....	1.136
Pamplona.....	3.116	Tarragona.....	1.124
Centa.....	2.944		

*
**

MATERIAL SANITARIO.

«Excmo. Sr.: En vista del telegrama de V. E., fecha 12 del corriente, manifestando el número de coches de ambulancias, el personal médico farmacéutico y de plana menor, así como el número de camas que considera necesario para el traslado al hospital militar de Cádiz y asistencia en el mismo de los 500 enfermos que han de llegar á dicha plaza en el bu-

(1) Téngase en cuenta que 769 asistidos, 11.311 hospitalidades y 29 fallecidos, no son imputables á las fuerzas del ejército.

que-hospital *Alicante*, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver:

1.º Que por el Parque de Sanidad militar de esta Corte se remitan al hospital militar de Cádiz, en calidad de depósito, por ferrocarril, en gran velocidad, cuenta del Estado y convenientemente enfundados, dos coches «Lohner modificado», con sus correspondientes atalajes, cargando su embalaje al cap. 7.º, art. 4.º «Hospitales militares» del presupuesto vigente, y enviándose el ganado y personal que les corresponda por la Sección de ambulancias de la primera región.

2.º Autorizar á V. E. para que habilite los locales que se consideren necesarios para la debida colocación de los enfermos, así como para que, si no fuesen suficientes las 400 camas que tiene de dotación el hospital de la citada plaza, utilice para este servicio las de tropa del material de acuartelamiento existentes en las factorías de la misma, debiendo en este caso sujetarlas á los lavados y desinfección convenientes al ser devueltas á las factorías.

Y 3.º Considerando que los enfermos del buque-hospital, al día siguiente de su llegada, han de ser clasificados para continuar en la Península, usar de licencia por enfermos ó ser declarados inútiles, expidiéndosele á cada uno el correspondiente pasaporte por el Gobierno militar, á fin de que marchen á sus respectivos destinos, por cuya razón ha de suponerse que la estancia de dichos enfermos en Cádiz ha de ser relativamente breve, y asimismo corto el número de los graves que exijan estancia hospitalaria, dados los beneficiosos efectos de la navegación y cambio de clima, es la voluntad de S. M. que las necesidades del personal médico y sanitario se cubran con el del buque-hospital, que, en unión del de la plaza, deberá concurrir durante su permanencia en la misma á los servicios que se deriven de la llegada de dicho buque.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 18 de Febrero de 1898.—Correa.—Sr. Capitán General de Sevilla y Granada.—Señores Capitán General de la primera Región y Ordenador de pagos de Guerra.»

* * *

DESTINOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver que para obtener destino ó colocación en la Península los Jefes, Oficiales y asimilados procedentes del ejército de Filipinas por enfermos ó heridos, altas en virtud de la Real Orden Circular de 20 de Enero último (*D. O.* núm. 15), han de jus-

tificar previamente hallarse restablecidos de su enfermedad ó heridas, debiendo, por tanto, continuar sufriendo cada dos meses los reconocimientos facultativos, con sujeción á las reglas establecidas en las Reales Ordenes de 21 de Mayo y 27 de Julio de 1896 (*C. I.* núms. 126 y 179), remitiendo á este Ministerio los respectivos Capitanes Generales y Comandantes generales de Melilla y Ceuta las correspondientes certificaciones, con el fin de que, una vez acreditado por ellas encontrarse restablecidos y en condiciones de prestar servicio los interesados, sean incluidos en turno de colocación que les corresponda, comprendiendo en este caso á los que se hallen dentro del uso de la licencia, siempre que antes de terminarla lo soliciten y acrediten su restablecimiento en dicha forma.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 21 de Febrero de 1898.—Correa.—Sr...»



VARIEDADES

BASES

para la celebración del Congreso anual hispano-portugués de Cirugía y sus especialidades naturales.

1.^a Se celebrará cada año un Congreso hispano-portugués de Cirugía y sus especialidades naturales. El primero se reunirá en Madrid en el mes de Abril del corriente año, y en la fecha que oportunamente fijará la Comisión organizadora, antes ó después del Congreso Internacional de Higiene y Demografía.

2.^a Podrán pertenecer al Congreso todos los Licenciados y Doctores en Medicina y Cirugía, mediante la inscripción y pago de una cuota de *reinticinco pesetas*.

3.^a La Mesa del Congreso se compondrá de un Presidente, tres Vicepresidentes (de ambos países), un Secretario general, tres Secretarios de actas (de ambos países) y un Tesorero, sin perjuicio de los Presidentes de honor que se puedan designar.

4.^a La duración del Congreso será de cinco días, debiendo verificarse la primera sesión ó inaugural á las dos de la tarde, para quedar en sesión ordinaria de tres á cinco.

5.^a Por tratarse del primer Congreso no habrá temas determinados de discusión, y sólo se ocupará de las comunicaciones señaladas para cada día por la Mesa.

6.^a Los señores socios podrán usar de la palabra por espacio de quince minutos para la exposición ó lectura de las comunicaciones, y sólo emplearán diez en las rectificaciones.

7.^a Las sesiones del Congreso tendrán lugar en el anfiteatro del Colegio de San Carlos.

8.^a El libro de actas, que deberá publicarse al finalizar el Congreso, sólo contendrá un extracto de los trabajos y de las discusiones, pero se imprimirán las Memorias de alguna extensión que deseen abonar los señores socios.

BASES ADICIONALES.

1.^a A la Comisión organizadora corresponden todos los trabajos necesarios para la reunión del Congreso hasta que tenga lugar la sesión inaugural del mismo, en cuyo acto terminará su cometido, resignando sus poderes en la Mesa nombrada al efecto.

2.^a La Comisión organizadora deberá fijar, con un mes de antelación, la fecha exacta en que deba reunirse el Congreso, y citará individualmente á los socios para la sesión inaugural y para la preparatoria, que se ha de celebrar la víspera. En ésta el Congreso no se ocupará más que de la elección de cargos.

3.^a El punto donde deba celebrarse el segundo Congreso y la fecha del mismo se acordará en la última sesión general, designando á la vez los individuos que hayan de constituir la Comisión organizadora correspondiente, si el Congreso lo juzga necesario.

4.^a La actual Comisión organizadora, además de realizar cuantos actos le sugiera su celo en beneficio de este proyecto, se propone gestionar:

Una rebaja especial en el precio de los billetes de las líneas férreas generales que afluían á Madrid, á favor de los socios del Congreso.

Un contrato especial con los dueños de algunos de los principales hoteles de esta Corte para asegurar cómodo y relativamente económico alojamiento á los socios que lo soliciten.

Autorización para visitar los Museos y demás establecimientos públicos que ofrezcan interés.

5.^a Para el 15 de Marzo deben haber remitido los Sres. socios á la Secretaría del Congreso (Infantas, 29 duplicado, 1.^o) el título y las conclusiones de sus comunicaciones respectivas, á fin de disponer con tiempo el orden de presentación de los trabajos.

La comisión organizadora ha quedado constituida en la siguiente forma:

Presidente, Dr. D. José Calvo y Martín.—*Vicepresidente*, Dr. D. Rafael Cervera.—*Tesoroero*, Dr. D. Francisco de Cortejarena.—*Vocales*, doctores D. Federico Rubio y Gali, D. Alejandro San Martín, D. José Rivera y Sans, D. José Ustáriz, D. Laureano Camisón, D. Eulogio Cervera, D. Joaquín Berruero y D. Enrique Isla.—*Secretario general*, Dr. D. Eugenio Gutiérrez.—*Secretario adjunto*, Dr. D. Leopoldo Ramoneda.