

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII

MADRID I.º DE AGOSTO DE 1898

NÚM. 267

LA NEURASTENIA COMO COMPLICACION EN LOS TRAUMATISMOS DE GUERRA

De la serie ú órdenes de estudios que hoy viven, se agitan y germinan en la esfera de acción de los conocimientos médicos, ocupa preferente é indiscutible lugar dentro de la ciencia la neurastenia, modalidad patológica que se revela por un síndrome clínico sorprendente y admirable por su inmensa variedad, en el que alternan combinados fenómenos de depresión y excitación psíquica, estados todos ellos raros, complejos é inexplicables, que causan con lastimosa frecuencia la desesperación del práctico y que no son en sí mas que el resultado final de la disminución de la potencia ó fuerza neurosa. Neuropatía simple y casi nunca grave, indisposición molesta, tenacísima, exenta de localizaciones y lesiones bien apreciables, es por esto mismo, y por razón de su menor antigüedad en el conocimiento que de ella tiene la Medicina, objeto de particular y preferente atención por parte de la generación actual de sabios que se dedican al conocimiento de las enfermedades del sistema nervioso, y donde se estrellan como barrera y escollo infranqueable los ímprobos esfuerzos y generosos afanes de prestigiosos autores, por el hecho de no aportar nunca la anatomía patológica un solo dato que venga á ser como el destello vivísimo, la prueba fehaciente que nos explique satisfactoriamente esa magnitud enloquecedora de variantes morbosas que se presentan de continuo á la imaginación desquiciada y fantasía delirante del sujeto neurasténico.

En la neurastenia se estudia como factor principal, dentro de las causas predisponentes ó auxiliares, la herencia, no concediéndose por muchos -y de manera injustificada á mi modo de ver- toda la importancia que tiene en realidad, pues basta observar cómo se desarrolla en los individuos de una misma familia, entre un orden determinado de parentesco ó afinidades, todas las estigmatas de este cuadro semiológico, para demostrar que ésta, por su sola vir-

tualidad, juega un papel esencial y determinante en la producción de la enfermedad. Lo que sucede muchas veces es que no llega á hacer manifiesta su aparición por el medio poco adecuado en que el hombre vive. Existen condiciones muy abonadas para el desarrollo de la neurastenia, y éstas son siempre el mundo psíquico y social en que establece su esfera de acción el ser humano; figurémonos una vida activa, puramente de trabajo y desgaste intelectual, ó influenciada por miserias, fatigas y penosas circunstancias que rodean la existencia del obrero y proletariado que pulula hambriento en las grandes capitales, sosteniendo encarnizada lucha con el hambre, el alcoholismo y la corrupción de costumbres, como secuelas seguras é inmediatas de esta cruel y angustiosa situación; y por más que el individuo no esté por su herencia, naturaleza orgánica y educación moral, predispuesto á este estado, el mal se desarrollará constante é indefectiblemente.

Hay familias de neurasténicos en las que ni uno sólo logra escapar victorioso á este influjo, y aquí se reproduce como ley fatal, con desgarradora frecuencia, lo que acontece con las otras neurosis; hay familias de monomaniacos, coréicos, histéricos y epilépticos, como las hay de neurasténicos. Bajo este punto de vista son similares todas estas dolencias.

Lo que sí es cierto y no ofrece lugar á discusión alguna, es que el género de vida influye muy poderosamente en su producción ó aparición. A este elemento primordial y necesario debemos achacar la responsabilidad del acto patológico que se ejecuta. En su consecuencia, no encontraremos neuropatías de esta clase en los campos y poblaciones rurales, no; hay que buscarlas en los centros populosos de población, en ciertas y determinadas profesiones en que la inteligencia y pensamiento se tortura por trabajos excesivos é imprudentes, donde el sistema nervioso, por sobregasto, llega á padecer lo que los autores ingleses denominan debilidad irritable. La higiene depravada del alma, los vicios y excesos genitales, las emociones morales persistentes y duraderas; la lucha penosa y desesperada por la existencia, provocan un estado afectivo, real, de desequilibrio y déficit nervioso, del que se hace eco inmediatamente todos y cada uno de los aparatos y órganos del hombre.

Encontramos, pues, en la vida actual del individuo un conjunto de motivos más que suficientes para desarrollar esta afcción: se abusa sin regla é impremeditadamente del té, café, del alcohol y tabaco, de ciertos medicamentos activos ó venenosos, hoy en moda,

como la cocaína, éter y la misma morfina, para que un sujeto predisposto por herencia se haga rápidamente neurasténico.

La determinación de esta neuropatía como complejo clínico, ya que no anatómico, la puede producir única y simplemente el traumatismo, con mucho mayor predominio y fijeza que en otras clases de neurosis.

En este sentido, diré como opinión propia y personal, adquirida del estudio y observación práctica que llevo hecho de la presente campaña, que es ó puede ser muy frecuente dicha complicación en las heridas de guerra, donde el organismo tanto sufre y padece con impresiones variadas, en las que se mezclan confusa y rápidamente los estadios de excitación y depresión psíquica; de terror y alegría; en que continuamente se tiene ocasión de experimentar durante el fragor y peripecias de la lucha sentimientos de vaga incertidumbre, emociones pasionales de distinta índole, uniéndose para completarse en ocasiones, la acción ó choque moral con el choque ó acción traumática, bastando cualquiera de estos dos factores, é independientemente entre sí, para provocar estos accidentes.

Bajo este supuesto, referiré los casos clínicos más notables y típicos que he podido diagnosticar en las salas de heridos de los diferentes hospitales y clínicas de la Isla de Cuba, de las cuales he estado encargado como cirujano por espacio de tres años, procurando escogitar lo mejor que me sea posible todas las formas que sintetizan la neurastenia traumática.

En tan larga y dilatada labor profesional, realizada al lado de la fatiga y dolor físico, de los recuerdos vivos de la patria, y de la miseria y privaciones sin cuento, he tenido ocasión de apreciar cómo se presentan en ciertos momentos trastornos de índole nerviosa que insensiblemente y á raíz del hecho traumático van minando la manera de ser de tanto héroe, modificando toda su constitución, temperamento y energías físicas, como consecuencia ineludible de la acción letal de todas las circunstancias que llevo referidas.

El primer caso observado lo fué en un sujeto perteneciente al batallón de Alcántara, núm. 3, que ingresó en la clínica de Cauto Embarcadero el día 19 de Agosto de 1895, herido de bala de fusil Remington, con fractura conminuta del tercio inferior del cúbito derecho.

A los pocos días de su permanencia en la enfermería empezó á padecer de cefalalgia gravativa, extendida á todo el cráneo, siéndole desde este momento imposible, ó muy difícil por lo menos, ob-

tener el sueño, interrumpiéndose éste por horribles pesadillas, revelándose por grandes gritos y exclamaciones de angustia, viéndonos precisados á despertarle para calmar su ansiedad, observándose turgencia notable de la cara, inyección conjuntival, dilatación pupilar y disnea.

La debilitación de la motilidad era grande y muy significativa en este herido; al hacerle levantar de la cama en la visita de la mañana y durante el período de convalecencia, notaba que lo hacía muy perezosamente, demostrando estado de fatiga y cansancio, explicándonos este hecho por un agotamiento rápido de la fuerza neurológica acumulada en las células motrices.

Su carácter se volvió irritable, el menor detalle ó inconveniente en el servicio de la clínica le molestaba excitando su cólera, el curso de su conversación le era difícil é interrumpido por falta, al parecer, de memoria para la coordinación de las ideas que iba desenvolviendo, observándose en este estado trastornos de la vista, aturdimientos y vahidos.

Diagnosticada la lesión de forma medular de la neurastenia ó mielastenia, se le propuso para su pase al ejército de la Península.

La segunda observación se refiere á un Oficial perteneciente á la columna de operaciones del Excmo. Sr. General de división don Arsenio Linares Pombo, que operó en las inmediaciones de Baire (Cuba) durante el mes de Marzo de 1897, ingresando el 21 del mismo mes y año en la enfermería militar de Jiguaní con una herida grave de machete en el tercio inferior del muslo izquierdo.

En los primeros días de la lesión se manifestaba en su carácter locuaz y alegre, no tardándose en presentar dolores de cabeza, insomnios y pesadillas tenazmente molestas, debilitación de la memoria é incertidumbre para recordar el nombre propio de las cosas y objetos, sensaciones de hormigueos en diferentes partes del cuerpo, aberraciones de la sensibilidad táctil, con fenómenos de frío y calor alternativamente en los piés y manos, anorexia y pesadez en las funciones gástricas, con dilatación gastro-ectasia, estreñimiento, hiperclorhidria, atonía intestinal y todos los demás síntomas que caracterizan la neurastenia gástrica.

El tercer caso analizado tuvo lugar en un soldado del batallón de Andalucía, núm. 2, herido con proyectil Maüser en el poblado de Santa Rita (Bayamo), en el mes de Enero de 1897, con fractura de la apofisis transversa, perteneciente á la cuarta vértebra dorsal.

En este individuo, á más de los síntomas generales de la neuras

tenia, se apreció espermatorrea y dolores lumbo-abdominales, prurito intenso del balano con erecciones frecuentes; á más de toda esta sintomatología presentaba de manera marcadísima los fenómenos de la forma denominada cerebro cardiaca, insomnio y cefalalgias, hipocondría con trastornos de ideación psíquica ó fobias, vértigos, mareos, enrojecimientos de la cara, latidos de sienes, retintín metálico apreciado por la auscultación del corazón sin lesión evidente de sus funciones, pulsaciones retardadas ó frecuentes otras veces, y con frecuencia los datos clínicos que caracterizan la falsa angina de pecho, presentándose ésta sin ningún esfuerzo ó motivo que justificase su aparición, con falta de verdadera angustia, ó siendo ésta por lo menos muy relativa.

Para terminar la exposición de estos casos prácticos, citaré el observado en un cabo del batallón de Andalucía, que tuvo entrada en el nosocomio de Jiguaní el día 10 de Mayo de 1897, siendo herido con proyectil sistema Peavody en el tercio superior del muslo derecho, desarrollándose en este último, y como dato digno de particular atención, trastornos digestivos con enteratopse, acompañándose de relajamiento considerable de los músculos abdominales, emaciación y reabsorción de la grasa depositada en los repliegues peritoneales, ensanchamiento de la pared abdominal y escavación en el centro en forma de barco, con prolapso exagerado de todos los órganos del vientre y retracción del intestino, observándose además albuminuria y oxaluria, que se apreció — y ésto debe darse como dato importantísimo para la diagnosis — en todos los casos citados anteriormente.

En definitiva, y para terminar, diremos que las conclusiones que se derivan del estudio que acabamos de exponer, son las siguientes:

1.º La neurastenia puede producirse, no solamente como complicación probable en las heridas de arma de fuego, sino como hecho clínico muy frecuente en esta clase de lesiones.

2.º Que éstas suelen manifestarse muy especialmente en los accidentes de guerra, donde al lado del choque moral vá unido íntimamente el choque traumático, fusionándose estos dos elementos para la aparición insólita de este complejo patológico.

3.º Que las formas clínicas más usuales y comunes que se llegan á apreciar, son la cerebrastenia, neurastenia gástrica y hasta la mielastenia, habiéndose observado esta última dos veces, sobre todo en heridas que radicarón en las extremidades inferiores.

4.º Que atendida la frecuencia de su desarrollo en campaña, debiera incluirse en el cuadro de las enfermedades que dan derecho á la repatriación, por ser una afección que necesita para su curación un tratamiento activo, vigilante y de larga duración, y ser en muchos casos de pronóstico grave.

Pío BREZOSA.

Médico primero.

Manzanillo, 15 de Marzo de 1898.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS
SOBRE DOS CASOS DE SÍFILIS TERCIARIA.

Goma ulcerado del cuello (caso notable.)—Primer caso.

Filiación médica.—E. G. F., natural de Madrid, de 50 años, de oficio cochero, casado. Ha tenido ocho hijos en el intervalo de veinte años de matrimonio. De los ocho hijos, los dos primeros fueron abortos, los tres siguientes murieron al poco tiempo del nacimiento, presentando coriza y lesiones en el ano. Conserva dos hijos, la mayor de 14 años y el menor de 5, disfrutando de excelente salud y sin que hayan presentado manifestación alguna.

Enfermedad actual.—El enfermo no dá dato alguno sobre la etiología de su dolencia. Asegura no recordar haber tenido enfermedades venéreas. Hace siete ú ocho años tuvo en el lado derecho del cuello un tumor que se abrió por ulceración y le fué tratado por la cauterización ígnea y por los cáusticos químicos. Al poco tiempo de ésto, empezó á notar un bulto duro en la bóveda palatina, que se iba haciendo cada vez mayor, hasta que perforó el paladar, impidiéndole tocar el clarín, instrumento con que se ganaba la vida antes de enfermar.

Sentía por esta época cefalalgias nocturnas violentas y dolores que él creía reumáticos, repartidos por diversos lados. En varias ocasiones le aparecieron erupciones no pruriginosas, extendidas por la casi totalidad de la piel. Ninguno de los médicos que le asistieron le dieron tratamiento mercurial, sino que tomando la lesión por tuberculosa, redujeron la terapéutica á los cáusticos.

Estado actual.—El aspecto general del enfermo deja bastante

que desear, aparentando tener 10 años más de los que en realidad tiene.

A los lados del cuello presenta cicatrices extensas, lisas, blanquecinas en el centro y de color plomizo en la periferia, resto de lesiones ulcerosas antiguas. En el centro del esternón presenta otra cicatriz plana, blanquecina é irradiada, consecutiva á una tumora-ción que se resolvió por ulceración. El paladar se encuentra perforado en su tercio posterior, notándose un orificio del tamaño de una moneda de cincuenta céntimos, por donde pasa el alimento de la boca á las fosas nasales, produciendo las molestias consiguientes. La úvula, efecto de procesos de infiltración, se encuentra adherida al pilar anterior de la amígdala derecha. Efecto de la salida del aire por el orificio palatino, resulta la voz en extremo gangosa, siendo difícil entender al enfermo.

Las tibias presentan periostosis, haciendo que salte el dedo como por una sierra cuando se pasa por su superficie. En el lado izquierdo del cuello existe una nudosidad del tamaño de un huevo de gallina, con una ulceración central profunda con los bordes infiltrados y cortados á pico, y el fondo magmoso y purulento. En el fondo de dicha ulceración, que tiene el tamaño algo mayor que una moneda de cinco pesetas, se distingue con toda claridad el borde anterior del músculo trapecio, el cual, con el dedo, se consigue separarle perfectamente. También se vé claramente el borde posterior del músculo externo cleido-mastóideo derecho, la arteria carotida primitiva y la vena yugular interna, que aparecen claramente al descubierta, como si hubiesen sido disecadas de intento.

En una extensión de más de tres centímetros está rodeada la úlcera de tejido de infiltración, lo que se aprecia por el empastamiento que se percibe á la palpación. No existían infartos ganglionares, retroauriculares ni submaxilares.

Diagnóstico.—No cabe dudar que fueron tomados por *escrofulodermas* los tumores del cuello, fundándose para ello en el sitio de asiento, sin tener en cuenta que los gomas pueden existir y existen en toda la superficie del cuerpo; por otra parte, es más lamentable el error toda vez que la úlcera escrofulosa tiene los bordes despe-gados y el fondo rojo con granulaciones grandes y tan blandas que sangran con facilidad, en tanto que la *úlcera gomosa sifilitica* tiene los bordes duros y cortados á pico y el fondo es magmoso y amarillento; ésto aparte de que todo individuo que presenta estas lesiones tiene una historia más ó menos completa del proceso sifilitico.

No cabe confundirlo con los *lepromas ulcerados*, pues ni el aspecto del sujeto ni los antecedentes podían hacerlo sospechar. Lo mismo decimos del *epitelioma*, con el cual no tenían ningún parecido las lesiones de nuestro enfermo.

Pronóstico.—Por el hecho de ser nuestro enfermo un sifilítico terciario, y más que viejo, envejecido por el abandono de su dolencia, hizo que el pronóstico fuera más grave de lo que hubiese sido en otro cualquiera.

El tratarse de una lesión sifilítica nos obligó á considerar el pronóstico mucho menos fatal que si se tratase de una neoplasia maligna; sin embargo, consideraciones de un orden local me hicieron ver tan grave el pronóstico, que más de una vez temí quedase muerto repentinamente por rotura de los grandes vasos del cuello, que como he consignado estaban flotando en el fondo de la ulceración. Mucho más me hizo considerar el caso grave el tener en cuenta que los tejidos periféricos estaban infiltrados por el proceso sifilítico, siendo no ya sólo posible, sino seguro, que igual infiltración tendrían las paredes arteriales; de aquí mis temores para tratar á este sujeto.

Tratamiento.—Después de haber indicado á la familia y haberle advertido á él que no se dejase hacer las curas por manos inesperadas, pues estaba viendo por *momentos romperse la carótida*, siguió viniendo á mi casa, en donde empecé á desinfectar con extrema cautela el fondo de la úlcera, que desprendía un olor insufrible, usando con este objeto el cloruro de zinc al 8 por 100, pero teniendo en cuenta obrar lejos de los grandes vasos para evitar que al caer las escaras de la cauterización se abriese la carótida.

La infiltración grande y el empastamiento de todo lo invadido por el proceso, me surgió la idea de hacerle las curas locales con la pomada de protoyoduro hidrargífico al 5 por 100, lavando de antemano con sublimado al 1 por 1.000 y cubriendo después con gasa sublimada y algodón. Al interior le prescribí la mixtura de yoduro potásico y biyoduro de mercurio en proporción tal, que viniese á tomar uno á dos centigramos de biyoduro de mercurio y cinco á seis gramos de yoduro potásico. Es de advertir que seis días antes de tomar esta mixtura estuvo sometido á las fricciones mercuriales, que le produjeron una gran estomatitis, por lo cual se suspendieron y empezamos con la mixtura. Conseguimos con este tratamiento tan magníficos resultados, que á los cuatro días de empezar, el fondo de la úlcera estaba limpio y día por día se veía el progreso de la proliferación de los mamelones, con tal sorpresa para el enfermo,

que en tres semanas se curó de las lesiones que llevaban año y medio de existencia.

Reflexiones.—El caso presente es notable bajo muchos puntos de vista. Por lo que á la etiología se refiere, se vé claramente que desconoce el principio de su enfermedad. No es que yo por esto creyera en una sífilis *d'emble*, pues no me cabía dudar que lo ocurrido fué que pasó desapercibido para él el *chancro*, y más si la inoculación fué extragenital. Aparece el chancro en estos enfermos, y siendo, como es, casi indolente, lo echan en olvido, y cuando largo tiempo después aparecen los fenómenos terciarios, no saben á qué atribuirlos. Esto es lo que tal vez sucedió á nuestro enfermo.

Se vé confirmado en este caso clínico cómo la sífilis pierde la fuerza de transmisión á medida que pasa el tiempo. Recien casado el enfermo, sin lesiones aparentes, ó al menos poco visibles, tiene como producto de sus relaciones, abortos y niños de escasa vida, llenos de lesiones sifilíticas; en cambio transcurren unos cuantos años, y estando como al presente, sin úvula, perforado el paladar, con horrosas cicatrices, gangoso y convertido en un ser digno de compasión, y mucho más estropeado que al principio de su matrimonio, tiene por el contrario hijos tan hermosos como los que conserva en la actualidad, que no han presentado jamás lesión alguna, y eso que el menor tiene 6 años y la mayor 14. Todo ésto confirma una vez más que el período terciario de la sífilis no es transmisible, considerando por ésto muchos autores á este período, no sifilítico, sino resultado de los dos períodos anteriores. Por lo que respecta al diagnóstico, ya hemos podido ver los errores que trae consigo el no hacer el diagnóstico á su tiempo, pues este enfermo, diagnosticado desde el principio, no hubiese llegado al estado lastimoso que tenía cuando se presentó á nosotros.

Los peligros á que el enfermo estuvo expuesto, con las paredes de los grandes vasos del cuello infiltrados y al descubierto, dan á este caso una importancia grande. Felizmente se conjuraron los peligros y el enfermo vive perfectamente y con un aspecto nada repugnante.

Como tratamiento propusimos al enfermo las *inyecciones intramusculares de peptonato de mercurio*; pero como se negara á ello, y teniendo necesidad de *obrar pronto y con valentia*, nos decidimos á saturarle de mercurio por medio de fricciones con la pomada mercurial, toda vez que la vía gástrica es más lenta en obrar y el enfermo es algo dispéptico. Después de haberse producido estomatitis,

suspendimos unos días el tratamiento y empezamos con la mixtura de yoduro potásico y biyoduro de mercurio, con la cual ha seguido por espacio de dos meses largos. Sometido por fin á un plan tónico é higiénico en lo que cabe dentro de su oficio y de su clase social, hemos conseguido darle de alta por curación, con tanta satisfacción por parte suya, como por la nuestra.

Goma ulcerado del epididimo.—Segundo caso.

Filiación médica.—M. G. C., de 22 años, natural de Cáceres, estudiante, de estado soltero. Ha disfrutado de excelente salud hasta el año 1894.

Enfermedad actual.—En el mes de Septiembre del 94 se presenta un nódulo duro ligeramente exulcerado, situado en la cara interna del prepucio, y grandes infartos inguinales poliganglionares, indolentes á la palpación. Fué diagnosticado de *chancro duro* y sometido desde luego al tratamiento antisifilítico, tomando de 5 á 10 centigramos diarios de protoyoduro hidragírico en píldoras. Como cura local se empleó el lavado antiséptico, cubriendo luego la lesión con pomada mercurial, merced á cuyo tratamiento desapareció desde luego la dureza del chancro, reabsorbiéndose todo lo infiltrado de tal modo, que á los quince días era muy difícil señalar el punto en donde estuvo localizado.

Al mes siguiente del chancro apareció la *sifilide roseolica*, sin que tuviese más que una duración efímera, pues tardó unos diez días en desaparecer. A los dos meses de la inoculación, ó sea en Diciembre, se presenta una *laringitis sifilítica* que determinó afonía y *placas mucosas* en la garganta. Los toques con nitrato de plata en las placas, los gargarismos con el licor de Wan-Swieten y el tratamiento interno mercurial, hicieron desaparecer ambas cosas bien pronto.

Sin cefalalgia, dolores erráticos, ni manifestación alguna, pasó hasta los diez meses, en que aparecen otras placas mucosas en la boca y que ceden con el mismo tratamiento. Desde el principio de su enfermedad ha sido constante en el uso del mercurio, no suspendiéndolo mas que cuando la inflamación de las encías, la salivación excesiva y el dolor en la mucosa que rodea á los últimos molares, indicaban que se iniciaba la estomatitis. Ha seguido el enfermo el tratamiento aconsejado por Fournier, saturándose de mercurio al individuo, pero dándole en pequeñas dosis y con constancia, dejando

cada dos ó tres meses uno de descanso. En algunas ocasiones se cambiaron las píldoras por fricciones, pues se presentaban síntomas de hiperclorhidria. Dos años ha estado sometido al tratamiento mercurial, y desde fines del 95 no ha vuelto á presentar manifestaciones hasta el 97, en que, efecto de excitaciones venéreas casi constantes, empezó á sentir un dolor sordo y persistente que, tomando como punto de partida el testículo derecho, subía por el cordón y se localizaba en la ingle, impidiéndole andar con soltura, hasta el extremo que el dolor y la inflamación le obligaron á buscar el reposo en la cama. Hasta aquí lo que nos refiere el enfermo.

Estado actual.—A simple vista se aprecia que el testículo derecho está aumentado en un doble que el izquierdo. La piel conserva el color normal y está adherida á la tumoración. Por palpación se comprueba que no se trata de una inflamación aguda, sino más bien subaguda, pues es poco el dolor á la compresión. El testículo derecho afecta la forma de dos abultamientos desiguales, unidos por una parte más estrecha. El mayor lo constituye el epididimo, unido á la piel del escroto en su parte inferior, y el menor está formado por el testículo, que es sensible al tacto. La dureza que se aprecia en la nudosidad mayor es muy grande, en tanto que el testículo presenta cierta elasticidad. Al octavo día empezó á notarse lividez en la piel de la parte inferior del escroto, y se adelgazó, percibiendo fluctuación en dicho punto. A los dos días el escroto se ulceró, dando salida á un pus cremoso y espeso, mezclado con líquido claro de aspecto gomoso. La ulceración presentaba caracteres típicos, bordes cortados á pico é infiltrados. Su poca extensión impedía ver el fondo de la cavidad fraguada por la salida del pus; así es que se procedió á explorar con el estilete, que penetraba unos cuatro centímetros, dando el efecto de una caverna con paredes desiguales. No había infartos.

Diagnóstico.—La duda no era grande. No se trataba de *epididimitis blenorragica*, pues no presentaba la agudeza de ésta ni su principio brusco, aparte de que no había antecedentes de blenorragia.

No era *epididimitis tuberculosa*, por el estado general del enfermo, que era bueno, no presentar el aspecto noduloso, y estar sin atacar el conducto deferente, caracteres propios de la tuberculosis del epididimo.

No pensamos en el *carcinoma* por la edad del sujeto. Desechamos la idea de *sarcoma*, por no haber etiología clara, como el

trauma, por su evolución, no producir el dolor ni la dificultad circulatoria que se nota en estos tumores, y carecer el enfermo de infartos inguinales en ambos lados. Las dudas que hubieran podido existir, se aclararon en cuanto se abrió al exterior; se trataba, por tanto, de *un goma del epididimo*.

Pronóstico.—En el caso presente, según se vé por la historia, es una sífilis de curso normal. Las alteraciones del testículo enfermo no altera la función genital, pues la previsoramente naturaleza dotó al ser humano de órganos dobles y supletorios para las funciones de importancia tal como la generación. No podríamos asegurar otro tanto si hubiesen sido invadidos ambos testículos, pues tal vez en ese caso resultaría anulada la función. Otra cuestión de importancia hubimos de plantear. El individuo historiado deseaba contraer matrimonio. ¿Debe permitírsele el casarse? Caso de hacerlo ¿qué consecuencias podría traer y cuál sería la responsabilidad del médico por haberlo aconsejado? Sobre este punto meditamos lo bastante para ser tolerantes con sus deseos, fundándonos en que habiendo presentado un *goma*, lesión del período terciario, y no siendo transmisible la sífilis en este período, como puede comprobarse por miles de casos prácticos, no había motivo para oponerse.

Tratamiento.—Al principio se le pusieron fomentos calientes y suspensión del testículo, sustituyendo luego las fomentaciones con fricciones mercuriales en el mismo testículo. Al interior dos gramos diarios de yoduro potásico. Una vez abierto el goma, se hacía la antisepsia de la cavidad rellenando con gasa, habiendo conseguido la curación en el espacio de dos semanas. Resta del goma alguna dureza, que no ha desaparecido hasta un mes después.

Reflexiones.—Este caso clínico demuestra de un modo claro la relación estrecha que existe entre la sífilis y la irritación. La sífilis se localiza de preferencia en los órganos y tejidos irritados y que presentan, por tanto, un *locus minoris* de resistencia. Ejemplos de ello tenemos al observar que si el sífilítico se dedica á trabajos manuales, las manifestaciones tendrán lugar en el órgano de que se hace más uso, ó sea en las manos; por eso vemos con tanta frecuencia la *sífilide palmar psoriasiforme* en las clases jornaleras, hecho que se explica teniendo en cuenta el roce constante con los instrumentos que usan en sus variados oficios para ganarse el sustento. Si el sífilítico se dedica al canto, efecto del abuso que hacen de su aparato de la fonación, presenta disposición á enfermar de la laringe, y allí asentarán con predilección las diversas manifestaciones

sifilíticas, tanto secundarias como terciarias. Los sifilíticos que son fumadores y bebedores y que descuidan el aseo de la boca, ven persistir durante largo tiempo las *placas mucosas* de la boca y lengua, debido á la irritación que producen el tabaco, las bebidas alcohólicas y los restos de alimentos albergados entre los dientes y molares. La predilección de asiento de las manifestaciones sifilíticas en los alrededores de los órganos genitales externos femeninos y el que tomen la forma hipertrófica, obedece asimismo á la irritación que sufren dichas partes por el sudor y por las secreciones normales y anormales de la vagina. Estas consideraciones nos dan la explicación de la patogenia de nuestro enfermo. Excitado de continuo por deseos venéreos no satisfechos, tenía que producirse mayor actividad en las funciones genitales, determinando congestiones en dichos órganos. Como en todo proceso hiperémico se retarda la circulación en la periferia de los vasos, resulta que el virus puede alterar la pared vascular, produciendo una arteritis sifilítica, punto de partida de la infiltración gomosa. El por qué pasó dos años sin manifestación sifilítica alguna y de pronto aparece la epididimitis, nos le dá Finger suponiendo que en la sangre de los sifilíticos existen *bacillus* que producen fenómenos de sífilis manifiesta y que en estado de *esporos* determinan el período latente ó *sueño* de la sífilis. La transformación de una gran cantidad de esporos en bacillus por una irritación, al cabo de más ó menos tiempo produciría una recidiva, como ha sucedido en este caso.

MÁXIMO GUTIÉRREZ.

Médico segundo

REVISTA ESPAÑOLA

Primer Congreso Hispano-Portugués de cirugía

Neurectomía de la segunda rama del trigémino, por el Dr. Luis Guedea y Calvo.

Por añadir alguna observación á las ya numerosas de curación de neuralgias por la neurectomía, presento estos dos casos, no desprovistos de interés.

Refiérese el primero á un enfermo de 56 años, con antecedentes de artritis; padecía, hacía seis, neuralgias, cuyos accesos, algo lejanos al principio, se hicieron al final casi continuos, provocados por la masticación, frío, contactos y otras excitaciones. El dolor se localiza en la zona del suborbitario, con escasa irradiación, contractura del orbicular, lagrimeo y salivación. Fué tratado con multitud de recursos farmacológicos, eléctricos, etc., viniendo con ansiedad á ser operado. Elegido el procedimiento de Lossen Braunn, se cogió el nervio con el gancho de extravismo, ofreciendo alguna confusión la circunstancia de verse mayor porción de aquél de la que de ordinario se alcanza; posiblemente al hacer esta maniobra, el gancho dislaceró algo los tejidos que cubren la hendidura esfenomaxilar y sacó de su canal posterior al nervio, consintiéndole avanzar en la fosa pterigo-maxilar. Paréceme posible la confusión con la vena, con la arteria y con el músculo pterigoideo externo, parte del cual, por su blancura en el extremo fibroso interno y por su dirección, puede, á tal profundidad, y aun contando su más baja situación, confundir al cirujano.

El otro caso no ofreció dificultad alguna; enfermo de 52 años, padecía tres años há una neuralgia, y fué operado por el mismo procedimiento.

Ambos fueron dados de alta á los pocos días, obteniéndose curso aséptico de la herida y cicatrización inmediata. El uno hace un año que sigue completamente curado; el otro se le operó en Diciembre del 97, y se le recomendó comunicase cualquiera novedad.

El análisis histológico realizado en el laboratorio del Sr. Cajal, confirmó que eran nervios los trocitos remitidos. En las dos ocasiones citadas y en muchas en el cadáver, me ha parecido, á pesar de la afirmación tan respetable de Chalot y Segond, ver el nervio dirigiéndome directamente á él con el citado gancho y aislándolo de los tejidos inmediatos; de no ser así, creería preferible el procedimiento Scribá-Kocher.

La sección subcutánea por la orbita, según Langenbeck, ó siguiendo á Hueter, me parece insegura, peligrosa é insuficiente.

Los procedimientos de Wagner y Chalot practicando sección y resección del suborbitario, parécenme insuficientes, y relativamente peligrosos, por cuanto un flemón orbitario que pudiera aparecer sería grave; el ojo es molestado, y quedan probablemente sin comprender en la sección ramos dentarios posteriores y el orbitario.

La operación de Larnochan, de muy difíciles precisión y éxito, la conceptúo inaceptable; aun prescindiendo de su dificultad, abre el seno maxilar, cosa innecesaria. Quedan como procedimientos prácticos el de Lossen Braunn, modificado ó completado por Segond, y el de Kocher, iniciado ya por Scribá en 1885.

El primero es el menos peligroso, pero no tan seguro; exige experiencia para practicarlo. El de Kocher dá más seguridad, pero abre la cavidad orbitaria y el seno maxilar. Una infección de la herida en el primero, poco peligro ofrece. La supuración del seno

maxilar ó de la órbita son procesos raros, pero posibles, en el procedimiento de Kocher.

No conozco un solo caso de muerte debido á esta operación entre los muchos publicados; en atención á ésto y á la rebeldía y molestia de la neuralgia, que conduce alguna vez al suicidio, entiendo debe aplicarse con más frecuencia este tratamiento, una vez agotados los recursos médicos.

Como la extirpación del ganglio de Gasserio es grave y de consecuencias peligrosas para el ojo afecto, creo debe preceder á aquélla la neurectomía extracraneal de sus dos ramas, en los casos de tal indicación.

El procedimiento preferible para la neurectomía del maxilar superior es el de Lossen Braunn.

En los casos citados se ha obtenido la curación sin extirpar el extremo periférico del nervio; pero es tal la rebeldía de este padecimiento, que, á pesar de tales éxitos, me inclino á completar la operación con esta resección.

*
**

Oto-cirugía radical del oído medio, por el Dr. Forns (de Madrid.)

CONCLUSIONES.

1.^a La intervención quirúrgica otológica debe ir precedida de un diagnóstico topográfico lo más preciso posible, y una vez indicada una operación, deberá practicarse por el camino por el que el operador tenga más seguridad de alcanzar el foco supurado y de salvar los peligros de vecindad, así como de alterar menos la función auditiva.

2.^a La sepsis aguda auricular deberá tratarse dando salida al pus y desinfectando la cavidad que lo contenía.

3.^a La sepsis crónica exige la abertura amplia y la extirpación completa de los tejidos enfermos.

4.^a Cuando no se pueda conservar la audición, deberá escogerse el proceder más radical, ya que todos los elegibles en un caso dado son igualmente graves.

5.^a En las complicaciones extraauriculares, deberá comenzar la operación por el oído, siguiendo el camino que recorrió la sepsis, hasta agotar por completo los focos supuratorios.

6.^a Cuando después de operado un enfermo no mejora ó se presentan nuevos síntomas de grave pronóstico, hay que repetir la operación, y no terminarla sin haber encontrado el foco séptico que origina aquel estado. En estas circunstancias hay que estudiar mucho, observar atento y decidir presto, y tener en cuenta que, operación sin diagnóstico topográfico casi siempre acaba mal, y enfermo abandonado es muerto seguro.

7.^a Las complicaciones endocraneales de origen otítico, operadas á tiempo, se curan casi siempre.

8.^a La mitad del éxito se debe á la operación, la otra mitad al hábito de limpieza del que cura al enfermo.

9.^a Por la condición especialísima del aparato auditivo, sucede en otología que no se puede ser buen operador sin ser buen disector. Y todo disector forzosamente opera bien. De ahí lo útil que resulta una buena educación técnica en el cadáver, que es indispensable al que quiera cultivar la especialidad.

Y 10.^a El día en que la oto-cirugía radical se generalice todo lo que debe, se conservarán muchos oídos y se salvarán muchas vidas.

* * *

Fractura de los dos maxilares superiores, por el Dr. Cervera (D. Eulogio), de Madrid.

Para el tratamiento de las fracturas del maxilar superior, contamos con varios medios más ó menos perfectos. Cuando la fractura recae sobre la totalidad ó parte de un maxilar, con aquellos medios y algún ingenio pueden salvarse las dificultades, porque contamos siempre con el maxilar opuesto como punto de apoyo para fijar todos los aparatos de contención que se empleen. Aun así encontraremos, tan sólo, una relativa facilidad; pero las dificultades son mayores cuando se trata de fracturas de ambos maxilares superiores. Mi único objeto es dar á conocer el aparato contentivo que yo empleé en un caso gravísimo. Se trataba de una fractura directa de ambos maxilares superiores. La línea de la rotura pasaba por debajo del pómulo izquierdo, y por encima de los dos tercios del derecho, fracturado también, así como las dos apófisis ascendentes, las dos pterigoideas y los dos huesos palatinos, es decir, que casi todo el centro de la cara quedó desprendido hacia atrás y descansaba sobre la lengua. Cuantas veces traté de reconocer esta fractura, otras tantas se inició una imponente hemorragia, que cedía sometiendo las partes á la más absoluta quietud y reposo. Esta complicación me impidió tomar ninguna determinación hasta el cuarto día del accidente, durante los cuales pensé lo que había de hacer. Ni recordaba, ni encontré en ninguna obra un aparato que me resolviese el conflicto.

Las indicaciones eran claras: primero, levantar hacia arriba el bloc esquelético desprendido y coaptarlo; segundo, una vez repuesto sostener la reposición. El medio que empleara debía llenar esta indicación, y era lo más difícil encontrar un punto fijo para lograrlo. Sin embargo, creo resolví el problema con elementos muy sencillos, y que están, en todo momento, al alcance del cirujano.

- 1.^o Hilo de plata de un grosor medio.
- 2.^o Una aguja de Reverdín.
- 3.^o Un casquete, formado por un cruzado de la cabeza y una cinta (todo de cuero), que rodea circularmente la cabeza. Los cuatro cabos de aquél van cosidos á aquélla. Los segmentos laterales ó temporales de la circular, llevan tres corchetes cada uno.

Con estos elementos obtuve la más perfecta y completa reposición de los maxilares fracturados. Hé aquí mi modo de proceder:

Colocado el casquete, inserté á los tres corchetes derechos los extremos de otros tantos hilos de plata de una longitud de 45 centímetros cada uno. Atravesé todo el espesor del carrillo con la aguja de Reverdín, introduciéndola por la parte más posterior del surco gingival superior, y saliendo á dos centímetros por debajo del arco zigomático, y enhebrando el primer hilo ó posterior, tiré de la aguja, y desenhebrando aquél le crucé transversalmente á la bóveda palatina, pero no sin haberle hecho pasar por los espacios entre los dos últimos molares de cada lado. Con la misma aguja, introducida á la inversa, de afuera á adentro en el lado izquierdo, atravesando el espesor del carrillo por los mismos puntos que lo hice en el derecho, enhebré de nuevo el hilo y extraje aquélla, quedando pasado el hilo, y después de tirar fuertemente para dejarle bien tenso, le anudé al corchete correspondiente de este lado izquierdo. Durante esta maniobra, el dedo índice izquierdo, introducido en la boca y aplicado contra la bóveda, mantiene la elevación y coaptación de las partes fracturadas. Del mismo modo se procede para la colocación de los hilos segundo y tercero, con la única diferencia que éste pasará entre los molares cuarto y quinto, y aquél ó sea el segundo hilo, entre el tercero y cuarto, siendo de unos dos centímetros la distancia que separa un hilo de otro por la cara cutánea del carrillo.

Terminadas estas maniobras, resultan como tres arcos ó puentes de hilo de plata que atraviesan la bóveda palatina, levantan, sostienen y mantienen los dos maxilares.

Levanté estos hilos á los cuarenta y cinco días, teniendo la satisfacción de ver consolidada la fractura tan grave, sin desviación ni deformidad: en una palabra, logrando una *restitutio ad integrum*.

¿Podrá generalizarse este aparato contentivo que acabo de describir á todas las variedades de fracturas del maxilar superior, ya parciales, ya totales, ya uni ó bi-maxilares? Dadas la sencillez de los medios, la facilidad de su aplicación y el resultado obtenido en caso tan grave, contestaría afirmativamente; pero no quiero hacerlo sin que antes no lo confirme la experiencia.

REVISTA EXTRANJERA

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCOU.

Clasificación clínica, patogenia y tratamiento de las nefritis.

-M. Brault (de París), *ponente*.—El defecto de las antiguas clasificaciones anatómicas ó histológicas de la nefritis ha sido perfectamente evidenciado por toda una serie de trabajos modernos. Sabido es, en efecto, que algunas de esas clasificaciones, basadas en un número reducido de divisiones, aparecen como exclusivas, mientras

que otras, que corresponden á numerosas categorías, son á menudo inaplicables y siempre insuficientes. Cada uno de los aspectos aislados por estas clasificaciones, no puede adaptarse á formas clínicas claramente determinadas, pues todos sabemos actualmente que la misma sintomatología conviene á apariencias anatómicas bastante distintas. Sería, por consiguiente, imposible en mi concepto diferenciar las nefritis por uno de sus síntomas más marcados y describir separadamente nefritis con ó sin edema, nefritis subagudas ó crónicas, hemorrágicas, etc., dado que los edemas y las hemorragias son fenómenos que, aun cuando aparecen más á menudo en las formas rápidas de nefritis, se observan también en las atrofas renales más pronunciadas. La misma dificultad experimentaríamos en basar la clasificación de las nefritis crónicas en la existencia ó en la ausencia de la disnea, de las palpitations ó de cualquier otro signo análogo, pues estos diferentes síntomas pueden faltar ó existir en alteraciones renales que dimanen de una misma causa, como ocurre, por ejemplo, con la nefritis saturnina.

Por todas estas razones, yo estimo que la clínica no puede considerar las nefritis sino en su evolución general y en el tiempo, y que sólo una clasificación etiológica se halla en condiciones para atender á las subdivisiones que necesita su fisonomía particular en cada caso. Este trabajo de descentralización es preparado de larga fecha; hoy día es indispensable ponerlo en práctica si se quiere dar á las descripciones más claridad, más precisión y mayor relieve.

Así, pues, desde este punto de vista, cabe distinguir los grupos siguientes:

Las nefritis *pasajeras ó transitorias* que se observan en el curso de ciertas enfermedades generales, en las infecciones y en las intoxicaciones;

Las nefritis *agudas* (la nefritis escarlatinosa, por ejemplo), que reconocen á poca diferencia las mismas causas que las nefritis pasajeras, salvo ciertas diferencias en la intensidad de acción del agente irritante;

Las nefritis *subagudas*, debidas á una infección ó á una intoxicación prolongada;

Por último, las nefritis *crónicas* (nefritis saturnina, nefritis gotosa, etc.), que comprenden únicamente las nefritis en realidad *latentes*, es decir, que corresponden á lesiones renales profundas con las apariencias de la salud.

Las formas agudas, subagudas y crónicas pueden sufrir remisiones, paros, ó bien presentar agravaciones, recaídas; las formas agudas y subagudas evolucionan á menudo de una sola tirada, por decirlo así; las formas crónicas evolucionan en varios tiempos, por etapas ó crisis sucesivas, de suerte que, por lo general, son remitentes ó discontinuas. Hay, en fin, ciertas nefritis que, después de un ataque de una violencia extrema, parecen terminarse por curación, pero ésta no es más que aparente, puesto que más tarde el riñón aparece en un estado de descomposición avanzada que, al cabo de

algunos años, acarrea la muerte. Sin embargo, una nefritis grave puede curar, dejando en pos de sí rastros duraderos, insuficientes, con todo, para comprometer el funcionamiento del filtro renal.

Cuando la duración de la nefritis se prolonga, se vé aparecer casi constantemente la hipertrofia del corazón. En las nefritis que datan de antiguo, esta hipertrofia coincide, no ya con una enfermedad renal en evolución, sino con una lesión definitiva que resulta tan irreductible como una lesión valvular. En dicho periodo, el riñón no funciona sino en tanto que su insuficiencia se halla compensada por la hipertrofia cardiaca.

Por lo dicho se vé que, en adelante, para comprender la evolución de una inflamación renal, será inútil que se recurra á las antiguas divisiones en nefritis parenquimatosas é intersticiales, difusas y sistematizadas. En efecto, cuando se han precisado claramente la causa de la nefritis y la fecha de su aparición, se poseen los dos elementos necesarios para explicar la evolución pretérita de la enfermedad, para prever su evolución futura y deducir la forma anatómica correspondiente.

Sin inmiscuirme en el dominio de la patogenia de las nefritis, con todo, antes de terminar, debo hacer presente que las lesiones del riñón no son tributarias, ni de las alteraciones de los vasos de la circulación general, ni de las de la trama conjuntiva del mismo órgano, sino que dimanen en cierto modo exclusivamente de la eliminación de venenos minerales ó micróbicos. La infección verdadera no entra en ella sino por una pequeñísima parte: la presencia de agentes animados no determina, en efecto, ninguna nefritis verdadera, pero engendra lesiones renales más ó menos coherentes, en las cuales la glándula no interviene en nada, por decirlo así, y que se desarrollan ni más ni menos que en otro órgano cualquiera.

En toda nefritis la glándula es la que sufre; por ella empieza la lesión, y, si la glándula es atrofiada, esta atrofia no es debida á una afección de las arterias ó del tejido conjuntivo, sino que es la consecuencia de las irritaciones cuyos ataques no ha podido soportar el riñón. De otra manera, no habría ningún motivo para que las nefritis nos apareciesen como lesiones aisladas; no habría razón alguna para que las atroñas esclerosas de las parótidas ó de las glándulas más triviales en apariencia dejaran de ser observadas tan á menudo como las del riñón en igualdad de condiciones etiológicas.

Cuanto á los aspectos á los cuales se había antes atribuído un valor tan considerable en la historia de las lesiones crónicas renales, tales como la desigualdad de superficie, la induración, la esclerosis, son otros tantos caracteres contingentes secundarios, cuyo mecanismo de producción es fácil de comprender una vez que se ha podido determinar exactamente el modo de introducción, de penetración y de distribución de la substancia irritante.

M. Senator (de Berlín), *co-ponente*.—Designase con el nombre de «nefritis crónica» una inflamación lenta de ambos riñones, debida á

un estado patológico de la sangre y llegando hasta la destrucción del parénquima renal con depresión ó arrugamiento del órgano. Lo que hay de más característico en esta afección es, en mi concepto, no ya su terminación por atrofia, sino su relación causal con la discrasia sanguínea, toda vez que la atrofia se observa igualmente en otras afecciones renales, como, por ejemplo, en la nefritis ascendente.

Siendo los riñones un emuntorio de la sangre, compréndese que las anomalías de este medio deban ser la fuente principal de las afecciones renales. Todas las influencias nocivas de origen hemático actúan sobre los glomérulos de igual manera que sobre los tubos uriníferos, los cuales reciben su sangre de los vasos glomerulares. ¿Cuál es la discrasia sanguínea que produce la nefritis crónica? Esta cuestión no se halla aún bien dilucidada. La hipótesis propuesta por Semmola, relativa á una difusibilidad anormal de la albúmina de la sangre, no resiste ciertamente el examen crítico. Páreceme á mí probable que en la nefritis crónica se trata de una anomalía de la sangre de naturaleza más complicada. De otra parte, como la nefritis crónica se desarrolla á veces á seguida de una nefritis aguda, de aquí que ambas formas morbosas puedan evidentemente dimanar también de una causa común. Pero lo que hay de particular para la nefritis crónica es el hecho de que continúa progresando aun cuando su causa primera haya cesado de obrar desde mucho tiempo. Esto es lo que se observa, por ejemplo, en la afección renal, que se desarrolla á veces como una consecuencia del «riñón gravídico.» Otras veces, la nefritis reviste de golpe una evolución lenta. Entre estas dos variedades existen también ciertas transiciones, tales como la forma subaguda. En el fondo, las causas de la forma crónica de flegmasía renal son las mismas que las de la nefritis aguda, con la sola diferencia de que en la primera obran más lentamente, por ataques sucesivos.

El punto de partida de las lesiones de la nefritis aguda ó subaguda, se encuentra, ora en el parénquima renal únicamente, ora en este parénquima á la vez que en el tejido conjuntivo. En ambos casos, el proceso puede llegar hasta la induración y la atrofia (atrofia granulosa secundaria.) Con todo, existe asimismo una esclerosis renal primitiva: es la nefritis intersticial crónica, en la cual el tejido intersticial parece constituir á veces el punto de partida del proceso patológico, que no produce sino secundariamente la atrofia del parénquima. Otra variedad frecuente de nefritis crónica es debida á la arterioesclerosis, la cual puede desempeñar el papel de un agente patógeno, ora primitivo, ora secundario. Entre las causas de esta arterioesclerosis hay que colocar sobre todo á la gota, al saturnismo, al alcoholismo, á la sífilis, á la diabetes, á la tabes y á la herencia. Cabe mencionar también esa forma de nefritis crónica que á menudo queda latente durante un largo período de tiempo, la cual depende probablemente de una penetración insuficiente de sangre en los riñones. Pertenecen á esta categoría el «riñón senil» y el

riñón atrófico consecutivo á una angustia de la arteria renal ó á una anemia grave.

M. Crocq (de Bruselas.)—Yo estimo que la causa esencial de la albuminuria debe residir en una descamación de los glómérulos y de los tubos uriníferos. Por esta razón no puede existir albuminuria fisiológica propiamente dicha. Sin embargo, la causa que provoca la albuminuria puede ser transitoria, y en tal caso puede tratarse de una simple congestión, activa ó pasiva, como el hecho se produce en los atascamientos renales de origen cardiaco. Pero las más de las veces la albuminuria está ligada á una nefritis parenquimatosa, que es el mal de Bright crónico propiamente dicho. En cambio, la nefritis intersticial se halla constituida por la inflamación del tejido conjuntivo, en el cual se halla sumergido, digámoslo así, el parénquima renal. Cuando en esta forma de nefritis no existen lesiones del parénquima, la albuminuria deja de producirse. Si por el contrario, el proceso morboso invade los elementos epiteliales, la nefritis intersticial vá entonces acompañada de albuminuria. De esta manera la nefritis crónica puede presentarse en clínica bajo dos formas distintas, una de las cuales vá acompañada de albuminuria y la otra no. Las diversas causas que provocan las inflamaciones renales son susceptibles de determinar la una ó la otra de estas formas. Así tenemos, por ejemplo, que la cantaridina engendra una inflamación parenquimatosa; la cerveza puede obrar en el mismo sentido. De otra parte, las bebidas alcohólicas destiladas, el saturnismo y la diátesis úrica, producen más bien una nefritis intersticial.

M. Pavlinov (de Moscou.)—En el espacio de seis meses me ha sido dable observar á tres enfermos atacados de nefritis crónica, de origen marcadamente escarlatinoso. En uno de esos casos tratábase de una nefritis parenquimatosa (riñón blanco voluminoso), datando próximamente de cinco años, y, en los otros dos, de una nefritis intersticial que se remontaba á doce y á diez y siete años respectivamente.

Estas observaciones muestran que, contrariamente á la opinión de Charcot, de Eichhorst, de Liebermeister, etc., y de acuerdo en esto con von Leyden, Potain, Littein, Lecorché y Talamon, la nefritis escarlatinosa crónica, lo mismo parenquimatosa que intersticial, existe realmente, y la duración de esta afección puede prolongarse mucho más de lo que generalmente se admite.

Haré notar, además, que en mis observaciones la nefritis crónica se ha desarrollado en sujetos cuya edad variaba entre 21 y 24 años. De suerte que, cuando es observada en ese período de la vida, hay que presentir siempre la posibilidad de su origen escarlatinoso.

Haciendo figurar la escarlatina en la etiología de la nefritis crónica, se disminuirá el número de casos en los cuales la causa de esta afección parece ignorada.

M. Jawein (de San Petersburgo.)—El hecho de la marcha progresiva de la nefritis después de haber cesado la causa provocado-

ra, señalado por Senator, podría ser debido, al parecer, á que la cantidad de parénquima renal que ha quedado intacta no es suficiente para la depuración de la sangre, de suerte que los productos de los cambios, incompletamente descompuestos, sigue ejerciendo en tal caso, sobre los riñones, su acción irritante.

M. Gerhardt (de Berlín).—Según resulta de mis observaciones, la nefritis escapa á menudo á la atención del médico, y ésto tanto más fácilmente cuanto que puede existir durante meses enteros sin determinar albuminuria. También he observado que la arterioesclerosis provoca á veces nefritis hasta en sujetos relativamente jóvenes. La esclerosis renal primitiva es, en mi concepto, de origen tóxico (alcohol, ácido úrico, etc.); la escarlatina y el embarazo no la engendran sino con el concurso de ciertas causas coadyuvantes.

En lo que concierne á la causa de los síntomas de la uremia, creo que reside en un aumento de la presión intracraneana, como de ello he podido convencerme en un caso en que la punción lumbar no ejerció ninguna influencia sobre los accidentes urémicos.

M. Ewald.—Por mi parte, he observado con frecuencia una albuminuria intermitente en niños atacados de dispepsia y que parecían sanos en todo lo demás. En tales condiciones, la duración de la albuminuria no excedía generalmente de las veinticuatro horas. Mis observaciones no me permiten decir aún en definitiva si esta variedad de albuminuria puede conducir á una nefritis.

M. Carrieu (de Montpellier).—Sin querer establecer una clasificación completa de las nefritis y dejando de lado las nefritis tuberculosas, diabéticas, sifilíticas, etc., las cuales dependen de un estado diatésico anterior, distinguiremos clínicamente: primero, las nefritis tóxicas sobre agudas; segundo, las nefritis parenquimatosas agudas primitivas; tercero, las nefritis parenquimatosas secundarias de marcha subaguda ó crónica; cuarto, las nefritis intersticiales crónicas de accesos subagudos.

Con frecuencia hemos tenido la ocasión de observar las *nefritis tóxicas subagudas* en los comienzos de la escarlatina y de otras enfermedades infecciosas graves ó en intoxicaciones violentas.

Hemos ya indicado sus caracteres histológicos. La lesión consiste en un edema hemorrágico y diapedésico del tejido cortical, pero sobre todo en un exudado albuminoso situado en el interior de la cápsula de Bowmann y comprimiendo los vasos glomerulares hasta el punto de suprimir por completo su funcionamiento.

Las células de los tubos parecen á veces poco alteradas á causa de la misma rapidez de la evolución morbosa, mientras que la anuria y las infecciones micróbicas primitivas acarrear rápidamente la muerte con fenómenos tíficos y urémicos más ó menos intensos.

En esos casos es cuando aparecen indicadas las inyecciones intravenosas de suero, precedidas de una sangría, ó bien el lavado de la sangre á tenor del procedimiento de Barré. Hemos obtenido de este modo tres éxitos favorables sobre cinco casos. Pero hay que acudir pronto al remedio, pues todos los enfermos atacados de esta

forma hipertóxica en quienes no hemos intervenido como acabamos de indicar, han sucumbido.

Las *nefritis parenquimatosas agudas primitivas* comienzan de una manera más ó menos brusca bajo la influencia del enfriamiento ó de otras causas de trastornos vasculares, sin la intervención de una infección ó de una intoxicación anterior.

Su manifestación clínica es más ó menos tumultuosa, y consiste en síntomas renales (orines escasos, sanguinolentos, muy albuminosos, con elementos figurados abundantes: tubos, células, hemátíes; dolores lumbares), en síntomas cardiopulmonares (fiebre, arritmia, soplos cardíacos, disnea, congestión y exudados pleuropulmonares) y en síntomas nerviosos de la pequeña ó de la grande uremia.

Las lesiones están representadas por trastornos vasculares corticales (hemorragia, diapedesis) y por alteraciones de las células de los *tubuli* (descamación, infiltración flúida ó granulosa, necrosis celular, proliferación nuclear, ausencia de microbios.)

También en estos casos las inyecciones intravenosas precedidas de una sangría general ó local están indicadas. Al igual que en los casos precedentes, nosotros las combinamos con las inyecciones subcutáneas de cafeína y de éter para sostener el corazón y estimular el sistema nervioso.

Las *nefritis parenquimatosas secundarias subagudas ó crónicas* son acaso las más frecuentes. A ellas es á las que se reserva habitualmente en clínica la denominación de mal de Bright.

Sobrevienen á seguida de una enfermedad infecciosa menos virulenta que en las formas hipertóxicas (escarlatina, erisipela, dotienentería) ó de una intoxicación más lenta (mercurio, arsénico, alcohol) ó solamente bajo la influencia prolongada del frío húmedo en individuos linfáticos ó reumáticos.

Están caracterizadas clínicamente por los edemas múltiples, la albuminuria abundante con más ó menos elementos figurados, los trastornos cardiopulmonares, la fatiga fácil, la criestesia, y por todos los otros síntomas clásicos del brightismo.

La lesión anatómica consiste en degeneraciones más ó menos avanzadas extensas de las células de los tubos contorneados con infiltración diapedésica más ó menos marcada del tejido conjuntivo cortical caracterizado al riñón blanco voluminoso.

En los casos de este género es donde el tratamiento por los baños de aire caliente nos ha dado buenos resultados. Como ya tenemos dicho en otra ocasión, estos baños no sólo alivian al riñón por la sudación que elimina materias tóxicas, sino que obran asimismo sobre el estado general, activando los cambios celulares por excitación vásculo-nerviosa de la piel. Debemos insistir sobre este punto: que, en todos esos enfermos, hay un vicio de nutrición primordial ó adquirido. No es sólo el riñón el que se halla afectado, sino todo el organismo; hay que obrar, por consiguiente, sobre este último.

Por lo demás, no descuidamos los otros agentes higiénicos ó te-

rapéuticos (leche, calor, tanino, etc.); pero aun con el régimen ordinario y sin otra medicación que los baños de aire caliente, hemos visto desaparecer la albúmina completamente de la orina en brígh-ticos inveterados.

Las *nefritis intersticiales crónicas*, que son el resultado de la acción más lenta y continua de los diversos venenos morbosos, no son habitualmente susceptibles de los métodos de tratamiento que acabamos de indicar. Mas no es raro observar en el curso de su evolución algún ataque subagudo de nefritis parenquimatosa; los orines se vuelven entonces más raros, la albúmina aumenta, los síntomas urémicos que hasta entonces habían faltado aparecen y el enfermo entra en peligro inmediato.

En semejante caso, las inyecciones subcutáneas ó intravenosas de suero están indicadas y pueden hacer desaparecer los síntomas alarmantes sin detener la marcha progresiva de la enfermedad.

En resumen: para conocer bien los diversos estados morbosos que pueden atacar al riñón y apreciar las indicaciones terapéuticas que les son aplicables, hay que basarse en la etiología, en el género de alteraciones anatómicas que las causas morbosas han producido según sean su naturaleza, la intensidad y persistencia de su acción, y en la evolución clínica que de ello resulta dada la resistencia individual del organismo.

V A R I E D A D E S

Terminadas las oposiciones de la segunda convocatoria de este año para cubrir plazas de Oficiales-médicos segundos del Cuerpo de Sanidad militar, han sido aprobados nueve aspirantes de 22 que verificaron el primer ejercicio.

El orden de conceptuaciones ha sido el siguiente:

NOMBRES.	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Definitiva después del cuarto ejercicio.
D. Francisco Fernández Co- golludo.....	1	1	1	1
» Eduardo García del Real..	4	2	2	2
» Agustín Van-Baumber- ghen.....	7	5	7	3
» Celestino Torremocha Té- llez.....	3	4	6	4
» José Hernando Pérez....	12	7	5	5
» Ignacio Ortigas Barcina..	2	3	3	6
» Laurelio Belsol Oria....	9	9	8	7
» Eustasio Conti Alvarez...	10	10	11	8
» Carlos Amor y Rico.....	6	6	4	9