RESEÑA DEL PRIMER EJERCICIO

DEL

INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

20 cent.
R-72.060



RESEÑA DEL PRIMER EJERCICIO

DEL

INSTITUTO DE TERAPÉUTICA

OPERATORIA

DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

POR EL

DR. FEDERICO RUBIO Y GALI

MADRID
IMPRENTA DE ENRIQUE TEODORO
calle de Atocha, núm. 80

RESEÑA DEL PRIMER EJERCICIO

DEL

INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Organizacion de las Clínicas.

Nombrado por Real órden de 11 de Mayo de 1880 Director del Instituto de Terapéutica operatoria, comenzó su organizacion, estableciéndose la Clínica, compuesta de dos salas de á 20 camas, una para hombres y otra para mujeres.

Fueron concedidas al Instituto otras dos salas en la planta baja del ala derecha del Hospital, una para enfermedades quirúrgicas de niños, en la que, por un apropiado compartimiento, debía quedar otro espacio independiente con destino á los enfermos recien operados y que por su gravedad exigieran asistencia aparte.

La circunstancia de hallarse en obras el Hospital, hizo necesario ceder interinamente dicha sala á la Oficina de Farmacia, porque, derribado el local propio que ántes ocupaba, no había otro en que establecer tan indispensable Oficina. La Clínica ha podido disponer, por consiguiente, de tres salas, dos ocupadas por enfermos, y la tercera para remudar, alternando con las anteriores, á fin

de sanearlas de tiempo en tiempo, utilizando la vacía para dar las conferencias, practicar las operaciones, colocar aparatos y otros usos.

De las dichas salas, una está estucada y tiene regular pavimento; las dos restantes, aunque gozan de la misma exposicion, y por tanto de igual aireacion y luz, no están estucadas, y sus solerías, de mal barro, ya deteriorado por el uso, ofrecen graves inconvenientes, sobre los cuales he llamado la atencion de la superioridad, esperando que ponga el necesario remedio.

Como el aseo es la primera condicion de la Higiene, y muy principalmente en salas de enfermos cuya mayoría debe sufrir operaciones graves, para poder apreciar al primer golpe de vista el estado de limpieza de las salas se estableció que las camas, útiles y colchas fuesen blancos. Temíamos que esta determinacion pudiera ofrecer el grave inconveniente de no permitir, por grande que fuese el celo de todos, que la misma delicadeza del color lo hiciese útil. Mas, afortunadamente, la experiencia del tiempo trascurrido ha demostrado que dicho color, si no consiente el desaseo, no es tampoco de tan escaso sufrimiento que resulte incapaz de aplicacion.

Las camas de la sala bien solada se encuentran hoy aún en estado perfecto de blancura, y si las otras no se hallan con el mismo lucimiento, necesitando volver á pintarlas para el ejercicio venidero, débese al polvo amarillento que desprenden las malas solerías y las paredes enyesadas. Aún así, si no fuera por la comparacion que resulta entre la sala de Santa Teresa, con nuevo pavimento, y las de Santa Isabel y Santa Agueda, que lo tienen malo y viejo, nadie advertiría el deslucimiento de las segundas.

Disposicion de las camas.

Las camas carecen de esos anidaderos de polvo y suciedad que se llaman jergones. Sólo constan de un colchon formado por tres colchonetes, embastados y unidos con cintas, y la experiencia declaró su utilidad, comodidad para el enfermo y buenas condiciones higiénicas.

Mobiliario

En las salas no hay otro mobiliario que el solo indispensable: las camas, unas mesas de noche, tambien pintadas de blanco, que serán sustituidas cuando lo permitan los recursos por las tablillas de mármol, sillas de madera corvada y el aparato de curaciones.

Los enfermos graves, de afectos que obligan á larga estancia en el lecho y que necesitan para su curacion de la inmovilidad absoluta, nos han preocupado grandemente.

Utilidad de los aparatos de suspension.

Despues de ensayar los colchones de viento y de agua, hemos tocado por experiencia que nada resulta más cómodo, más eficaz y ménos ocasionado á producir úlceras por decúbito que las gotieras de suspension. Ciertamente que la falta de costumbre de ver aplicados estos aparatos en la práctica particular y en la hospitalaria, hace que las personas ajenas á los adelantos de la cirujía se extrañen de ver, segun dicen, *los enfermos colgados*, y salgan con mala impresion, temiendo que aquellos sufran molestias y áun suplicios; pero léjos de esto, resultan de tal manera cómodos que los mismos enfermos los reclaman, y hemos tenido el sentimiento de no poder aplicarlo á alguno por carecer de tanto número de aparatos como indivíduos los han necesitado.

Ciertas alteraciones han sido necesarias introducir en el régimen justamente establecido en todos los hospitales.

Dichas alteraciones ofrecen sus ventajas y tambien sus inconvenientes, que somos los primeros en reconocer.

Modificaciones en el régimen.

Hemos consentido llevar alimentos de sus propias casas á los pacientes que lo han solicitado. Desde luégo se comprende cuán difícil ha de ser, dado este permiso, evitar los abusos, y cuánto complica el régimen administrativo de las salas, pudiendo parar en determinados casos en perjuicio de los propios enfermos. Sin embargo, razones de más peso que las expuestas, nos obligaron á conce-

der dicho permiso. En este particular, como en otros de la vida, no puede impedirse el uso de las cosas por evitar el abuso.

En clínicas como la de que se trata, donde existen enfermos extenuados por graves padecimientos, inapetentes hasta el último extremo y cuyas fuerzas hay que mantener á toda costa, es indispensable, sopena que fallezcan, permitirles que varíen de alimentos.

Ciertamente que, por lo general, el del Hospital es superior al que llevan las familias, pero hay que tener en cuenta cuánto influye la costumbre en el gusto y cuán monotona y desagradable se hace para un paciente la mejor cocina, si le es forzosa y constantemente impuesta.

Por otra parte, y para evitar el uso de sustancias indigestas, las hermanas encargadas del régimen interior las inspeccionan ántes, ateniéndose á las prescripciones dietéticas de las libretas, y sólo conceden el pase para los pacientes que están á racion.

Por razones análogas se permite á algunos enfermos que paseen por las galerías y áun salgan al campo á respirar el aire completamente libre. Los inconvenientes que esto ofrece á cualquiera se alcanzan, más no obstante son infinitamente mayores los beneficios que les reportan.

Las salas se descargan algunas horas de los asilados, cuya situacion lo permite; se animan y reponen, y por esta medida se les mantiene en fortaleza de ánimo, cosa importante en nuestra clínica, donde la mayoría de los acogidos padecen graves enfermedades quirúrgicas, para cuyo tratamiento han sufrido ó tienen que sufrir peligrosas operaciones.

Cediendo á motivos semejantes ha sido necesario permitir á las familias que visiten diariamente á sus enfermos. La persona que va á sufrir una operacion se encuentra naturalmente afligida, y así como la familia en gran ansiedad y verdadera tribulacion. La caridad exige disminuir estos sufrimientos, atenuándolos en lo posible.

Todas estas disposiciones sólo resultan incómodas en

alto grado para la administracion y para las hermanas; pero tanto la primera como las segundas llevan con paciencia y buena voluntad el aumento de trabajo y las penalidades que esas variaciones acarrean.

Carencia de enfermeros.

Siendo preciso en materia de administracion atenerse á lo presupuestado, principalmente en cuanto al personal, y no teniendo cada sala más dotacion que la de un sólo mozo de servicio, se resiente por ello la Clínica en gran manera, y considero caso extraordinario que hayamos podido pasar así durante el ejercicio de que doy cuenta. Enfermos todos de cirujía, lacerados, amputados, gravemente heridos, imposibilitados de efectuar por sí ningun movimiento ni sus indispensables necesidades, tienen que ser asistidos, levantados, colocados en los vasos y trasportados de una á otra cama por un sólo enfermero, cosa imposible si la caridad de practicantes, profesores y de los enfermos ménos graves no hubieran suplido de algun modo la falta que acabo de indicar. No hay que decir que he elevado estas observaciones á la superioridad y que espero tomará las medidas que la imperiosa necesidad reclama.

Hemos tenido la satisfaccion de vernos alentados por el deseo de hacer bien que han mostrado las distinguidas señoras que forman la Junta de damas, recibiendo pruebas de su interés, significadas en obras de caridad á favor de algunos asilados en particular y de todos en general, obras y nombres que dejo ocultos en la reserva y en mi gratitud.

Nuestras ocupaciones por una parte, y la naturaleza cruenta de la Clínica por otra, demasiado dura para corazones delicados de señoras, no han permitido que una relacion más frecuente con las mismas haya podido demostrar por nuestra parte toda la consideracion que ahora les declaro.

Organizacion del Dispensario.

El estado de reparacion y obras en que se halla el

Hospital, reduce su espacio á tal extremo que no hay locales disponibles. A duras penas, y gracias al buen deseo de la Administracion, han podido aprovecharse unas estrechas habitaciones, donde interinamente se han efectuado las consultas y las curas de los enfermos externos. Se han recibido los lunes, miércoles y viernes de 10 á 11 de la mañana, desempeñándose tan penoso y delicado servicio con religiosa exactitud por el profesor D. José Gil y Valero, auxiliado por los profesores matriculados que correspondieron en turno.

Consultas de especialidades. Ortopedia.

A más de los enfermos de afectos quirúrgicos generales, se ha prestado en el Dispensario particular consideracion en otros dias de la semana á las enfermedades que reclamaron auxilios ortopédicos, resultando así una enseñanza práctica de esta especialidad y difundiendo su conocimiento.

Laringología y otología.

Con igual fin benéfico y científico el Excmo. Sr. D. Rafael Ariza nos ha dispensado el favor de recibir todos los mártes á los enfermos de la laringe que han concurrido al Dispensario, y los sábados á los enfermos de los oidos. De este modo hemos tenido el gusto de conocer los importantes adelantos realizados por la Ciencia en estas ramas de sus conocimientos y gozarnos en la curacion de vários pacientes, ya de laringitis más ó ménos graves, de pólipos laríngeos y de la caja, de cáries del oido, etc.

Electroterapia.

Igualmente hemos tenido la fortuna de ser favorecidos por el Sr. D. Serafin Buissen, á cuyos especiales conocimientos hemos encomendado la enseñanza electroterápica y el tratamiento de las enfermedades que han reclamado dicho agente terapéutico.

Laboratorios.

Laboratorios. — La falta de local no ha permitido establecerlos en el pasado ejercicio.

Dicha circunstancia ha hecho que sólo hayan tenido lugar los trabajos de Anatomía Patológica á cargo del Sr. D. Adolfo Moreno Pozo, cuyas aptitudes y especiales conocimientos son de todos conocidos.

Trabajos de anatomía patológica

Tambien, supliendo la buena voluntad á la falta de medios, ha funcionado regularmente la Seccion de trabajos histológicos bajo la direccion del Dr. D. Eugenio Gutierrez, de tal modo y tan satisfactoriamente que conservamos una coleccion de todos los neoplasmas operados en la Clínica.

Trabajos histológicos.

Propuestas y áun presupuestadas se hallan las siguientes obras y reformas, que espero se llevarán á debido efecto, segun lo hace esperar el interés que muestra el Gobierno en las cosas que atañen á la beneficencia y á la cultura del país. Algunas están ya ejecutándose, como sucede con la reforma del antiguo Anfiteatro y depósito de cadáveres; otras, cual la construccion de una cámara de desinfeccion no se harán esperar, cosa indispensable en todo hospital bien establecido y muy recomendada en el último Congreso de higiene celebrado en Italia.

Obras propuestas.

Tambien debe construirse el Anfiteatro para operaciones y conferencias, y habilitar local en el área del actual edificio para establecer definitivamente el Dispensario y los laboratorios.

Dispuestas tales oficinas y reparadas las salas de la manera que ántes expusimos, podrá contar el país con un Instituto, sinó lujoso, cual los establecidos en Alemania, ordenado y suficiente para demostrar á los demas países que procuramos seguir el camino de los adelantos de la actual civilizacion.

INDIVIDUOS QUE COMPONEN EL INSTITUTO

DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

Personal facultativo.

Cirujano consultor

Excmo. Sr. D. Juan Manuel Sanchez Bustamante.

Profesores matriculados

Dr. D. Ramon Morales Bravo.
Ldo. D. Federico Nin de Cardona.
Ldo. D. Juan de la Sota.
Ldo. D. Juan Quintero.
Ldo. D. Eduardo Gurrucharri, Médico-Director de los baños de Sobron.
Ldo. D. Juan Jimenez Galan.
Ldo. D. José Luis Goyena.
Ldo. D. Juan Mir y Cirera.
Ldo. D. Bernardo Alarcon y Plaza.

Profesores Ayudantes

Dr. D. Sinforiano Acinas.
Ldo. D. Ramon Llord de Gamboas.
Ldo. D. Federico Montaldo y Peró.
Ldo. D. Ambrosio Rodriguez.
Ldo. D. Federico Rubio y Amoedo.
Ldo. D. Manuel Castillo.
Ldo. D. José Gil y Valero.
Dr. D. Eugenio Gutierrez.

Profesores Alumnos

Dr. D. Manuel Boira.
Dr. D. Adolfo Moreno Pozo.
Excmo. Sr. D. Rafael Ariza y Espejo.
Dr D. Ricardo Egea, Decano del Hospital de la Princesa.
Sr. Dr. D. Federico Rubio y Gali, de la Academia de Medicina.

Método de enseñanza.

El método de enseñanza ha sido familiar y mútuo. Estamos altamente satisfechos de su resultado. Públicamente y repetidas veces hemos declarado lo que volvemos á declarar ahora: no ha trascurrido un solo dia en que no hayamos tenido ocasion de aprender alguna cosa, ya en las Clínicas y en la observacion de los enfermos, ya en las frases é ideas sueltas emitidas por nuestros compañeros, ya en el Anfiteatro ó en el estudio de las piezas anatómicas. Lo mismo declaran todos los que han concurrido al pasado ejercicio, y sólo así se explica que, profesores ya, algunos encanecidos en la práctica, solicitados por necesidades de ocupaciones más inmediatamente productivas, las hayan pospuesto, concurriendo al Hospital religiosamente en las primeras horas de la mañana, sin arredrarles la distancia, ni las copiosas lluvias del invierno, ni los frios, ni la inclemencia de las pasadas estaciones.

Sube de punto la significacion de tales resultados, considerando que ninguno de los miembros del Instituto goza de sueldo, emolumento ni derecho de ninguna clase; que unos, por el contrario, han tenido que abonar una fuerte inscripcion, y que otros, exceptuados, han tenido que prestar contínuos y penosísimos servicios de mayor monta que el importe de la inscripcion. Por nuestra parte, no dudamos que tal conducta, ajena á lo comun de nuestros hábitos, se debe á varias y poderosas causas: á la seguridad poseida del ánimo de los concurrentes de que ejercían el bien; al contento que produce aprender con facilidad y sin vejámen del amor propio, y al influjo del buen ejemplo dado por el Cirujano Jeje de la Clínica y Director del Hospital D. Ricardo Egea, cuya religiosa exactitud, gran saber y natural modestia nos sirve de dechado.

Tambien hemos visto con verdadero gozo que algunos profesores forasteros y extranjeros que visitaron la Clínica volvieron á ella los demas dias que su estancia en la córte se lo ha permitido, señal clara de encontrar allí motivo de interés y de atraccion.

Método familiar y mútuo.

El método familiar y mútuo, aunado á la exactitud, ha consentido, sin perjuicio de la formalidad, sacar gran fruto de la crítica ligera y graciosa, que, sin lastimar el amor propio, lima las vanidades y otras malas pasiones que suelen ofuscar y torcer la razon en asuntos científicos. La circunstancia de ser andaluces la mayoría de los miembros del Instituto ha hecho nacer espontáneamente dicha clase de crítica, que soportan alegres, procurando imitarla castellanos, catalanes, navarros, asturianos y de otras provincias. Creemos oportuno llamar la atencion de las personas que se dedican á la enseñanza sobre este punto, que, baladí al parecer, resuelve, sin embargo, un grave inconveniente, nacido de nuestros antiguos hábitos disputadores, y de nuestro carácter nacional algo quijotesco y un tanto presuntuoso.

Crítica andaluza

El género de crítica de que me ocupo, en su especial estilo, imposibilita esas interminables discusiones en que el amor propio se sobrepone á la razon, ahincando en el error al mismo que empezó á sostenerlo por el mero empeño de mantener una opinion contraria. Con la crítica de que hago mérito, una sola palabra aguda corta toda disputa; si va á herir el error lo despedaza, haciendo reir al que lo expuso; si va contra lo cierto, no resulta gracioso, y todos se rien de la impertinencia.

Ausencia de todo dogmatismo.

Por lo demas, en el Instituto ha desaparecido todo dogmatismo, y ni lo consentiría la circunstancia de ser tan profesores los unos como los otros, maestros y discípulos á la vez. Nuestros maestros exclusivos son los enfermos y el Anfiteatro, libros en que procuramos leer con atencion.

Como unos profesores tienen conocimientos más cultivados sobre ciertas materias, y otros sobre otras, ya todos conocemos quién sabe más y tiene más experiencia en cada cosa, y le preguntamos y le oímos con gusto y fruto. Hemos seguido el sistema de encargar á cada profesor el es-

tudio de los enfermos que le correspondían por turno, suplicándoles que leyeran lo que la ciencia constituida dijera en las obras clásicas y á más lo que pudieran encontrar consultando revistas, monografías, etc., para darnos cuenta é instruccion de todo ello, y de lo que particularmente pudiera discurrir en vista de tales datos y de los que arrojase su paciente.

El amor, interés y emulacion por estudiar y salvar cada uno á su enfermo respectivo, ha producido excelentes resultados; así, hemos tenido el contento de ver enfermos que entraron moribundos, salir salvos, y hasta otros, reputados como incurables en buen juicio clínico, salir curados y gruesos.

Observacion independiente.

Pero lo que sin duda nos ha producido, relativamente al método, resultados más satisfactorios, ha sido la *observacion independiente* de juicios preconcebidos, de doctrina, y hasta del diagnóstico anteriormente formado. Hemos partido del principio de que *la verdad ha de estar en la enfermedad que se realiza en el enfermo,* mejor que el conocimiento que la ciencia tenga declarado, y por tanto no nos hemos propuesto poner en acuerdo el enfermo con la ciencia, sino la ciencia con el enfermo. De aquí ha surgido una gran ventaja, cual es la de que nunca hayamos descansado en el diagnóstico como punto seguro, infalible, y que no exigiera modificacion, ampliacion y correcciones sucesivas, dando esto lugar á que al acercarnos cada dia á la cabecera del paciente, por muchos que llevára en el Hospital, y por firmes que nos juzgáramos respecto al conocimiento de su mal, nos acercáramos, digo, con el propósito de observarlo y de hacer su diagnóstico cual si fuera un entrado de aquel dia y por primera vez le viéramos.

Las consecuencias de este método han sido tantas y tales que enumerarlas y explanarlas todas bastaría para convertir en libro voluminoso la breve relacion que me he propuesto hacer.

Bástenos decir por ahora que así se ha conseguido especificar los diagnósticos genéricos, descubrir puntos que de otro modo hubieran pasado inadvertidos é inobservados, y hasta rectificar juicios que hubieran pasado como de indisputable certidumbre.

Con esto sólo, sin más propósito de nuestra parte, sin poner la voluntad en otro punto que en el de advertir y notar los fenómenos que sucesivamente han ido presentando los enfermos, discurriendo sobre dichos fenómenos á la luz de los datos que la ciencia general suministra, pero sin dejarnos dominar de sus prejuicios, haciendo esfuerzos para que las cosas se fijáran en la mente tales como aparecían, sin tinturarse del color de las doctrinas propias ni aprendidas, juzgándolos, en una palabra, con independencia, hemos logrado rectificar errores y adquirir datos sobre puntos quirúrgicos más ó ménos trascendentales, pero siempre de bastante interés.

Las coxalgias son más graves en los adultos que en los infantes.

Así, por ejemplo, ántes de venir al Instituto pensábamos que la coxalgia era una enfermedad propia y casi exclusiva de la infancia, á cuya creencia nos movía no haber visto coxalgias más que en los infantes y por muy rara excepcion en los adultos. Ahora podemos decir que, si bien dicha enfermedad es más comun en el primer período de la vida, no deja de ser frecuente en las demas edades, ofreciendo algunos cambios sintomatológicos y en su curso, que le hacen de muy difícil diagnóstico por una parte, y de resultados más fatales que en la primera edad.

Hemos tenido con dicho padecimiento dos enfermas adultas y un enfermo. La primera vino á la Clínica con el padecimiento muy avanzado, y tan desfigurado para nosotros que, hasta despues de muchos dias de observacion, no pudimos formar el diagnóstico preciso. Venía esta enferma recomendada por muy dignos profesores de San Sebastian, y la remitían á la Clínica para que estudiáramos el caso.

La segunda era una aldeana tan robusta y apretada

de carnes, y tan exenta de aparato sintomático objetivo, que, despues de muchos dias de pasar la visita, nos vimos obligados á decir: «Desde el primer dia notamos que la mayoría de los que nos escuchan extrañaron hubiera dado entrada el profesor de guardia á esta mujer. De dia en dia habeis ido acentuando esta actitud. Hemos permanecido mudos, porque la enfermedad que sospechais supuesta es muy oscura; pero ahora os decimos que esta enferma es una de las que habeis de ver más graves en la sala.» Padecía una coxalgia en su primer período. No había entónces otro síntoma que el subjetivo del dolor; despues se presentó un ligero infarto en la parte interna y media del muslo. Seguro que ninguno de los concurrentes olvidará lo que digimos algunos dias despues, cuando en el centro del infarto se presentó una indecisa fluctuacion.

Las historias de la enferma primera, de esta segunda y del hombre que tenemos actualmente en nuestras salas habrán de publicarse reunidas. Ellas constituyen una monografía de la coxalgia en el *adulto*, tomada fotográficamente de la misma naturaleza. Debemos añadir que esta enferma segunda falleció tambien, y que el terrible curso do su mal quedó grabado en el corazon de todos nosotros con el dolor más profundo.

Entretanto consignaremos aquí estas proposiciones:

«Las coxalgias en los adultos son de más difícil diagnóstico que en los niños.»

«Las coxalgias en los adultos no son tan frecuentes como en la infancia, pero lo son en más número de lo que se juzga; su aparente escasez procede de la oscuridad del diagnóstico.»

«Las coxalgias en los adultos son mucho más graves que en los niños.»

«Las coxalgias en los adultos determinan la periostitis difusa del fémur y del innominado.»

«La periostitis difusa del fémur y del innominado oscurecen los síntomas coxálgicos, dificulta el diagnóstico de la enfermedad *orígen* y turba de tal modo la generali-

dad del organismo que hace imposible, en medio de tanto desórden, tome el práctico el hilo de la patogenesia ni del curso del mal.»

Modo de pasar visita.

Sobre lo que dejamos dicho añadiremos que las ventajas obtenidas por los concurrentes al Instituto se deben en mucho á la manera de pasar visita y al modo ya referido de observacion y estudio. Nunca hemos descansado en la rúbrica del diagnóstico. Lo hemos fijado, sí, desde que ha sido posible establecer la ecuacion de las causas, síntomas y curso, pero sin encariñarnos con la resolucion definitiva del problema, sino, por el contrario, haciendo esfuerzos cada dia por encontrar motivos nuevos para rectificar ó variar nuestro juicio. Hemos adoptado el sistema de pensar en alto á la cabecera de los pacientes. Este pensar á voces obliga á pensar tambien á los demás alumnos, los habitúa á observar contínuamente sin dormirse en la confianza de que ya tienen averiguado todo lo que hay que averiguar; los amaestra en la percepcion de los fenómenos más insignificantes al parecer, y, finalmente, establece una disciplina consagrada á la averiguacion de la verdad, borrando la influencia que el malhadado amor propio pudiera ejercer. Todo esto, léjos de producir en definitiva incertidumbre en los juicios, los afirma, y una vez afirmados da una seguridad muy superior á la que parece pudiera conducir un arte como el nuestro.

Entre muchos ejemplos que recordamos bien, daremos cuenta del siguiente caso:

1.ª observacion. Teodoro M.

Entró en la sala de hombres, ocupando la cama número 5, Teodoro M., de 31 años. Presentaba un infarto duro, escirriforme, en el lado derecho del labio inferior; una coloracion erisipelatosa oscura corría hácia el carrillo y al menton, acompañada de tumefaccion difusa y engrosamiento de los tejidos. La glándula submaxilar derecha encuéntrase infartada y dura. Lo mismo ocurre en la glándula parótida, que forma tumor visible. Tactados los

tejidos por fuera de la boca, se encuentran resistentes, por dentro tuberosos y espesos. Una cicatriz ocupa el lado derecho del labio; está hinchada, escirriforme, muy endurecida, y á partir de ella se extienden los fenómenos descritos. El enfermo dice lo siguiente: «Hace un año me salió una úlcera en el labio y me hicieron una operacion. Cicatrizó la herida, pero reapareció el mal en las inmediaciones de la operacion y fué preciso repetirla. Tambien cicatrizó; mas volviendo á presentarse el padecimiento y habiéndose corrido, los médicos no se atrevieron á operarme ya.»

Reclamaba, pues, una tercera operacion.

En el Dispensario se diagnosticó: «epitelioma difuso del labio inferior y del carrillo, con infartos de la submaxilar y la parótida derecha; dos veces operado con recidiva.

Entró en la sala; le vimos todos; la cosa parecía muy clara. Aquel mismo dia dimos una conferencia sobre aquel enfermo, y entre otras cosas digimos: «Por más que la historia, por más que los síntomas objetivos y subjetivos parecen no dar lugar á ningun género de duda, hay aquí una circunstancia que exige de nuestra parte cierta circunspeccion, y que nos obliga á dejar el diagnóstico en suspenso. Esa circunstancia es la edad del paciente. Tiene 30 años, y esto de las edades en sus relaciones con las neoplasias malignas tiene mucha y más honda importancia de lo que á primera vista aparece.» Con tal motivo dimos cuenta de las observaciones y de las doctrinas que la experiencia nos había proporcionado acerca del particular, y concluimos diciendo: «Extirparemos un pequeño fragmento de la parte interna del labio, le haremos examinar histológicamente, y, entre tanto, nada se pierde en dejar en suspenso nuestro juicio.

Hallábase enfermo en cama D. Eugenio Gutierrez, profesor del Instituto, y enviamos un fragmento de un punto tuberoso de la mucosa labial, á un profesor de toda nuestra confianza, y cuya inteligencia y pericia es por

todos reconocida. Con gran bondad y celo hizo la preparacion, enviándola al Instituto con la siguiente nota: *Epitelioma tipo.*

Durante la preparacion se hizo y llegó á nuestras manos, trascurrieron breves dias, pero á cada visita aumentaban nuestras dudas. Los infartos glandulares eran dolorosos á la presion; más inflamatorios de lo que corresponde á los que provienen de un padecimiento maligno, los cuales duelen ó no, pero espontáneamente, sin que al tactarlos se despierte en ellos extraordinaria sensibilidad.

Pieza histológica equívoca.

Examinamos la preparacion histológica, y en efecto, razon había para declararla de epitelioma; guardaba exactamente la misma relacion equívoca que el exámen clínico del paciente. Veíase un corte cuyo campo estaba sembrado de círculos rellenos de células epiteliales, pareciendo corresponder á conos cortados al través, formados por dichos elementos; pero había que tenerse en cuenta que el fragmento remitido por nosotros, y del que se hicieron las preparaciones, fué extraido de la parte interna de la mucosa del labio; añadiéndose á esto que los referidos círculos eran perfectamente regulares, estaban rodeados de otro círculo fibrilar normal, ninguno estaba deformado, ni rota su envoltura fibrosa; por lo tanto, no se percibía en la preparacion verdadera infiltracion epitélica, ni células de esta clase derramadas fuera de su lugar; y aunque toda la luz de los círculos estaba llena de epitelios, eran regulares, sin aparecer con las formas arraquetadas, ni irregulares, que son tan frecuentes en los epiteliomas.

En virtud de las razones anteriores, crecieron nuestras reservas. Así lo expusimos á los compañeros, en cuyos ánimos había arraigado la opinion del epitelioma, tanto por los caractéres descritos como por la calificacion y aspecto del corte histológico. Así seguían las cosas, cuando al pasar visita una mañana no nos reducimos, como las anteriores, á tactar las durezas de aquel labio, sino que, poniendo un dedo en la barba y otro en el carrillo

comprimimos entre los dos con fuerza gradual la totalidad de la region, en cuyo acto comenzaron á aparecer sobre la superficie indurada unos cuantos puntitos blancos, que, bien examinados, resultaban ser de pus, pus en cantidad pequeñísima, que salía por orificios invisibles, pero que venía á resolver el problema de un modo indubitable. Se trataba de una foliculitis intersticial difusa, rarísima en verdad, porque no producía pustulacion ni desigualdad, ni secrecion, ni erupcion en la superficie de las partes, pero no por eso ménos cierta. La inflamacion folicular, estrangulando el espesor de toda la piel, la ponía dura y engrosada. Probablemente el aspecto escirriforme que hizo tomar al labio produjo la determinacion de hacer la operacion primera. La insistencia de los fenómenos en los alrededores de la cicatriz, la operacion segunda, y, si nosotros, por el sistema que seguimos de no darnos por contentos con los diagnósticos sino despues de rectificarlos y ponerlos en tela de juicio, hubiéramos confiado en la apariencia, en los datos históricos y en la declaracion histológica, tambien hubiéramos practicado una tercera operacion, de mayor gravedad é injustificada ciertamente.

Hoy no queda duda á ninguno de nosotros que no se trata de un epitelioma; mas estoy seguro de que á cualquier profesor, por experto y práctico que fuese, si se le muestra el paciente, calificaría su enfermedad de epitelioma en recidiva.

El enfermo está tratándose por escarificaciones múltiples; la enfermedad cede poco. Mejora en un territorio y empeora en otros. Daremos cuenta cuando llegue el término del padecimiento, dispuestos siempre á rectificar nuestros juicios, que no hay más necio empeño que querer que las cosas sean como primero se las discurre y que no sean como son.

Para percibir los fenómenos es necesario buscarlos, porque ellos

Cuando vemos pasar visita á una sala de hospital, acercarse al enfermo, dirigirle la pregunta: —¿Hay novedad? —y, al contestar que no, seguir de largo, recorda-

por sí no saltan á la vista.

mos los hijos de familias acaudaladas que tiran el dinero sin apreciar su valor. Las novedades, las variaciones patológicas y hasta los hechos de permanencia no salen á la luz por ellos mismos, ni suelen advertirse por los pacientes, y ni por el profesor tampoco, si no hace esfuerzos constantes de observacion.

Por esta firme voluntad de nuestra parte, no obstante la pequeñez de nuestra inteligencia y la exígua erudicion á que forzosamente nos condena la falta de memoria, hemos logrado averiguar hechos y descubrir motivos que no sabemos haber aprendido más que en los enfermos.

Vamos, en abono de lo dicho, á consignar una de las historias más sencillas de la Clínica.

2.ª observacion. Gervasio M.

Ocupó la cama número 6 de la sala de Santa Isabel Gervasio M., de 27 años de edad. Herrero, alto, de buenas carnes y presencia. Quejábase de un dolor en la rodilla derecha. No existía, al parecer, síntoma objetivo. Pero observado atentamente se advertía que la rodilla en que acusaba el dolor estaba algo más delgada que la opuesta. Diagnosticámos el mal de artritis seca en su primer período, y advertimos á los circunstantes que la enfermedad había de ser rebelde y de larga duracion. Dispusimos la quietud, el amasamiento de la parte y la accion del calor húmedo por medio de las esponjas. Como pasáran meses y no se presentasen en aquel enfermo, por lo demas lozano, ningun síntoma objetivo perceptible, empezó á reinar entre algunos asistentes cierta desconfianza, demostrada con la palabra *calandria* (1). Realmente, nosotros no podíamos demostrar la certidumbre del diagnóstico más que por la congruencia de la relacion del paciente respecto á sus síntomas subjetivos y al hecho del menor volúmen de la rodilla afecta, menor volúmen

(1) Nombre que dan en los hospitales á los acogidos que suponen una enfermedad.

que nosotros percibíamos, pero que resultaba algo dudoso para el que careciera de una vista acostumbrada á comparar, y sobre todo para el que tuviese el ánimo influido por la malicia. Así continuaron las cosas hasta que un dia, tomando la rótula entre los dedos, la movimos lateralmente sobre los cóndilos del fémur y notamos un fenómeno de gran significacion. Moved, digimos, así esta rótula, á uno y otro lado; haced lo mismo con la del lado opuesto, y decid lo que noteis. Todos advirtieron y declararon que la rótula derecha producía una sensacion áspera de frote al pasar por la superficie femoral, miéntras que la izquierda se deslizaba suavemente sin aspereza ni ruido. En efecto, la sensacion era tan clara y tan distinta que á nadie quedó duda, y por nuestra parte pudimos declarar que aquel enfermo nos había enseñado y descubierto la existencia de un síntoma patognomónico de las artritis secas.

Síntoma patognomónico de las artritis secas de la rodilla desde su primer período.

Entónces vieron todos con evidente claridad que en dicha articulacion existía ménos sinovia de la correspondiente al estado fisiológico.

El indivíduo continuó bastantes meses en tratamiento; y como parecía que nada más hubiera que observar, cuando confesó mejoría en el dolor, y por efecto del amasamiento, del calor húmedo y la quietud, notamos ya suavidad en el desliz rotuliano, le ordenamos que se levantára de la cama y con muletas comenzára á andar; mas apénas abandonaba el lecho, al otro dia nos manifestaba sentirse nuevamente dolorido. Volvíamos á la quietud, etc., parecía no tener nada en la rodilla, le hacíamos levantar y vuelta á quejarse de dolores. Como esto se repitiera várias veces y la articulacion no diese cuenta del suceso, nos echamos á discurrir, pero sin fruto; nada parecía poderse encontrar de nuevo en el enfermo. Los hombros se encogían como se encogen cuando no podemos darnos cuenta de las cosas. A punto estábamos ya todos de volver á pronunciar la palabra calandria, cuando corriendo nuestra mano por los músculos del muslo, por la articu-

acion y por la pierna, sin encontrar cosa ninguna, llegamos hasta el pié, y vimos con estúpida sorpresa que aquel enfermo que había estado cinco meses en la clínica, que había sido mirado, remirado, amasado y sobado por todos y por cada uno de nosotros, padecía una deformidad considerable de los huesos del tarso, dependiente del pié plano. Y sin embargo, el enfermo nunca acusó molestias en el pié.

Ejemplo de padecimiento por responsabilidad.

Las articulaciones tarsianas habían establecido un *modus vivendi* y no incomodaban al enfermo; en cambio la articulacion de la rodilla había venido á convertirse en editor responsable de pecados ajenos. Todo quedó explicado. Se le hizo construir un zapato apropósito y ya quedó asegurada la curacion de la rodilla.

La observacion que antecede, sobre todo lo demas que enseña, contribuye á la ciencia con esta proposicion:

«Los padecimientos de una articulacion pueden tener su orígen y su causa en otra articulacion distante y áun lejana.»

Tambien ha surgido, sin propósito de nuestra parte, sino por efecto de la propia marcha de la Clínica, un nuevo modo de historias, más perfecto, exacto, claro, vivo y ventajoso, que el sistema en que hasta el dia han venido redactándose.

Modo hipocrático de escribir las historias clínicas.

El sistema bajo que se escriben y han escrito las historias clínicas desde tiempo inmemorial, es el formulista dogmático. Resulta de una pauta que se enseña en las escuelas, lo mismo en España que en los demas países, dirigida á decir del enfermo X que padecía tal cosa, que se trató así ó de la otra suerte, que se curó, alivió ó se murió, y alguna que otra vez que en los órganos, á la autopsia, se encontraron tales y cuales particularidades, añadiendo al final una parte titulada *Reflexiones*.

Nosotros hemos seguido y seguiremos este procedimiento en los casos comunes; pero en otros, principal-

mente en los complicados y difíciles, habrá observado el lector que seguimos un sistema distinto, sustituyendo el formulismo dogmático por la narracion descriptiva naturalmente tomada, procurando en lo posible hacer con la pluma lo que hace la fotografía. Las ventajas son obvias. El enfermo se presenta sin perder su personalidad; el padecimiento se va desarrollando á la vista del lector, y éste le sigue paso á paso. El médico que lee se sustituye al médico que asiste; no recibe la historia como papilla hecha y mascullada; la va haciendo á medida que sigue la descripcion del caso; se interesa por aquel enfermo como si pudiera contribuir al éxito; se disgusta con el insuceso; discurre con el médico que dirige el tratamiento, cual si estuviese á la cabecera del paciente y fuera el encargado de la cura; se le graban, sin fatigar la memoria, los pensamientos de algun interés que surgen de la narracion; agrega los suyos propios y forma su opinion y su doctrina propias, y de una historia así, saca tanto ó más fruto que de la lectura prolija de un tratado impersonal y abstraido escrito acerca del mismo padecimiento.

No ha de faltar quien frunza el ceño al leer lo que acabo de escribir y que para su capote diga: «Este buen hombre tiene la presuncion de hacer en todo innovaciones por afan de lucirse.» Por Dios y por nuestra ánima que no hay tal; despues de haber ocurrido las cosas como las ha dado la gana de ocurrir, y haber hecho la referencia por el órden y modo de los sucesos, ha salido una manera de historias que, por ser tan naturales como el brotar la yerba, no hemos podido comprender que resulten novedad.

Sólo logramos darnos alguna cuenta, recordando que pretendieron enseñarnos á discurrir por silogismos; y nos hemos dado al fin cuenta completa por virtud de otro recuerdo: el de que Hipócrates escribió sus historias clínicas del mismo modo que á nosotros nos resultan, siguiendo un órden natural. Tanta es la influencia de la educacion sobre el hombre, que le hace creer que debe pensar

por silogismo, y le hace ver como una innovacion peregrina la cosa más antigua y más sencilla.

Conferencias.

Bien puede decirse que todos los trabajos del Instituto se reducen á un contínuo hacer, pensando en alto.

Resulta de aquí un método dialéctico sencillo por una parte, y de otra una série de razonamientos, por medio de los cuales, al pretender cada cual explicarse el por qué de las determinaciones adoptadas, motivaba su conducta y la explica á los demas.

Al pasar visita á cada enfermo era objeto de una conversacion, ya sobre la etiología de su mal, ya sobre el diagnóstico, ya sobre el tratamiento, ya sobre los cambios que hubiesen ocurrido. Generalmente no se amplificaban las ideas, se llamaba la atencion sobre ellas y se dejaba obrar libre el pensamiento de los profesores que en torno de la cama pasaban la visita. De ordinario se empleaba hora y media en este trabajo, á veces dos y áun tres horas.

A más de estas conferencias vivas y prácticas, se han dado otras más ámplias, aunque siempre en estilo de conversacion familiar. Algunas de ellas han visto la luz pública en el periódico titulado *El Siglo Médico*, y muchas más han quedado inéditas.

En los asuntos que no son aún de general conocimiento en el país, como los que se refieren á laringología y otología, hemos creido conveniente la direccion que se le ha dado por el profesor, y que, sin perder el fin práctico, llevan un órden más metódico que en el que suelen presentarse los enfermos, y todo á fin de que dichas conferencias, al ver la luz pública, pudieran ir constituyendo un tratado práctico y didáctico, utilizable como tal.

Difícil parecía llenar ambos extremos, pero el Dr. Ariza ha sabido hacerlo de una manera tan acertada como podrá verse en las conferencias que se han publicado.

En cada caso, al decidir el tratamiento operatorio de

un efermo, ha tenido lugar una conferencia analítica de las circunstancias generales y tópicas del paciente, así como de los medios propuestos por la ciencia, eligiendo el que resultaba más apropiado, ó modificándolo en caso necesario despues de razonar los motivos que obligáran á introducir las variantes. De esta suerte, sin ceder al afan de introducir novedades, han resultado algunas naturalmente, y las que hemos publicado parecen bien recibidas, á juzgar por el hecho de haber sido reimpresas por la prensa médica propia y de otros países.

Daría suficiente idea de las labores del Instituto la enumeracion ó un extracto de dichas conferencias, pero sería cosa prolija y que necesita más espacio.

Para que los lectores de esta relacion puedan formar juicio, nos reduciremos á trascribir aquí algunos de los temas de mayor interés que se han tratado y cuyas conferencias no han podido publicarse aún.

Sobre la responsabilidad morbosa de los tejidos.

Con este título se dieron várias conferencias, y el asunto fué mostrado á la cabecera de algunos enfermos, resultando de ellas los materiales de una doctrina que reemplaza la idea vaga que con el nombre de simpatía teníamos de esta materia, presentida ya por la ciencia, como todas las verdades de importancia.

Sobre las roturas de los ligamentos comunes vertebrales.

Tambien se han dado várias conferencias sobre este asunto.

Antes de venir á la Clínica nos ocurrió *a priori* que los ligamentos comunes vertebrales podían y debían romperse. A partir de este hecho evidente, por más que no lo hubiéramos observado en la práctica, ni encontrar nada escrito sobre el particular, fuimos construyendo por razon los síntomas, fenómenos y curso que debieran seguir al

accidente de la rotura de los ligamentos comunes vertebrales, viendo claro que habían de ser distintos si el roto era el ligamento anterior ó el posterior. Por induccion lógica é ineludible encontramos que la rotura del ligamento interno ó posterior podía, por la ley *de responsabilidad de los tejidos*, determinar ciertas paraplegias. Pasado algun tiempo tuvimos acasion de ver en la naturaleza confirmada la ley de que lo racional es real, porque, en efecto, se presentó á nuestra consulta el señor marqués de Valdeterrazo, cuya paraplegia, avanzada y fatalmente incurable, á no conocer la patogenésis, fué la primera en que vimos real el padecimiento que hasta entónces sólo habíamos visto en la mente.

Como el asunto es tan vasto, como ha estado confundido con otros males, y sobre todo englobado en el mal de Pott, el escrofulismo y otras muchas cosas, ha sido preciso dar las conferencias por meras indicaciones, so pena de haber tenido que dedicar sólo á este asunto la totalidad del curso. Para llenar la necesidad en que los prácticos se encuentran de conocer la materia que apuntamos, comencé á escribir una monografía, que tenemos algo adelantada, pero que ocupaciones más perentorias, cual la que ahora tenemos entre manos, nos ha impedido concluir.

Sobre las torceduras angulares y laterales de la espina.

Muy relacionados estos afectos con los anteriores, y habiendo tenido en las Clínicas y en el Dispensario algunos pacientes de dicha clase, tambien han dado ocasion á várias conferencias. Y sin temor ni reserva hemos podido demostrar del modo más cumplido que la escoliósis, esa enfermedad *tomada como tipo perfecto y verdadero del raquitismo*, no tiene en su orígen nada de esto, siendo realmente una consecuencia obligada y precisa de una *hemiatrofia muscular*, primitiva causa, completa y total, de dichas torceduras.

Sobre otros muchos temas se han dado conferencias, de las cuales daremos cuenta si llega á ser posible. Salta la necesidad de publicar una revista ó boletin periódico en el que se consignen las observaciones, conferencias, trabajos de laboratorios, etc., que el Instituto vaya produciendo. Publicaciones.

En el pasado ejercicio *El Siglo Médico* ha tenido la bondad de insertar en sus números algunas observaciones ó conferencias; pero ni el espacio de que puede disponer, ni la cantidad de materiales permite que abusemos de la buena voluntad de sus directores.

Carecemos actualmente de tiempo y medios para emprender la publicacion de la revista; pero aguijoneados del deseo de que no se reduzcan los beneficios del Instituto al círculo estrecho de sus particulares miembros, haremos cuanto esté de nuestra parte para su inmediata publicacion.

Entre tanto, para dar muestra aquí de la importancia de los casos estudiados, trascribiremos las observaciones de los tres primeros entrados en la Clínica. No siendo escogidas, sino tomadas meramente por el casual órden numérico ó cronológico, ya se podrá deducir que la importancia que entrañen no resulta de haberlas rebuscado entre otros casos de menor interés. De las dichas tres historias, dos han sido publicadas en *El Siglo Médico*, la tercera no, y aquí se imprime por primera vez.

Abertura gástrica, situada debajo de los cartílagos de las costillas del lado izquierdo, entre éstos y el borde externo del músculo recto, y observaciones hechas acerca de la digestion.

3.ª observacion. Abertura gástrica, etc.

Cipriana Herrera, de 30 años, temperamento linfático, constitucion débil, de baja estatura y demacrada. Acusa algunos desarreglos menstruales y ha tenido tres partos sin accidentes.

Fija la fecha de comienzo de su padecimiento en 1875. Como causas de él no encuentra más que haber conducido un gran peso á larga distancia.

Empezó á sentir dolor fijo en el hipocondrio izquierdo, y hace año y medio se la presentó un tumor que supuró, dando salida á un líquido graso y fétido con eliminacion de un trozo del cartílago de la segunda costilla falsa, dejando una solucion de continuidad, ulcerosa primero y fistulosa luégo, de forma circular y de dos centímetros y medio de diámetro. Ingresó en la Clínica el 8 de Junio del próximo pasado año.

Ofreciendo esta enferma, por las circunstancias de su abertura, la posibilidad de ver directamente los fenómenos digestivos, cosa sin duda rara, pues que no son lo mismo las observaciones que puede suministrar una estrecha fístula gástrica, que una abertura del estómago, tan ámplia, inmediata y directa, nos propusimos hacer algunos estudios que pudieran servir de utilidad.

Primera observacion.— Corresponde al 7 de Junio, un dia ántes de su entrada en la Clínica. La enferma viene á mi consulta particular. Háceme la historia breve que queda consignada, de la que se deduce que la necrósis del cartílago de la segunda costilla falsa, inflamando los tejidos inmediatos, dió lugar á un flemon que, envolviendo la pared anterior y lado izquierdo del estómago, produjo la ulceracion de éste en un punto bastante extenso, originando la pérdida de sustancia descrita y la abertura del estó-

mago. Derramándose por ella abundantemente los alimentos, tuvo necesidad para retenerlos de obstruir su paso por medio de un tapon de hilas que, en forma de muñequilla de dos cabezas, sujetaba al exterior, introduciendo la menor en la abertura gástrica y dejando la de mayor volúmen por fuera á manera de opérculo, fijándola con un fuerte vendaje.

Al mostrarme la lesion y quitar el taponamiento, salió gran cantidad de materia alimenticia en forma de puches blancos, que llenaron sus ropas, quedando el estómago vacío y la pared posterior del mismo en contacto inmediato con la abertura.

Observaciones hechas el dia 9 á las nueve y media de la mañana. — Había tomado chocolate á las siete. Quitado el tapon se presenta éste en su parte intra-abdominal, manchado con el color del chocolate, pero en el interior del órgano no queda vestigio alguno de esta sustancia alimenticia. Se ven las paredes del estómago á través de cierta cantidad trasparente del jugo gástrico. Se extrae éste por medio de una ayuda de cristal y, vertido en una probeta graduada, aparece perfectamente limpio y marca 60 centígramos.

Queda el estómago exento de todo líquido al parecer, pero á poco se lubrifican todas las superficies internas y á los tres minutos vuelve á observarse en la cavidad gástrica tanta cantidad de líquido como el que se había extraido. Hizósele beber á la paciente medio vaso de agua, que se presentó al momento en el estómago, tardando en pasar y desaparecer 25 minutos.

Esta desaparicion no se verifica grado á grado y poco á poco sino por golpes, que tardan intervalos de tiempo más ó ménos largos, soliendo coincidir con el acto intermitente, pero irregular en los tiempos, del paso del agua al píloro, con la precipitacion, ó mejor, ascension de algunas burbujas de aire que del duodeno pasaban en este momento hácia el estómago.

Por lo demas, no se observa ningun otro fenómeno, ni

mayor coloracion ó decoloracion de la mucosa gástica, ni movimiento alguno activo; solamente el pasivo, determinado por la ascension y descenso de las inspiraciones y espiraciones.

Dia 12.—Observacion practicada á las seis de la tarde.— Había tomado alimento á la una del dia. No queda resto alguno de él. Hay en el estómago bastante cantidad de jugo gástrico. Le hago tomar 64 gramos de leche de cabra. Desciende al estómago tardando pocos segundos. Al principio aparece la leche con su aspecto propio, cual si estuviese en un vaso inerte. Poco á poco va perdiendo dicho aspecto, tomando el de un líquido semicoagulado, pero no cortado. Preséntase formando una masa única, de consistencia entre gelatinosa y mucosa. De la misma manera que se observó con el agua el dia 9, el nivel de la leche en el estómago no baja grado á grado hasta desaparecer, sino por golpes ó intervalos irregulares más ó ménos largos en momentos dados, que solían coincidir con la aparicion de burbujas de gases provenientes del lado del píloro; en estos momentos desciende el nivel de la masa láctea más ó ménos, quedando estacionado, despues por otro espacio de tiempo, á veces largo. Obsérvase tambien que la masa coagulada está bañada en toda su superficie por un líquido de igual aspecto y consistencia que el que ofrece el jugo gástrico de la paciente, envolviendo la leche por toda su superficie observable.

Antes de hacer deglutir la leche á la enferma, se le extrajeron por la abertura gástrica 30 gramos del mismo jugo, turbio y amarillento, y como mezclado con alguna cantidad de bílis. Seguidamente se lavó el estómago con agua por la misma abertura. Pasados tres minutos bañaba la cara interna del estómago una cantidad bastante de jugo gástrico, y en tal momento se la hizo deglutir la leche. Esta tardó en desaparecer y pasar al duodeno en totalidad 60 minutos.

Dia 15 á las diez de la mañana. — La enferma tomó á las nueve una jícara de chocolate, del cual no quedan ves-

tigios á la hora en que la observo. Justifica su anterior estancia estar manchada de chocolate la extremidad del tapon de hilas que mira al estómago y con el que la enferma cierra su abertura.

Existe en la víscera la cantidad ordinaria de jugo gástrico, limpio y claro.

Coloco dentro del estómago, y directamente por su abertura, 44 gramos de albúmina procedente de huevos de gallina. Cierro la abertura abdominal con un vidrio de reloj. Observada la parte durante cinco minutos no se advirtió ninguna particularidad, y cual sucedió con el agua y con la leche no se determinó movimiento alguno propio en el estómago. Volviendo á observar la víscera algo despues, había desaparecido la albúmina por completo, empleando en traspasar al duodeno 15 minutos.

Dia 17, nueve y cuarenta y cuatro minutos de la mañana. — Se vierten por la abertura gástrica 60 gramos de aceite de hígado de bacalao. No se produce cambio alguno en su aspecto. Acto contínuo de caer en el estómago, acusa la enferma sentir el sabor del aceite en las fáuces. El estómago se presenta inerte y completamente indiferente á la presencia de éste como de los anteriores líquidos. Una hora y diez minutos despues de su introduccion quedan restos del aceite en el estómago.

Al principiar la observacion de este dia se encuentra poco jugo gástrico en el estómago, del cual sólo pudo extraerse unos 10 gramos. Por lo demas, la víscera está completamente limpia, aunque algo más enrojecida y tumefacta la mucosa que en las observaciones anteriores. Al terminar la de este dia, y restando poco aceite en el estómago, se advierte que durante su permanencia se ha segregado bastante jugo gástrico.

Dia 19, diez y cinco mañana.—La enferma había tomado chocolate á las siete. En el acto de la observacion hay poco jugo gástrico en el estómago. Se extrae, sin embargo, el que contiene y resulta ser 10 gramos de jugo, turbio, sucio y ligeramente teñido por el color del chocolate.

Se introducen por la abertura gástrica 60 gramos de carne de vaca, finamente picada y triturada en un mortero.

A poco pierde su color rojizo, tomándolo moreno, y se advierte que esta tinta se va tornando pálida hácia la parte inferior de la masa. Cinco minutos más tarde la invade visiblemente el jugo gástrico que, infiltrándose en la carne, la hace tomar un aspecto baboso y cada vez más pálido. En este momento de la observacion comienza á distinguirse en la masa un movimiento dudoso, distinto del que imprime la respiracion por los movimientos del diafragma y de las paredes abdominales. Poco despues dicho movimiento se acentúa y aparece indudable. Son movimientos cortos, no interrumpidos, más veloces que los inducidos por la respiracion. Por entre la orilla superior de la abertura gástrica y la masa de carne en digestion se advierte, á los 20 minutos de estar la misma en el estómago, que aparece una línea semilunar, formada por una espuma de burbujas pequeñitas, unas finísimas, otras algo mayores, como del tamaño de cabezas de alfiler; de éstas más gruesas alguna que otra estalla. La semiluna espumosa va creciendo, y cinco minutos despues las burbujas son más gruesas y parece que van ejerciendo presion en el bolo carnoso, puesto que éste va volcándose en un giro gradual, pero contínuo, de arriba abajo. La espuma crece y rebosa por la herida, presentando el aspecto de la de los líquidos en fermentacion. Hay necesidad para evitar el derrame de tapar la abertura con la parte convexa de un vidrio de reloj. A los 35 minutos de empezada la observacion, estos fenómenos se han debilitado; la cantidad de jugo gástrico es muy abundante; el bolo alimenticio está constituyendo una papilla blanca grisácea, de consistencia blanduzca, lamiosa, como entre mucosa y jabonosa. En tal situacion continúan los fenómenos observables, disminuyendo la magnitud del bolo alimenticio grado á grado y no por intervalos, cual los líquidos, hasta desaparecer completamente á la hora y

35 minutos de haber sido introducida la carne en el estómago.

La paciente objeto de las anteriores observaciones había entrado en la Clínica con el fin de aliviar las molestias que la originaba el padecimiento. La principal era ocasionada por el contacto del jugo gástrico sobre el reborde cruento de la abertura. Este líquido, tan inocente para la mucosa gástrica, actuaba de un modo tan vivo en el círculo cruento que mediaba entre la mucosa y el epidérmis que hacía sufrir á la enferma de la misma manera que una quemadura.

Todas las observaciones se hacían estando la paciente en decúbito dorsal, y apénas se incorporaba algo ó variaba de posicion y se vertía algo de jugo gástrico acusaba las anteriores molestias.

El grosero tapon de hilas, aunque se oponía á la salida de los alimentos, consintiendo de este modo la digestion, cuando vacío el estómago se infiltraba el jugo gástrico en las hilas, las convertía en cáusticas, respecto á las sensaciones de la enferma.

Por otro lado, perteneciendo á la clase más pobre, la falta de cuidados y alimentos aumentaba su malestar. Durante su permanencia en la Clínica mejoró de aspecto y de color y ganó algunas carnes. Prometíame hacerla construir un tapon de caoutchouc que, bañado en glicerina, cerrára la abertura sin agrandarla gradualmente — cual venía sucediendo con el de hilas que ella usaba — y que, sin duda alguna, había de aliviar considerablemente sus molestias. Tomado el molde por un señor dentista, entendido en los trabajos de su arte, procedió con la mayor diligencia á la construccion del aparato imaginado; pero el marido de la enferma, pretestando necesidades de familia, la obligó á volverse al pueblo de su residencia sin llevar puesto el aparato, ni permitirme hacer mayor número de observaciones.

En verdad que he tenido en ello no poco disgusto, puesto que esta enferma estaba llamada á esclarecer y

confirmar muchos de los conocimientos que tenemos acerca de la digestion gástrica y á suministrar otros nuevos y de gran interés.

Proponíame seguir haciendo observaciones acerca de la digestion de otras várias sustancias, cual las féculas, etc., de las variaciones del calor gástrico durante la vacuidad, y la llenura del estómago, y durante la digestion de várias sustancias, etc., etc.; pero áun no siéndome posible haber seguido dichas investigaciones y repetídolas suficiente número de veces para poder decidir de su constancia, proposiciones seguras, áun todavía, y sin embargo, creo que ofrecen las observaciones escasas y ántes consignadas bastante útilidad para que merezcan la publicacion. Desde luégo resuelven algunos puntos, actualmente en litigio, de los que nos ocuparemos brevemente.

Resulta de lo observado que la albúmina es, entre todas las sustancias ensayadas, la que pasa más prontamente del estómago al duodeno, y, como los otros líquidos con que se experimentó, no determina ni provoca ningun movimiento activo del estómago, consintiendo su más rápido paso probablemente, en que por su consistencia, aunque líquida, deslizable en conjunto, lubrificante y de cierto peso relativo, al atravesar una porcion el píloro arrastraría una mayor cantidad de sustancia que otros líquidos de menor coherencia molecular.

El líquido de más lento y difícil paso resulta ser el aceite de hígado de bacalao. Tambien el estómago queda inerte en su presencia respecto á movimientos, si bien por otra parte parece excitar la secrecion del jugo gástrico, con el cual no se mezcla ni combina perceptiblemente.

Los fenómenos observados en la leche ingerida en el estómago no dejan de ofrecer algunas curiosas particularidades. Su coagulacion en presencia del jugo gástrico es muy distinta de la que vemos verificarse fuera del estómago, en las leches que tratamos de cortar por el cuajo proveniente de un estómago muerto, por los ácidos y por otros medios conocidos. Tambien difiere de la leche expulsada

por el vómito despues de haber estado más ó ménos tiempo en la cavidad gástrica. Todas estas diversas especies de coagulaciones se presentan más ó ménos cortadas, más ó ménos grumosas ó arrequesonadas, miéntras que la leche dentro del estómago y en presencia del jugo gástrico no se corta ni se agruma, sino que va aumentando grado á grado de consistencia, pero tomándola de un aspecto como mucoso ó albuminoso, formando una sola masa muy blanda y adherente entre sus propias partes, de manera que al volver á la paciente poco á poco, cambiando su centro de gravedad, la masa láctea no buscaba el nivel sino dificultosamente, arrastrando las partes más inferiores á las más superiores, á la manera como los depósitos moco-purulentos de una orina catarrosa se comportan al verter el vaso que los contiene.

Resulta tambien de la observacion de este caso que el jugo gástrico es inconstante en la cantidad en que se elabora. Que excitan su formacion los alimentos y que probablemente grán número de dispepsias deben provenir de la disminucion, ó quizás exceso, de dicha secrecion, y áun puede que de sus condiciones cualitativas, por cuanto si casi constantemente se presenta limpio y puro sin mezcla de otros líquidos en la enferma de la observacion, no es ménos cierto que alguna que otra vez se veía mezclado y coloreado por la bílis, que, regurgitando del duodeno al estómago, lo impurificaba.

Propónese por Guillermo Ebstein, en su conferencia sobre la incontinencia pilórica (1), la cuestion de si el píloro deja paso constante á los materiales contenidos en el estómago ó no. Resuelve este punto por la negativa, fundándose en experimentos practicados en tres perros y un gato, y en observaciones verificadas con el auxilio del

---

(1) *Sobre la incontinencia pilórica*, por Guillermo Ebstein. Coleccion de lecciones clínicas, por R. Volkman, trad. por D. Ramon Varela de la Iglesia, núm. 73. Santiago.

ácido carbónico, producido en el estómago por virtud de la ingestion del ácido tártrico y el bicarbonato de sosa.

La observacion de esta enferma resuelve la cuestion propuesta de una manera concluyente, demostrando que el píloro está cerrado habitualmente, que se abre de tarde en tarde para dar paso á algunas cortas cantidades de líquidos, los cuales no provocan ni determinan contraccion ni movimiento alguno activo en el estómago, miéntras que las materias sólidas digeribles, ó al ménos la carne, ápenas se infiltra de jugo gástrico y comienza á sufrir fenómenos de una verdadera fermentacion, excita, provoca y determina movimientos contínuos contráctiles en el estómago, combinándose con la abertura y cierre frecuente del píloro, que va dando paso de un modo gradual y aunque intermitente, pero en períodos muy breves, al alimento ya quimificado.

Historia clínica de un muñon doloroso, tratado sin suceso por muchos medios y várias operaciones, curado al fin por la amputacion.—Notas recogidas por el Profesor Ayudante D. Manuel Castillo.—Autopsia de la pieza anatómica y exámen histológico por el doctor D. Adolfo Moreno Pozo.

1.ª observacion. Muñon doloroso.

En la conferencia de apertura del curso que ya va á terminar, nos congratulábamos de tener en nuestras salas un caso de muñon neurálgico ó doloroso. Esta enfermedad ofrecía para nosotros muchísimo interés por las dudas que rodean su patogenia y su tratamiento, por su resistencia á los medios que el arte emplea, su reaparicion en los nuevos muñones de sucesivas amputaciones, la insoportable vida de contínuos dolores en que sume al doliente, el deslucimiento y pena en que deja al cirujano, que, despues de luchar con un mal grave y vencerlo á costa del sacrificio de una mutilacion, se encuentra con

que ha dado una vida, cuyos instantes maldice el que la sufre.

Está demas decir que, desde los primeros dias, procuramos refrescar nuestros recuerdos, leyendo los escritos que encontramos á mano respecto á esta enfermedad, que hicimos el mismo encargo al profesor destinado especialmente á la enferma y á los demas de la Clínica. Los documentos recogidos y consultados así, han sido pocos si se atiende á la sustancia; han sido bastantes si se atiende á su número. De todas suertes, por lo que de ellos hemos podido deducir, y por los datos inducidos del estudio sobre nuestra enferma, puede avanzarse la sospecha de que las confusiones y oscuridades reinantes sobre esta enfermedad sean dependientes de haber más de una clase de muñones dolorosos. Sea esto así ó dependan todos de un mismo motivo, respondiendo á un solo punto de partida, dejémoslo en suspenso; lo que por ahora nos toca es dar cuenta del caso particular que hemos observado.

No hay libro más rico de enseñanza que un enfermo, pero tampoco hay libro más difícil de leer y traducir. Necesita una perseverancia de parte del lector incompatible con otra ocupacion. Necesita una cierta luz sin la cual nada se logra ver, y esa luz resulta de las condiciones múltiples que, ni en la asistencia particular, ni en las salas de los hospitales, ni en ninguna parte más que en una Clínica organizada especialmente para el estudio, pueden proporcionarse.

Termina este breve exordio y entra la historia.

Francisca Hernandez, 27 años, soltera, buen color natural, algo marchito por el largo padecer, mas no perdido; desarrollo mediano en altura y anchura; sin antecedentes de familia ni propios que tengan relacion con lo que sigue: De oficio lavandera, se clavó una aguja en el dedo medio izquierdo; siguió lavando, se inflamó la parte, llegó á panadizo, con su estrangulacion y cáries y pérdida del dedo, que fué amputado por desarticulacion el 16 de Julio de 1879. Cual suele suceder, no paró en esto; el flemon

corrió á la mano, se desbridó; mas no obstante, cariado el metacarpo, fué preciso desarticular la mano el 24 de Noviembre de 1879. No ocurrió novedad, mas apénas fué confirmándose la cicatriz, se presentó en ella un dolor que corría por la parte interna del antebrazo hasta la epitróclea interna. Procuró remedio á este mal; ignoro el nombre del profesor ó profesores que le prestaron asistencia, pero de los muchos recursos que emplearon y de lo bien dirigido del tratamiento, aseguro que debieron ser profesores muy instruidos; ello és que no dejó de perseguirse la cura desde entónces. La enferma entró en la Clínica del Instituto el 9 de Agosto de 1880; no conservaba memoria de todo lo que se le había hecho, por su excesivo número, pero á casi todas las preguntas contestaba: « ya me han hecho eso y no me alivia nada. » En efecto, habían agotado la terapéutica en todas sus ramas. Habían hecho la neurotomía del cubital, demostrándolo una cicatriz.

¿ Qué hacer entónces? Lo primero estudiar bien el caso. Lo segundo ordenar el tratamiento en virtud del juicio que fuéramos formando é insistir en unos mismos medios con firmeza, sin mezclarlos con otros ni sustituirlos hasta que no alcanzáramos el convencimiento de su inutilidad, sin temer que dependiese de insuficiente dósis ó inmetódico empleo.

El estudio del caso se dirigía á dos puntos: uno al que arrojára la sucesiva observacion y el resultado de la terapéutica, por aquello de *natura morborum;* otro el procedente de las ideas, opiniones y datos recogidos en tratados, monografías, periódicos y revistas.

Dichas ideas, opiniones y datos, pueden reducirse á tres: neuritis, neuromas y osteomielitis.

Y en verdad que las tres opiniones asaltan la razon del observador, y en verdad, digo, que á no haber sido por el resultado del tratamiento, y sobre todo de la autopsia, aún andaría divagando mi parecer, porque tal y de tan difícil traduccion han sido los síntomas que la enferma acusaba.

En el reconocimiento escrupuloso de la parte, advertimos ó investigamos lo siguiente:

Brazo izquierdo amputado por su articulacion con la mano; algo desnutrido con relacion al congénere; antebrazo cónico, y sus músculos en relacion atrófica.

Color pálido de la piel. Cicatriz inferior, almohadillada, consistente, regular, un poco levantada por la extremidad estiloidea del cúbito, en cuyo punto el color es ménos pálido.

Várias cicatrices superficiales, repartidas por el antebrazo, como procedentes de escarificaciones.

Otra mayor, longitudinal y profunda, en la union del tercio medio é inferior del antebrazo y lado interno, referente á la neurotomía del cubital. Dolor contínuo en el muñon, más vivo hácia la apófisis del cúbito, extendiéndose por la parte interna del antebrazo hasta la interna de la articulacion del codo, sin pasar de allí. Exacerbacion de este dolor por las noches, hasta el punto de impedir absolutamente el sueño, imprimiendo dicha circunstancia en los ojos de la paciente una expresion particular, como de mareo.

Exacerbacion tambien al tactar la cicatriz ó comprimirla, pero mucho mayor al tocar la extremidad del cúbito. Indolencia al tacto y las presiones en todos los demas puntos del antebrazo y del codo, y no más sensibilidad á la presion del nervio cubital sobre la epitróclea de la que suele ser comun. Indiferencia del dolor á la inmersion del brazo en agua caliente; intolerancia á la inmersion en agua fria. Insensibilidad á las corrientes galvánicas, áun al abra y cierre del circuito. Excitabilidad estremada á las corrientes farádicas por débiles que fueran.

Aumento de dos décimas, á veces tres, del termómetro aplicado al brazo enfermo respecto del brazo sano.

Igualdad de temperatura en otras ocasiones.

Convenía ante todo calmar aquel dolor, y ver si en más ó en ménos podía conseguirse por algun medio terapéutico. Con este fin se usó el cloruro mórfico interior-

mente y en inyecciones hipodérmicas, habiendo llevado la dósis á grados tales, que en otro caso hubiesen causado la intoxicacion. Sin embargo, no produjeron efecto alguno sobre el dolor ni sobre la economía. Empleada despues la belladona y la atropina de igual suerte; tampoco se experimentó cambio en la intensidad ni en la forma del dolor, si bien estos medicamentos, cuando llegaron á administrarse en altas dósis, determinaron sus fenómenos propios: dilatacion de la pupila, disminucion y perturbacion de la vista, atolondramiento de cabeza, inapetencia, náuseas, etc.; pero, cual la morfina, sin producir el sueño. Parecidos resultados se obtuvieron con la hiosciamina, mostrándose los fenómenos tóxicos más pronto y ántes de sobrepasar las dósis regulares.

Viendo que los narcóticos no ejercían accion ninguna sobre el dolor ni el insomnio, empleamos el hidrato de cloral, y de igual manera, por la boca y en inyeccion al brazo, ascendiendo la dósis hasta convencernos de su ineficacia.

Ensayamos despues los siderantes del sistema nervioso, empezando por un cianuro de potasio y despues el agua de laurel cerezo, sin obtener ventaja alguna.

Recurrimos con la necesaria insistencia á otros modificadores alterantes, arsénico, iodo, quina, valeriana, y tampoco.

Levantamos la piel de todo el antebrazo con grandes y repetidas cantáridas, sin haber obtenido el más ligero beneficio. Aplicamos sobre estas superficies denudadas vários medicamentos, unos en pos de otros de los ya ensayados ántes, bajo distintas formas, y nada se consiguió.

Procuramos averiguar la accion que pudiera ejercer el frio determinado por la evaporacion del éter aplicado en pulverizaciones prolongadas por mucho tiempo. El brazo se ponía morado y yerto, y el dolor se exacerbaba. Lo mismo sucedía con la accion del agua fria. Baños que causaban estupor é insensibilidad en nuestra mano, crecían la sensibilidad morbosa de la enferma. El calor con-

tinuado resultaba indiferente, ya se aplicase en baño, ya en chorro, ya por medio de cataplasmas ó de cualquier manera.

Procuramos inquirir los efectos de la circulacion sobre el dolor, ya comprimiendo fuertemente el brazo con vendajes, ya interrumpiendo el círculo con un tubo de goma. Los efectos eran los propios con arreglo al modo y grado de la compresion, pero nulos relativamente al mal.

Se aplicaron con gran insistencia los medios conocidos electro-terápicos, ya por corrientes ascendentes, ya descendentes, ya alternas, ya fijas, ya ambulantes, ya próximas, ya remotas, ya interrumpiéndolas, ya no, resultando sólo la observacion singular de ser esta enferma casi insensible á tan poderoso agente físico, pues no sólo era inerme el brazo á tales excitaciones, sino que los demas órganos y partes de su cuerpo resultaban poseer igual indiferencia. Dudando un dia de tanta insensibilidad, puesta la pila al máximum, aplicados los reóforos terminados en puntas metálicas á los lados de la lengua, y no acusando sensibilidad, me hice yo la aplicacion á la cara y sufrí un trastorno que duró largo tiempo. Las corrientes farádicas, en cambio, producían bastante efecto en la enferma, pero agravaban el dolor y la mantenían exaltada todo el dia, de modo que llegamos á convencernos de la inutilidad de las unas y de lo perjudicial de las otras.

Habiendo advertido que al ejecutar operaciones quirúrgicas y caer la pulverizacion del agua fenicada sobre la mano embota su sensibilidad y queda como dormida, experimentamos dicho recurso en el brazo de la paciente, sin que se consiguiera resultado ninguno.

Despues de reconocer prolijamente la cicatriz del muñon, notó un dia el Sr. D. Adolfo Moreno Pozo que hácia el lado del cúbito rodaba por debajo de la piel un como pequeño grano, que al resbalar del dedo se ocultaba, volviendo á aparecer atirantando la cicatriz en determinados sentidos. Rectificando sus sensaciones nos hizo percibir el mismo fenómeno, y nos pareció advertir que

otras como granulaciones más sutiles, se tactaban en vários puntos de la cicatriz. Suponiendo que pudieran ser pequeños neuromas, y llevados de la coincidencia de notarse el mayor hácia el punto más doloroso (apófisis estilóides del cúbito), decidimos abrir la cicatriz, descubrir los tejidos y destruirlos. En efecto, el 17 de Noviembre cloroformizamos la enferma, disecamos prolijamente la piel, y no pudiendo ni con la vista ni con el tacto ver aquellos gránulos distintos, arrancamos con fuertes pinzas de gárfios el almohadillado de tejidos que cubría las caras articulares del radio y del cúbito, hasta dejar limpias ambas superficies. La operacion fué cruel, y aunque teníamos á la enferma profundamente cloroformizada, á cada tiron de arranque prorumpía en un agudo grito. Suturada de nuevo la herida, se trasportó la enferma á su cama; afortunadamente ni sobrevino fiebre, ni, cual temíamos, se presentaron espasmos ni trismus. Aquella noche la pasó mejor. Al otro dia manifestó que su dolor había cambiado, que lo sentía en la herida, pero que era de otra clase que el antiguo. En efecto, con gran satisfaccion de todos, el dolor había cedido, la enferma dormía ya naturalmente y hubiera sido completo su contento si no hubiera venido á aguarlo una neuralgia errática, que unos dias se presentaba en el lado izquierdo de la cara, y otros en los intercostales superiores del mismo lado. Por lo demas, el alivio completo del muñon duró 16 dias, al cabo de los cuales volvió el dolor á reaparecer y readquirir la antigua intensidad.

Tal contratiempo desconcertó nuestra opinion; hasta entónces, el carácter del dolor, la circunstancia de una mayor temperatura en un brazo que debiera tenerla menor, por carecer de mano y hallarse en cierto principio de atrofia, el hecho de haberse notado los cuerpecillos rodadizos cual pequeñísimos neuromas, el resultado del arrancamiento, todo esto había levantado el juicio de que se trataba de una neuritis originada por neuromas residentes en el tejido cicatricial; pero aquella reaparicion del mal,

aquel afirmar de la paciente que su dolor partía de la punta del cúbito, corriéndose por todo el hueso hasta la parte superior sin traspasarla nunca, aquella normal sensibilidad del nervio cubital en el punto donde comprimido determina lo que se llama dolor de la viuda, por lo agudo que aparece y lo pronto que pasa, todo daba en qué pensar, si no fuese su padecimiento propio el hueso, segun por algunos escritores se supone. En su virtud, dada la circunstancia de haber sido el motivo primero de los males una puntura; dada la posibilidad de haber podido ocurrir una inoculacion, habiendo sospechas de que en el lavado hubiera ropas de mujeres públicas; dado el síntoma insistente de exacerbacion nocturna del dolor, aunque por otra parte, no se habían presentado manifestaciones ostensibles que abonáran un afecto sifilítico, creímos oportuno administrar las fricciones mercuriales y el ioduro potásico. Sobrevino la saturacion y el dolor siguió imposible, por lo cual resolvimos volver á disecar el muñon, arrancar de nuevo más profundamente los tejidos y resecar el extremo cubital. Llevóse á cabo esta operacion el dia 14 de Enero, arrancando las partes todo lo profundamente que fué posible y unos filetes nerviosos de mediano grueso que aparecieron al fondo de la herida, resecando dos centímetros de la extremidad del cúbito, cuya consistencia pareció demasiado friable, ménos dura de la que á un hueso corresponde. Esta vez tampoco sobrevino fiebre ni accidente, excepto el muy desagradable de que la enferma sintiera su propio dolor como si nada se le hubiera hecho.

Los repetidos casos de recurrencia del mal en las reamputaciones verificadas me hacían desoir las súplicas de la paciente, que, desde su entrada en la Clínica, pedía con insistencia que la cortasen el brazo. Repasábamos la escasa estadística que resulta de las historias publicadas hasta el dia, desprendiéndose de ellas que el estiramiento nervioso parecía ser el ménos infeliz entre los demas recursos. El dia 11 de Abril se practicó dicha operacion en el nervio cubital, poniéndole al descubierto por una incision en

la parte interna del brazo. Aparecía á la vista de color algo sucio y como acardenalado por puntos. Despues de aislado, lo enganchamos con dos ganchos romos, llevando ambos por bajo del nervio en direccion contraria, uno hácia la comisura superior de la herida y otro hácia la inferior, empleando una fuerza bastante como para alargar el nervio, hasta donde la prudencia señaló el temor de la rotura. Como esto de la fuerza empleada es difícil marcar, porque la razon dice que ni puede ser la misma para todos los cordones, y que áun en uno mismo necesita estar no sólo en relacion con él, sino que tambien con el sujeto, porque no ofrece igual resistencia el ciático de un hombre que el de un niño, etc., diré que en mi enferma, á más de la indicacion que dejo hecha, para dar idea de la fuerza de tension empleada, el estiramiento se llevó de modo que, poniendo un gancho en el centro del cordon aislado, levantó sobre el plano de la herida como cuatro centímetros, formando así una figura triangular, cuyo vértice se hallaba en el gancho, la base en la línea de la incision y los lados descritos por el nervio.

La operacion resultó mucho ménos dolorosa de lo que podía suponerse. En las anteriores de arrancamiento á cada tiron ya manifesté que la paciente, no obstante la cloroformizacion, exhalaba un grito. En el atirantamiento no sucedió tal cosa, ni respondía la pupila contrayéndose al violentar el cubital.

Curó la herida rapidísimamente sin que ocurriera inflamacion ni supuracion local, ni movimiento febril; mas en cambio tampoco hubo el más pequeño alivio en el muñon. Aquella misma noche y todos los dias sucesivos siguieron las cosas como si nada se hubiera ejecutado.

Ya no quedaba más recurso que la amputacion. Puede calcular cualquiera con cuánto desaliento y falta de esperanza decidiría hacerla; todo había fallado. Las historias de otros pacientes análogos aumentaban el temor; recordaba haber sido consultado poco tiempo hacía por un enfermo que, amputado por el Dr. Toca, le sobrevino el

muñon doloroso; volvió á amputar con dicho motivo y apareció el dolor en la segunda operacion; la repitió cerca del hombro y ocurrió lo mismo en la tercera.

Contrastaba con mi desmayo la fe y firme voluntad de la paciente. Pensamos el modo de practicar la amputacion, y resolvimos que se hiciera desarticulando el codo, cortando los nervios lo más alto posible para que no se fijáran á la cicatriz.

El dia 29 del mismo mes de Abril ejecutó la operacion el Dr. D. Adolfo Moreno Pozo, desarticulando el codo á dos colgajos, anterior y posterior, y resecó dos centímetros más arriba los cordones nerviosos. Esta enferma, que parece de palo segun su indiferencia á las heridas y á las corrientes galvánicas, tampoco tuvo novedad traumática. La noche misma de la operacion durmió en un sólo sueño; así ha continuado hasta el dia de hoy. Estamos á fin de Junio; la cicatriz es definitiva, fuerte y ya no puede temerse que su nuevo muñon se torne doloroso. Gracias á Dios está curada.

Veamos ahora lo que resulta de la pieza anatómica.

Hecha la autopsia del antebrazo desarticulado, y por medio de una detenida diseccion de las partes, procediendo de arriba abajo, se encontró que el nervio cubital, en la union de su tercio inferior con el medio, estaba adherido á una cicatriz que existía en la piel, como resultado de la neurotomía que hacía algun tiempo había sido hecha en el citado punto. La reunion de los dos extremos del nervio se había efectuado en forma de Z por el intermedio de un cordon de tejido conjuntivo.

La arteria radial y cubital, así como todos los troncos nerviosos del antebrazo, presentaban un grosor mucho más pequeño que en estado fisiológico.

Una vez que se llegó á las partes profundas de las cicatrices del muñon se halló que los extremos del nervio cubital mediano y radial se habían reunido por medio del tejido cicatricial denso á los extremos de los tendones flexores de los dedos, existiendo un entrecruzamiento en-

tre el tejido conjuntivo y fibroso de los citados tendones, las extremidades de los nervios ántes mencionados y los tejidos de cicatrizacion, de tal modo que macroscópicamente parecía su conjunto un cuerpo ganglionar.

Endurecidos convenientemente todos los tejidos comprendidos en el citado muñon, y practicados cortes, tanto trasversales como longitudinales, de los que algunos fueron tratados por el cloruro de oro, se observó al microscopio lo siguiente: por los cortes trasversales, que el neurilema de los troncos y filetes nerviosos había proliferado de una manera extraordinaria, formando por ello un todo contínuo con el tejido de cicatriz y el fibroso de las extremidades tendinosas; que los elementos nerviosos se hallaban comprimidos y como disgregados entre las dichas extremidades tendinosas; que en vários puntos existía regresion grasosa de los elementos nerviosos, y que en otros el exceso de tejido conjuntivo había como atrofiado los tubos nerviosos.

Por los cortes longitudinales, y especialmente por los hechos en troncos nerviosos aislados ya de los sitios de cicatriz, la atrofia de la tubería era tan clara que, sólo de distancia en distancia y enmedio de un tejido conjuntivo denso, se hallaba alguna porcion nerviosa con caractéres de tal.

Por último, examinados los huesos, no se encontró alteracion alguna, ni en su sustancia propia, ni en la medular y perióstica.

Ahora bien, resulta: que en este caso, el muñon doloroso tenía su orígen, su génesis, su verdadera patogenia, en la contínua presion que sobre los nervios ejercía el tejido fibroso cicatricial. Y ahora pregunto, ¿tendrán todos los muñones dolorosos una patogenésis igual? Por ahora conviene mantener esta duda, y esperar más número de casos completamente estudiados para salir de la reserva; que si la ciencia se estaciona á veces por no inducir de casos particulares la ley general, se extravía con harta frecuencia por contrario modo, estableciendo principios

falsos malamente generalizados. De lo que no queda duda aquí es que el muñon doloroso de Francisca Hernandez era originado y estaba sostenido por las causas declaradas en la autopsia.

Y no es poco saber; al ménos ya puede el lector, por la fastidiosa historia que con pena irá leyendo, calcular el tiempo, el trabajo, las dudas y los calentaderos de cabeza que, para llegar al conocimiento seguro de causa tan sencilla al parecer, nos ha costado.

Pero como la ciencia es infinita, resulta que cada cosa averiguada trae en pos de sí la presentacion de muchas otras cosas que quedan por averiguar. Y vaya la enumeracion de algunas: ¿Por qué estando la compresion en el cubital, en el mediano y el radial, sólo se hacía sentir el dolor desde la apófisis del cúbito, siguiendo el hueso hasta la parte interna del codo? Todos los nervios aparecían igualmente comprimidos.

¿Será carácter propio de estas compresiones reflejar el dolor al hueso próximo, dando lugar á que vários observadores hayan creido dependiente la enfermedad de un afecto huesoso?

¿Por qué, hecha la neurotomía del cubital, y hecha bien, segun patentizó la autopsia, subsistió el dolor hácia el cúbito y no cambió de lugar, forma ni grado?

¿Por qué, siendo la compresion un hecho permanente, el dolor se exarcebaba por las noches? ¿Sería este fenómeno debido á la influencia de la luz? Conviene averiguarlo. Si otro caso semejante se presentára en la Clínica, procuraríamos inquirir este asunto, experimentando con la luz eléctrica.

¿Será debido á que todo dolor está en relacion con la atencion que se le dedica, percibiéndose segun la ley que se observa en los ruidos, y que da lugar á que de noche se sienta un rumor leve, miéntras que durante el dia, distraida la atencion en otras cosas, pasan inapreciados ruidos más intensos?

Pudiera ser muy bien.

¿Por qué el primer arrancamiento produjo un alivio de 16 dias y ningun alivio el segundo arrancamiento?

¿Por qué durante el referido alivio se presentó una neuralgia facial é intercostal?

¿Tuvo esto relacion con la operacion; la tuvo con el mal que se procuraba corregir; fué una mera coincidencia?

¿Por qué siendo la génesis una compresion fibrosa entre los tendones y los nervios, no aumentaba el dolor con los movimientos y las contracciones musculares?

Compénsanse tales ignorancias con la satisfaccion de haber logrado la cura de la enferma, y con la de podernos explicar el por qué de los negativos resultados terapéuticos. Los fines del Instituto son tres: curar ó aliviar la humanidad doliente; estudiar y reducir á principios lógicos la terapéutica operatoria, no contentándonos con el mero conocimiento empírico, sino persiguiendo su racional explicacion para hacerla trascendente y poderla aplicar despues con seguridad científica; y, por último, contribuir, á medida de la debilidad de nuestras fuerzas, á la ilustracion de los médicos, dándoles cuenta de los resultados favorables ó adversos que resulten, y de la observacion y de la enseñanza que pueda surgir del estudio de los enfermos.

A poco que volvamos á fijar la atencion en la historia que antecede, se verá con claridad los motivos de no haber sido eficaces ninguno de los medicamentos empleados. La causa era mecánica, y ni la compresion ni el atirantamiento, ni la irritacion consiguiente de los filetes nerviosos, podían ceder ni al ópio, ni á sus alcalóides, ni á la belladona, ni á la electricidad, ni al frio, ni al calor, ni á ninguno de los demas medios empleados.

Asimismo resulta el motivo de haber sido ineficaz en definitiva el arrancamiento de los tejidos de la cicatriz, la neurotomía y el atirantamiento del cubital. La prision de los nervios comenzaba hácia la parte inferior de los tendones flexores, y el arrancamiento no llegó á tal altura.

La neurotomía no produjo efecto curador por la circunstancia de no ser éste el sólo nervio aprisionado, y por igual motivo resultó ineficaz la posterior operacion de su estiramiento. Sucedió en suma lo que debía suceder, y la naturaleza, en este caso como en todos, cuando se estudia bien, no aparece caprichosa, sino perfectamente lógica. Los puntos que resultan extraños, cual el sentirse el dolor en el trayecto del cúbito y no en las líneas recorridas por los nervios, no deben ser tampoco efecto del capricho, debe ser un fenómeno que tenga su razon, aunque por ahora no se nos alcance, que limitada es la inteligencia humana, y mucho más la nuestra. Pero de todos modos, puede sospecharse que este fenómeno procede de la misma ley que sus análogos: por ejemplo, las gastralgias determinadas por la cáries de una muela, la histero-hipocondría producida por la hipertrofia de la úbula, el dolor de la fosa navicular en los padecimientos de la vejiga, etc.

Consignar un hecho es poner la primera letra del alfabeto ó clave de su explicacion.

5.ª observacion. Enrique Valle.

En uno de los primeros dias de Junio del año próximo pasado se presentó en nuestra consulta particular D. Enrique del V. Padecía un tumor dentro de la parte anterior del muslo derecho. Su consistencia, su forma, los inseguros antecedentes que daba el interesado, todo exigía un exámen detenido y un estudio prolijo. Pronunciamos no obstante un diagnóstico genérico, á reserva de irlo especificando. Dicho diagnóstico interino fué el siguiente: *Tumor hemático infra-aponeurótico.*

El enfermo, de 40 años, soltero, militar retirado, sin ser pobre, no estaba en posicion que facilitára su asistencia á domicilio. Comenzaba entónces á organizarse la Clínica del Instituto, y aconsejé al paciente que entrase en ella para ser observado y tratado. En efecto, el dia 16 de dicho mes ocupó la cama núm. 2 de la sala de Santa Isabel.

Es una persona de estatura media, de carnes entón-

ces más escasas que abundantes, de color marchito. No suministraba antecedentes, pero á fuerza de preguntas y de esfuerzos averiguamos que su vida militar había sido algo desordenada. Padeció várias veces de flujos uretrales; dos de bubones; una de chancro indurado, conservando la cicatriz en el prepucio, á lo cual subsiguieron erupciones, probablemente resolutivas, y despues papulosas. Tambien pudo averiguarse que había sufrido ligeros ataques de reumatismo articular, y, finalmente, que su tumor del muslo había comenzado hacía dos años por un tumor pequeño—aseguraba que como una avellana.—No explicaba más; pero ahincando en las preguntas respecto á si había sufrido algun golpe ántes de la aparicion del tumorcito ó en las proximidades de aquel tiempo, recordó que, montando un caballo vigoroso, aguantó varias sacudidas, lastimándose un testículo, y que este suceso antecedió á la presentacion del afecto del muslo. Dijo que en su principio el tumor desaparecía al comprimirlo y que no le molestaba; que así se pasó un año, en cuya fecha comenzó á crecer con rapidez y á causarle molestias en el muslo y rodilla; que le era incómoda la posicion vertical y le obligaba á sentarse. A nuestra inspeccion, el tumor presentaba en la superficie apreciable 10 centímetros de diámetro; tenía una dureza algo elástica, no latía ni poco ni nada; la auscultacion era silenciosa, más silenciosa que lo normal, porque el latido de la arteria sonaba débil y lejano. La pulsacion en el ligamento de Falopio era normal, normal tambien en la corva. La circulacion venosa de la pierna y muslo como en el sano. La calorificacion igual en ambos miembros. A haber sido la resistencia elástica que se notaba comprimiendo el tumor algo más dura, hubiérase inclinado nuestro ánimo á diagnosticar un sarcoma; á haber sido más blanda y como fluctuante un lipoma infra-aponeurótico; estando las sensaciones entre la una y la otra, y no habiendo ni latidos, ni ruidos estetoscópicos, insistimos en el diagnóstico genérico de tumor hemático. Pero era preciso pasar, ántes de admitir di-

cho juicio de un modo firme, de las inquisiciones practicadas á los hechos de exploracion, y en su virtud introducimos oblícuamente por el centro del tumor una aguja trócar núm. 3 de Dieulafoy. Salió, en efecto, una gota de sangre oscura, achocolatada, difluente, sangre muerta. Despues otras más claras y serosas. Se puso el aspirador y se extrajeron como 30 gramos de igual líquido no más, por obstruccion, sin duda, de la cánula.

Nada ocurrió despues en aquel dia; pero la puncion no cerró ni cicatrizó inmediatamente. Por su pequeño orificio asomaba contínuamente una gota de sangre oscura, y el dia 16, al levantarse el enfermo del servicio, las gotas se aceleraron y se trasformaron en un chorro que, si contínuo y sin sacudidas, por su persistencia llegó á ser alarmante, y más alarmante todavía al observar que no por eso menguaba el volúmen del tumor, y que la sangre, ántes muerta y negra y difluente, era ya roja, natural y viva. Para detenerla colocamos una compresita de sangría sobre la boca de la puncion y la sujetamos con un vendaje circular. El objeto se obtuvo; mas, apénas se quitaba la compresa, volvía la hemorragia. Por otra parte, la abertura de la puncion tendía á agrandarse, el muslo á inflamarse; se elevó su temperatura, sobrevino fiebre; y lo que resultó más singular, aquel tumor quieto y silencioso, comenzó á latir ante la vista y tacto, y á declarar fuertes ruidos de corriente.

El curso, pues, del mal, activado por la puncion exploradora, daba clara muestra de que se trataba de un aneurisma.

Tenía que optarse por una operacion urgente.

El dia 29 del antedicho mes consultamos con el doctor D. Juan Sanchez Bustamante y el Dr. D. Ricardo Egea sobre la conducta que debiéramos seguir.

Unánimemente, y sin discusion, optamos por el método antiguo. Comprimir la arteria sobre la línea ileo-pectínea, dilatar el tumor de arriba abajo, descubrir y reconocer la arteria, ligarla por encima y por debajo del tumor.

El Dr. Egea hizo la operacion como se acaba de decir. El paciente se cloroformizó con cierta dificultad. Las partes puestas á la vista por la operacion resultaban estar de la siguiente manera:

Entró la incision, partiendo el diámetro vertical del tumor, al dividir la piel y el fascia-lata, en una masa negra de sangre coagulada; entre ella salía á borbotones sangre roja. Seguros de que la femoral estaba bien sujeta, no hicimos caso, sino apresuramos la extraccion de los coágulos, agrandando y profundizando la incision. Con las manos y con esponjas vaciamos rápidamente el contenido; cesó entónces la emision de sangre, resultando cierto que la vertida era la vieja y la reciente encerrada en el tumor ántes de comprimir la femoral. Como nada apremiaba y el muslo estaba abierto de par en par, pudimos reconocer perfectamente la singular disposicion de las partes. La arteria femoral ofrecía, en la union del tercio superior con el medio del muslo, una dilatacion no mayor que una nuez; las paredes arteriales de este pequeño saco eran espesas; léjos de adelgazadas, ofrecían un grosor exagerado. Este saco presentaba una pequeña rotura hácia su parte inferior, externa y posterior. El tumor grande, el abierto por la operacion, no era un saco aneurismático, era una coleccion abundante de sangre que, escapando por la abertura del pequeño saco aneurismático descrito, se había depositado entre los músculos del muslo y su aponeurósis comun. Los músculos estaban acardenalados, desnutridos y dislocados de sus respectivas posiciones. Puestas las dos ligaduras, se tocaron las superficies todas con la disolucion de cloruro de zinc al 30 por 100, y no se suturó la incision para reconocer en caso necesario los fondos de la herida y acudir á socorrer una hemorragia si consecutivamente llegára á presentarse.

Nada ocurrió de lo que era de temer; pero en cambio los efectos de la cloroformizacion hiciéronse desagradables los primeros dias. Desde que el paciente despertó, los vómitos clorofórmicos y las náuseas no le dejaron un mo-

mento de reposo, y hasta pasado el dia segundo no comenzaron á ceder. Temíamos que tantos esfuerzos provocáran alguna hemorragia, pero las ligaduras se mantuvieron firmes.

Sobrevino despues una reaccion febril muy moderada. Se había empleado la cura de Lister, y llegado el 2 de Julio procedió el Dr. Egea á suturar la herida con ocho puntos metálicos.

El 5 del mismo mes se desprendió la ligadura superior; hubo supuracion y salió alguna corta cantidad de sangre.

El 6 sufrió el operado un enfriamiento, se levantó más fiebre, se puso el vientre tumefacto y se suspendió la secrecion de la orina.

El 7 se restablece la secrecion, y el vientre baja.

El 10 se cortan los puntos de sutura por estar unidos los labios.

El enfermo sigue mejorando de un modo satisfactorio; no hay fiebre, y todas las funciones se ejercen con perfecta regularidad.

El 24 se desprende la ligadura inferior; la herida apénas supura, y, ni en los primeros momentos que siguieron á la operacion, ni hasta la fecha, ha sobrevenido ningun fenómeno relacionado con la interrupcion del régimen circulatorio del muslo.

El 1.º de Agosto se levanta el enfermo, apoyado en muletas, y permanece sentado algunas horas.

Sigue mejorando hasta el 12 de Agosto; el enfermo ha adquirido carnes y buen color; sólo queda sin cicatrizar la comisura inferior de la herida, que no ha cerrado por impedírselo el drenaje.

13 de Agosto. — Gran escalofrio, seguido de alta fiebre.

14. — Erisipela hospitalaria que, partiendo de la herida, corre en forma flegmonosa por el muslo hasta debajo de la rodilla.

Desde este dia hasta el 15 de Setiembre sufre el enfermo los accidentes más graves de la erisipela hospitalaria, con sus fiebres, delirios furiosos y demas perturbacio-

nes generales, resentimientos profundos de las vísceras del abdómen, diarreas colicuativas, pérdida del conocimiento, etc. Llega á sumo peligro y se le administra.

Despues de infinitos medios empleados en vano para corregir esta enfermedad, cede á los baños generales de agua á placer, mezclada con una fuerte disolucion de alcohol alcanforado.

El dia 20 se halla dominada la erisipela, pero los estragos locales producidos han sido horibles.

Las supuraciones flegmonosas han respetado el muslo y la cicatriz de la operacion, pero se han cebado en la articulacion de la rodilla, en la pierna y en el pié. Dicha articulacion queda afecta de una artritis crónica supurada; la pierna ha supurado, dejando al descubierto la cara interna de la tíbia en seis centímetros de extension. La erisipela en el pié ha determinado várias úlceras gangrenosas en el dorso, en los maleolos, en vários dedos y en el talon.

Desde el tercio inferior del muslo hasta los dedos, la pierna está edematosa é infiltrada hasta un volúmen que recuerda las piernas elefantiásicas. Contrasta con tal grosor el estado esquelético del enfermo. Su pulso es filiforme y apénas tiene aliento para emitir la voz y sólo vibra al exhalar quejidos.

1.º de Octubre. — Las ulceraciones gangrenosas del pié se han detergido. La anterior de la pierna continúa lo mismo. La artritis sigue supurando abundantemente por vários puntos externos, internos, anteriores y posteriores; algunas de estas aberturas dejan al descubierto los cóndilos del fémur y de la tíbia, que se ven necrosados. Hay tos, dolor de pecho, disnea, fiebre lenta con recargos y escalofríos iniciales, repugnancia á los alimentos, diarrea pertinaz. Puohemia lenta.

Dietética restaurante en cuanto es posible, laxantes salinos, cocimiento antiséptico, sulfato de quinina, curas repetidas, prolijas y antisépticas constituyen en este período la base del tratamiento.

10 de Octubre.— Continúan los mismos síntomas, acentuándose los artríticos. La articulacion ha perdido sus vínculos de sínfisis; quedan los tendones y los ligamentos cruzados; mucha parte de la cápsula ha supurado y salido en girones putrilaginosos por las aberturas. Las inyecciones fenicadas hechas por un lado de la rodilla se vierten por el otro. Si se procura elevar el muslo, queda la pierna hundida entre los fanones, como si fuese una parte independiente. Si se levanta la pierna, queda el muslo quieto como si fuera extraño. Si se coloca el paciente en decúbito dorsal, la extremidad del fémur se adelanta y la tibia se coloca por detrás. Si se coloca en decúbito derecho, se efectúa una luxacion externa de la tibia, si en decúbito izquierdo, la contraria.

22 de Octubre. — Pónense drenados de caoutchouc á unas aberturas y de cerdas á otras.

12 de Noviembre. — El estado general ha venido sosteniéndose con cierta ganancia. Algunas úlceras del pié se han cicatrizado. La del talon se ha hecho más profunda y está el calcáneo al descubierto, por más que se cuida mucho de su proteccion. En el sacro existe una gran úlcera por decúbito. Empleo del colchon de agua. Su movilidad causa atroces tormentos al paciente; cada vibracion mueve la pierna y exacerba los ya de suyos insoportables dolores. El colchon de aire ofrece aún mayores inconvenientes; á los dichos agrega que toma niveles proporcionados al peso de carga, y que varían á cada momento.

14 de Diciembre. — En el período trascurrido se ha dominado la puohemia lenta. Han desaparecido los síntomas torácicos, y la diarrea no es tan abundante. El enfermo se alimenta sin repugnancia, pero en cambio los dolores han dominado el cuadro. Vienen de la pierna y de los decúbitos; cualquiera movimiento, el más pequeño, hace al paciente prorumpir en ayes. Las curas, que tienen que hacerse en la rodilla, en el talon y en el sacro y duran horas, y que la necesidad obliga á repetirlas várias veces cada dia, nos colocan á todos en verdadero conflicto. El

mucho padecer y hasta los mismos cuidados y el interés que nos inspira el enfermo, le han hecho intolerante. Los profesores más caritativos y cuidadosos se cansan y rehuyen encargarse de las curas. Contribuye á esto en gran manera la creencia en la incurabilidad. Esto nos obligó á tener que decir pasando la visita:

« Señores; la fé traspone los montes. Juzgais este enfermo perdido. Volved la vista atrás. Recordad que le hemos visto muchas veces luchar con la agonía y que hoy, por grave que sea su estado, ninguno de vosotros puede considerarlo en situacion tan perentoria y grave. La prueba de ello está, en que ántes nadie ha pensado en la amputacion, juzgando con acierto que su estado general no permitía hacerla, y hoy nos preguntais por qué no le amputamos. En efecto, razones á razones yo no sé cuáles podría daros que inclinasen la balanza á favor de mi conducta. Nuestro oficio se aprende por ciencia, pero se practica por arte. En el arte entra por mucho el sentir y este sentir me dice, que apesar de todos los desórdenes que veis, apesar de estar la piel destruida en muchas partes de la articulacion y cortada por bajo de la rótula, de hallarse los cóndilos al descubierto y necrosados, necrosada tambien una porcion de la tibia, rotos los ligamentos y luxados los huesos por gravedad, todavía, si pudiéramos fijar é inmovilizar las partes por algun medio y hacer las curas sin imprimir movimientos, pudiera salvarse la extremidad y la vida del paciente.»

Persiguiendo esta esencial indicacion, ensayamos vários medios. El vendaje de escayola era inaplicable. La supuracion mucha; las ulceraciones abarcaban los puntos cardinales de la circunferencia del miembro; no podía apoyarse ni en el fémur ni en la tibia, y así resultaron infructuosas várias tentativas de apósitos de inmovilizacion. Uno que, fijo á un cinturon, soportaba una barra de hierro dulce, en la que se soldaban cuatro medias tejas metálicas, sobre las cuales descansaban el muslo y la pierna, dejando libre la articulacion, tampoco resultó llenar

nuestro deseo. Ultimamente, adoptando la gotiera completa de Bonnet, y posponiendo el aseo á la inmovilidad más absoluta, llegamos á conseguir la resolucion de tan árduo problema. Lavábanse las partes y se inyectaban con agua fenicada; se cubrían con ligeras compresas; una tela impermeable protegía la gotiera; por lo demas, suplía la cantidad de agua á la proligidad de las curas. En todo este período el ópio constituyó el principal medicamento, continuando, no obstante, el uso de la quina, el vino y los marciales.

El 14 de Febrero había mejorado mucho la situacion, y en el decurso de esta fecha hasta el dia 4 de Julio, uno en pos de otro, se vinieron eliminando vários secuestros de los cóndilos del fémur y de la tibia, cicatrizándose las ulceraciones tanto de la articulacion como de los decúbitos.

El enfermo, repuesto, ha adquirido carnes hasta un grado que puede caracterizarse de florecimiento y robustez. La tibia, anquilosada con el fémur, deja un miembro firme, resistente y bastante útil para la progresion. A fin de Junio se eliminó el último secuestro del cuerpo de la tibia, cicatrizando por completo la extensa ulceracion que sobre dicho punto existía anteriormente.

Cuando comparamos las historias clínicas que suelen ver la luz pública con las que resultan de nuestras observaciones, tomadas fielmente de los casos que se nos han presentado, llegamos á sospechar que aquéllas, sin conocerlo ni advertirlo el que las escribe, se amoldan á los tipos nosológicos más ceñidamente de lo que la naturaleza suele hacer. En este caso vemos un aneurisma sin ninguna traza ni síntoma de tal en los primeros tiempos, carente de latidos, ruidos y movimientos. Despues, y por efecto de una puncion exploradora, de la sustraccion de una pequeña cantidad de sangre, de una hemorragia leve más tarde y de una inflamacion, aparecen los latidos y los ruidos de corriente, y, por tanto, la sintomatología propia de esta clase de tumores. ¿Por qué estas singulares variantes?

La clase de operacion ejecutada, que permitió poner á la vista la disposicion de las partes haciendo una como autopsia en el vivo, declaró la razon de tan extraños particulares.

El tumor, grande, para tener de arriba abajo el diámetro de 10 centímetros, no estaba totalmente formado por el aneurisma. Era una masa de sangre coagulada, libre, derramada entre los intersticios musculares y el fascia-lata, que debió irse derramando, y coleccionando, y coagulando poco á poco, gota á gota, sin arrastrar la túnica externa ni formar con ella un verdadero saco. La dilatacion arterial, poco más ó ménos del tamaño de una nuez, constituía el aneurisma real. Todas las túnicas, lo mismo la interna que la media y la externa, afectaban igual modificacion, y todas aparecían rotas en un pequeño orificio hácia el lado externo y posterior. Así las cosas, la singularidad anatómica del caso y el curso observado se explican fácilmente.

La dilatacion cedió, sin duda, en un principio por un punto imperceptible; su situacion en la cara posterior de apoyo arterial sobre planos fibrosos por una parte, y la escasez de sangre vertida, permitieron la organizacion de la fibrina extra-aneurismática, y así se pasó un año sin otra manifestacion que la de un tumorcillo pequeño y de dudosa naturaleza. Más tarde sobrevino mayor extravasacion, y por tanto más aumento de volúmen, pero sin pérdida de la igualdad de la ecuacion entre las fuerzas de los dos factores morbosos; abertura poriforme en la arteria poco dilatada, y presion aponeurótica y coagulacion operculadora en cierto modo de la abertura referida. De esta suerte continuaron las cosas hasta llegar á adquirir la coleccion sanguínea circundante del aneurisma un volúmen algo considerable, pero todavía capaz, por la fuerza de compresion entre la aponeurósis fascia-lata, los músculos y la arteria, de mantener á raya la fuerza expansiva del pequeño aneurisma; pero se hizo una puncion exploradora, se dió salida á una pequeña cantidad de sangre,

se perdió con esto la relacion entre las fuerzas expresadas antagónicas, dominó la aneurismática, cedió la presion externa, se derramó, por tanto, mayor cantidad de sangre del interior aneurismático al exterior del mismo; se agrandó su abertura, se removieron los coágulos, se licuaron en parte y llegó la onda sanguínea entónces á chocar directamente en las paredes musculares y aponeuróticas, levantando la piel y haciendo perceptible á la vista y al tacto los movimientos y latidos, é igualmente los sonidos propios al auscultarlos.

Resulta, pues, de este caso, una especie de aneurisma, ó al ménos un modo de ser y estado de aneurisma que la naturaleza ofrece, y cuyas particularidades ó detalles no recuerdo si se han consignado ya, ó si se han visto alguna vez por otro observador.

Resultado final de los estudios clínicos.

Declaramos sin ambages que nos proponemos altísimos fines de la creacion del Instituto. Son tan altos que tenemos, no duda, sino certeza de no poderlos alcanzar. Pero, ¿qué importa? Si el Instituto vive, no ha de reducirse á los frutos verdes y malos de nuestra pobre capacidad, sino á los que puedan rendir todos los profesores estudiosos movidos por amor de Dios, de la humanidad y de la Ciencia, y es evidente que, andando el tiempo, se conseguirán dichos fines, y entre ellos, el más importante, que especifico así:

Cuando el hombre puede desprenderse del urgente apremio de las primeras necesidades de la vida, ó pasa á un estado de indiferencia ó llega á sentir otro órden de necesidades, necesidades que se expresan por amor á lo bueno, por amor á lo bello y por amor á lo verdadero.

Estos tres amores, sentidos por cada hombre que llegó á sentirlos, no quedan en un mero sentimiento abstracto é infecundo, sino que tal sentir de muchos, unidos, produce tres cosas que toman cuerpo, y cuerpo grande, muy

grande, gigantesco. El sentir el amor de lo bueno en cada uno origina por suma de todos estos amores la moral, la religion, la caridad, y no moral, religion y caridad abstractas é incorpóreas, sino moral, trasformándose en derecho, en leyes, en tribunales, en hospitales y en mil otras cosas corpóreas y tangibles.

El sentir amor de lo bello cada uno origina por suma de todos estos amores el arte, la arquitectura, la pintura, la escultura, la música, y no abstractas, cual se pretenden que sean, sino encarnadas en obras y productos, en construcciones tales de cal y canto, de mármoles, óxidos y sales metálicas, en metales puros, maderas y barro, y movimientos y vibraciones del aire.

El sentir amor á la verdad cada uno origina por suma de todos estos amores la ciencia de Dios, la del hombre, la de la Naturaleza. Filosofía, matemáticas, historia natural, etc. Mas estas ciencias, productos de un amor fecundo, no se desarrollan á sí mismas ni en sí mismas, sino que resultan del concúbito de los tres amores. Así que ningun arte crece, ni se desarrolla, ni da frutos nuevos por sí y en sí dentro de su mero círculo de fuerza. Necesita el arte para ser fecundo el pólen de la Ciencia unas veces, el pólen de la moral siempre.

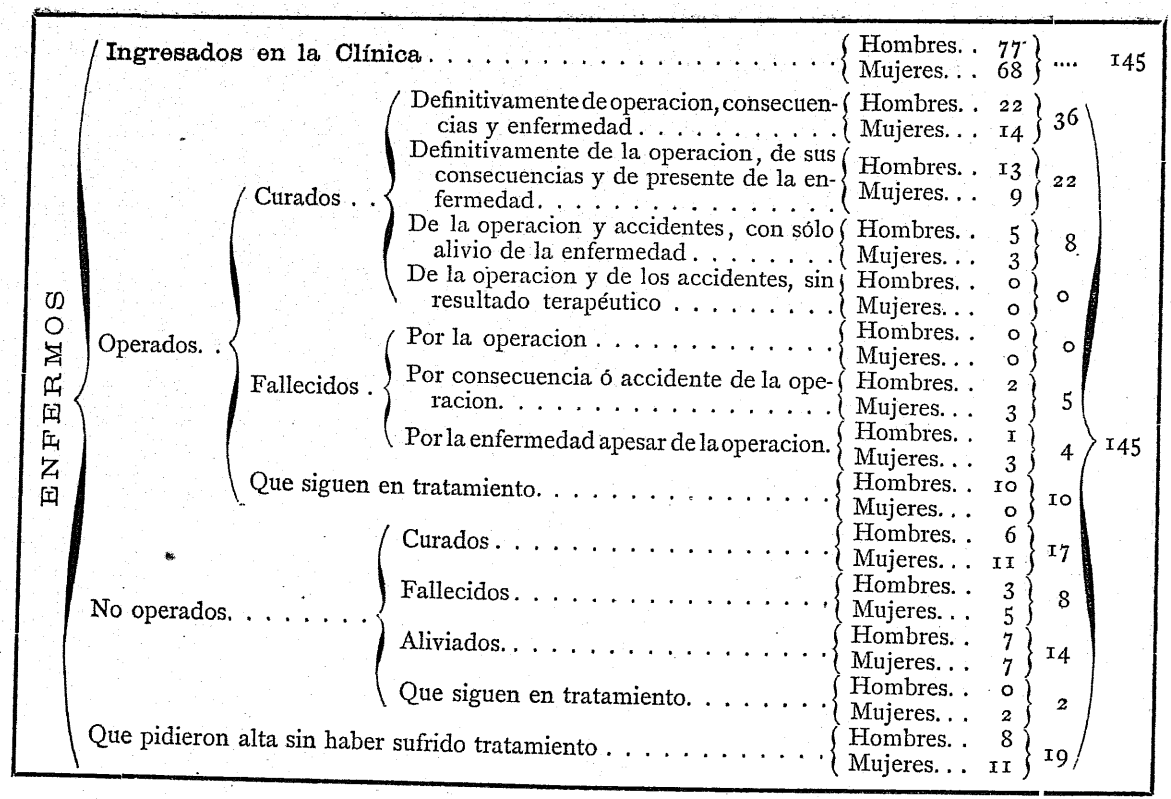
De igual suerte se efectúan las funciones científicas. La ciencia sin ser fecundada por el arte sería una ciencia estéril y machorra.

Las ideas que acabo de exponer son suficientes para que cualquier inteligencia que las ampliára formase un Tratado sobre la Fisología de los sentimientos trilógicos de la humanidad. Pero como no hemos de desviarnos del propósito de nuestro humilde informe, baste lo dicho para añadir lo que sigue, sin que resulte incongruente.

La Patología, ciencia, quedaría absolutamente estancada, estéril, si no la fecundase la Clínica, arte de observar y de curar. La ciencia da al médico cánones, principios, leyes, doctrinas, juicios y opiniones ligados sistemáticamente en un cuerpo que la imprenta hace plástico

en la forma de libro. El médico devuelve á la ciencia, por virtud de la clínica, datos, hechos, observaciones y resultados que, en forma de contribucion, confirman, niegan, añaden, quitan, modifican, perfeccionan, corrigen y siempre, en último resultado, crecen y prosperan el *corpus cienciæ*.

Pues tal y á tanto llega nuestro deseo en el límite de la Clínica, á la terapéutica operatoria. Hacer que el Instituto sea en dicho particular el órgano por cuyas funciones fecunde el arte á la ciencia y salga la ciencia del arte.


ENFERMOS
Ingresados en la Clínica . . . . . Hombres. . 77 / Mujeres. . . 68 145
Operados. .
Curados . .
Definitivamente de operacion, consecuencias y enfermedad . . . . . Hombres. . 22 / Mujeres. . . 14 36
Definitivamente de la operacion, de sus consecuencias y de presente de la enfermedad. . . . . Hombres. . 13 / Mujeres. . . 9 22
De la operacion y accidentes, con sólo alivio de la enfermedad . . . . . Hombres. . 5 / Mujeres. . . 3 8
De la operacion y de los accidentes, sin resultado terapéutico . . . . . Hombres. . 0 / Mujeres. . . 0 0
Fallecidos .
Por la operacion . . . . . Hombres. . 0 / Mujeres. . . 0 0
Por consecuencia ó accidente de la operacion. . . . . Hombres. . 2 / Mujeres. . . 3 5
Por la enfermedad apesar de la operacion. Hombres. . 1 / Mujeres. . . 3 4
Que siguen en tratamiento. . . . . Hombres. . 10 / Mujeres. . . 0 10
145
No operados. . . . . .
Curados . . . . . Hombres. . 6 / Mujeres. . . 11 17
Fallecidos . . . . . Hombres. . 3 / Mujeres. . . 5 8
Aliviados. . . . . Hombres. . 7 / Mujeres. . . 7 14
Que siguen en tratamiento. . . . . Hombres. . 0 / Mujeres. . . 2 2
Que pidieron alta sin haber sufrido tratamiento . . . . . Hombres. . 8 / Mujeres. . . 11 19

Segun se ve, divídense los enfermos admitidos en operados y no operados.

Entendemos por operados los que han sufrido actos quirúrgicos cruentos por hierro, fuego ó por determinadas acciones mecánicas excepcionales, que, por su importancia inmediatamente curadora, constituyen en concepto general una operacion, cual la reduccion de una luxacion.

Incluimos entre los no operados todos los tratados por medios puramente terapéuticos ó por manipulaciones manuales ó mecánicas incruentas.

Nunca ha sido operado enfermo alguno sino cuando á todas luces no hemos encontrado posibilidad de curarlo por otros medios terapéuticos, farmacológicos, electroterápicos, mecánicos, etc.

Por igual principio hemos practicado preferentemente las operaciones ménos cruentas y de menor peligro que las más cruentas, aunque estas últimas ofreciesen mayores probabilidades de éxito inmediato.

Comunmente las calificadas como curaciones en las estadísticas quirúrgicas son aquellas en que se ha logrado mantener al enfermo en vida, cicatrizando la herida hecha por el arte.

Este criterio ó modo de juzgar á nuestro entender no resulta muy exacto. Así, por ejemplo, cuando se practica la castracion ovárica para corregir un histerismo, si la herida abdominal cicatriza y la paciente salva con la vida, se consigna el caso como una curacion. Cuando se estirpa la mama por un encefalóides, si la herida se une y la enferma sobrevive, se incluye el suceso en el cuadro estadístico de las curaciones, y como estos ejemplos ocurren otros muchos.

Por la simple exposicion se advierte que el criterio y concepto bajo el cual consideran las curaciones es un concepto y criterio, si no errado, al ménos incompleto. Pártese de la idea pura de *operacion*, como entidad aislada y principal, olvidándose que una operacion propiamente no es más que un agente terapéutico, y que no es

el agente en sí el que debe servir para determinar y valuar la curacion, sino *el resultado del agente sobre la enfermedad que pretende corregir.*

Nosotros, por imposicion de otro criterio más exacto, necesitábamos corregir el error que dejamos indicado. El Instituto no es un Instituto de operaciones, sino de terapéutica operatoria, y en su virtud debemos atender para calificar la curacion, más que á la operacion en sí y á su resultado como tal operacion, al que haya producido respecto al padecimiento que procuraba curar.

En una palabra, sustituimos por el criterio terapéutico el criterio quirúrgico. Para no saltar contra la corriente de la costumbre, y porque, bien mirado, no sería posible en muchos casos establecer el criterio terapéutico inmediatamente, sin tropezar con la dificultad de tener que dejar en suspenso el juicio por meses, y áun por años, ántes de calificar el éxito obtenido, pensamos que las estadísticas de las curaciones quirúrgicas debían dividirse, conforme lo hemos hecho, en curaciones definitivas, en curaciones de presente, en curaciones de la operacion y de sus accidentes con sólo alivio de la enfermedad, y en curaciones de la operacion y de sus accidentes, pero sin resultados terapéuticos.

Formadas las estadísticas de este modo se podrá, andando el tiempo, adquirir una opinion más exacta y segura sobre la importancia y utilidad del tratamiento quirúrgico de las diversas enfermedades. Miéntras que continuando como se va, haciendo estadísticas de meras operaciones, divididas en salvados y muertos, podríamos dar motivo á consecuencias equivocadas é influir en la determinacion de prácticas impropias.

Por razones análogas los casos infaustos tampoco deben darse en globo. Tambien necesitan discernirse y clasificarse para que produzcan acertada y útil enseñanza. Juzgamos que puede favorecer la exacta exposicion de los hechos la clasificacion que hemos adoptado: muertos por la operacion, por accidentes de la operacion y muertos

por la enfermedad que trataba de corregir la operacion.

Se ve claro que no resultan iguales los casos cuando un paciente fallece de hemorragia ó de colapso en el acto de ser operado, á cuando fallece de septicemia á los 12 ó 15 dias despues de la operacion. Tambien es evidente que no son iguales dichos ejemplos al que ocurre cuando un enfermo de puohemia, no obstante dilatar el foco de retencion del pus, muere, sin embargo, de puohemia apesar de la operacion, pues en este último caso no ha sucumbido, ni á la operacion, ni por sus posibles accidentes, sino al rigor de la enfermedad que se trataba de curar.

Existen, pues, tres clases bien definidas, y distintas las unas de las otras, entre las que ocasionan la muerte. En la primera se muere por la operacion y la operacion es la responsable. En la segunda se muere por alguna consecuencia de la operacion, y por tanto tiene la misma una responsabilidad mediata. En la tercera no se muere por la operacion ni por sus consecuencias, que se muere por la enfermedad que padecía el sujeto, y éste sucumbe á sus rigores y no por el agente quirúrgico terapéutico, sino apesar de él.

Podrá observarse que aparece vacío en la primera estadística el cuadro de los enfermos operados sin resultado terapéutico. Repasando el cuadro correspondiente, ya no á los enfermos, sino á las meras operaciones ejecutadas durante el ejercicio, se advertirá que ha habido algunas de resultado nulo; la contradiccion aparente estriba en que hemos tenido la fortuna de que los pacientes operados sin suceso fueron curados despues por otras operaciones, y como la primera estadística es numérica de enfermos, se alteraría la verdad de la suma, repitiendo un solo individuo en diferentes lugares de un mismo cuadro. Si alguno ó algunos de los enfermos hubiera sido operado sin con-

seguir efecto terapéutico, y en esto hubiera terminado su historia clínica, en la casilla correspondiente de dicho primer cuadro lo hubiéramos incluido. En nada se perjudica la exactitud de los hechos colocándolos en el segundo cuadro de las operaciones que subsigue, bastando con explicar los motivos para que desaparezca la aparente discordancia.

Por lo demas, las operaciones que aparecen sin resultado terapéutico manifiestan una de las consecuencias de la práctica que hemos observado. Así como nunca procedemos á tratar por operacion cruenta lo que pueda, con mayor ó menor probabilidad racional, curarse por médios incruentos, de igual suerte y por idéntico principio hemos preferido recurrir á las operaciones ménos cruentas y de menor peligro aunque ofrecieran menores seguridades de éxito. Así, podrá advertirse que algunos enfermos han tenido que soportar dos y más operaciones infructuosas para ser curados finalmente por una tercera ó cuarta.

Cualquier espíritu ligero podrá opinar que estos sucesos declaran una práctica desacertada, y que hubiera sido mejor ejecutar desde luégo la operacion que se hizo en último término, ahorrando así á los interesados, tiempo, dolores y peligros. Individualmente considerado el asunto, podrán tener razon, pero colectivamente no, y miramos dichos casos como la sancion de nuestra conducta. En la estadística resultan bastantes curados por meras dilataciones más ó ménos repetidas, por leves excavaciones óseas y por otros medios relativamente inocentes que, á seguir distinta práctica, hubieran sido amputados ó sufrido otras operaciones de gran importancia y riesgo.

Llevar una Clínica de terapéutica operatoria de otra suerte, resultaría materialmente imposible. Si dada una sala de 20 enfermos, no hubiera más recurso que tratarlos á todos ellos por grandes operaciones, áun suponiendo la fortuna de salvar las dos terceras partes, el número de muertos pondría pavor al ánimo más fuerte. La alta cirujía consiste en hacer, en caso indispensable, las operaciones

reputadas por más difíciles, pero más principalmente en convertir las graves en leves y las dificultosas en sencillas. Feliz el que pudiera curar por terapéutica incruenta los afectos que en la actualidad sólo ceden al hierro. Más feliz el que pudiera dominarlos con la simple higiene. Sigamos, al ménos en cuanto sea posible, este camino, que, á no dudar, es el verdadero camino del progreso.

OPERACIONES	Número	Curados.	Aliviados.	Sin resultado	Muertos.
Amputaciones de extremidades	4	4	»	»	»
Amputaciones de mama	6	5	»	»	1
Amputaciones de lengua	1	1	»	»	»
Amputaciones de pene	1	1	»	»	»
Resecciones	9	6	»	3	»
Desarticulaciones	2	2	»	»	»
Uretrotomía. Externa	2	1	1	»	»
Uretrotomía. Interna	3	3	»	»	»
Fístula de ano	4	4	»	»	»
Traqueotomía	1	1	»	»	»
Extirpacion de laringe	1	»	»	»	1
Laparotomía y extirpacion de matriz	1	»	»	»	1
Incisiones	13	10	»	2	1
Extirpaciones	11	11	»	»	»
Reduccion de luxaciones	1	1	»	»	»
Aneurisma (Método antiguo; abertura del saco)	1	1	»	»	»
Ligadura de arterias	1	1	»	»	»
Puncion é inyeccion (Hidrocele)	4	4	»	»	»
Puncion (Quiste ovárico)	1	»	1	»	»
Talla	2	1	»	»	1
Tenotomía	3	3	»	»	»
Escarificaciones	1	»	1	»	»
Ignipuntura	2	1	»	1	»
Dilatacion por cateterismo gradual	2	2	»	»	»
Nefrotomía	1	»	»	1	»
Dilatacion	2	2	»	»	»
Dilatacion forzada (Fisura de ano)	2	2	»	»	»
Cauterizacion con cloruro de zinc (Epitelioma)	3	2	1	»	»
Hipospadias	1	1	»	»	»
Sedal (para un quiste)	1	1	»	»	»
Arrancamiento de tejido cicatricial	1	»	»	1	»
Estiramiento del nervio cubital	1	»	»	1	»
Fístula vésico-vaginal	3	»	3	»	»
	92	71	7	9	5

Altas sin tratamiento.

Los ocho hombres y once mujeres que constan haber pedido el alta sin tratamiento proceden de várias circunstancias. La mayor parte se ha debido á la conducta que observamos de exponer con toda la claridad que nos es posible á cada paciente su verdadero estado, la clase ó clases de operaciones que debían sufrir y las probabilidades de la curacion. Estos asuntos entrañan responsabilidades demasiado graves para permitir al cirujano que oculte ni desfigure los riesgos, ni ménos imbuya ó fuerce moralmente á los interesados para arrastrarlos hácia una operacion. Tal conducta ofrece el inconveniente de que algunos enfermos demasiado tímidos decidan no operarse y pidan el alta. Sus frases, por lo general, en tales casos, son las siguientes: — «Pues si V. no me asegura la curacion, no quiero operarme.» Una enferma que padecía retencion menstrual por oclusion completa de la vagina, procedente de un parto distócico, estuvo dos veces en la Clínica y las dos pidió el alta sin consentir el tratamiento. Otros enfermos han sido dados de alta por insubordinacion, cosa que penamos severamente en nuestras Clínicas.

Nada hemos de decir respecto á los 36 enfermos que resultan haber obtenido la curacion absoluta.

Historia de una piohogenia idiopática.

Una enferma curiosa se encuentra en dicho cuadro. Entró moribunda en la Clínica, con un tumor enorme que comprendía la escápula y costado derecho. La extenuacion, la fiebre y la turbacion intelectual de la paciente no consintieron entónces tomar de ella los oportunos datos; los que la acompañaban no podían contestar con fruto á las preguntas, y fué difícil al profesor D. Ambrosio Rodriguez hacer el diagnóstico. Había patente fluctuacion, y una puncion exploradora confirmó la existencia de pus espeso y verde. Entorpeciéndose la cánula y siendo tanta la cantidad que apénas disminuía, áun lleno

por muchas veces el cuerpo de la bomba, se trató por la dilatacion ámplia y la cura antiséptica rigurosa. La enferma alivió rápidamente, y el tumor aquél, que por su volúmen y por los síntomas generales parecía que debía estar relacionado con profundas lesiones, ó á lo ménos con extensos detrítus de los tejidos á cuyas expensas y en cuya vecindad se formara, cicatrizó tan pronto y bien que obligaba á admitir la integridad casi perfecta de las partes. Ya convaleciente, repuesta, alegre, de mejor color y levantada, se sintió un dia dolor en los lomos; no había síntoma objetivo, mas á poco se elevó la region á modo de pan, y en la forma que se presenta lo que se llama *levante* en los caballos á quienes lastima la montura. Creció dicho levante, sin tomar color; siguió doliendo y creciendo; y tanto creció que, á no dudar, hubiese llegado á adquirir las dimensiones del tumor primero, si no fuera porque, sospechándose ya la fluctuacion, se dilató y salió pus, tambien espeso y verde, cuya suma en unos cuantos dias bien puede valorarse en la cantidad próxima de dos y medio á tres litros. Fuente tan abundante de pus, venida así de tal manera, cicatrizó cual el tumor antecedente, pronto, bien, sin despegamiento ni necrósis de los tejidos; y como si no fuera ya el caso bastante singular, despues de curada al parecer, vuelven á repetirse los mismos fenómenos hácia el sacro. En este último punto, donde está el hueso pelado y casi solamente cubierto por la piel, acontecieron los fenómenos de igual manera. Un dolor precedente, una inflacion notable, progresiva, sin aumento de color y con dos décimas de aumento térmico respecto á las partes vecinas. La inflacion, de resistencia á las presiones, más como de nalga que de cosa edematosa y blanduzca, ablandó luégo, fluctuó más tarde y ántes que dejara de crecer se dilató para aliviar la enferma.

Esta vez no llegó á tanto el pus, pero bien daría sus dos kilos entre las primeras y las últimas curas. Ni en una ni en otra recidiva llegó á indicarse siquiera el estado grave en que la enferma estaba al entrar en la Clínica, efecto

sin duda de que hubo de tener mucho tiempo el pus coleccionado y alguno debió ser reabsorbido.

La enferma se ha repuesto y ejerce bien todas sus funciones; los abcesos están cicatrizados hace ya bastante tiempo para justificar la curacion definitiva.

¿Qué clase de abcesos fueron éstos? A contentarnos con meras palabras, podríamos calificarlos de abcesos frios. Pero en verdad que tal nombre no satisface. Se han denominado abcesos frios á los abcesos por coleccion provenientes de supuraciones formadas en puntos distantes que vienen á abocarse á otro punto en que se depositan y forman tumor, exento por consiguiente de los caractéres de la flogósis.

En la enferma de que se trata, el primer síntoma era un dolor sordo, sin rubor, y con elevacion de temperatura tan escasa que sólo podía apreciarse con termómetros muy sensibles. Despues seguía la tumefaccion, tumefaccion realmente considerable, pero no difusa. Hácia el centro de dicha tumefaccion se presentaba el pus, y como las regiones atacadas estaban exentas de grandes masas de tejido celular, cuya fusion pudiera dar cuenta de la cantidad del pus, preciso es suponer que el padecimiento ofrecía alguna singularidad. Lo que recordamos haber visto que tenga remota semejanza con este caso, han sido ciertos tumores puohémicos parotídeos que suelen presentarse como crísis en algunas fiebres tifoideas. En dichas fiebres, y más frecuentemente en determinadas epidemias de tífus, hemos visto á veces venir la parótida gangrenosa; en otros casos más felices, unas tumefacciones poco inflamatorias de la glándula, que, fundiéndose rápidamente, originaban grandes cantidades de pus espeso y verduzco.

Pensamos que lo más cercano al juicio patogénico es considerar este caso como una puogenia idiopática que ha venido á determinar focos de infiltracion, recoleccion y expoliacion. Por otra parte, el caso nos recuerda tambien, en la forma y modo repentino de aparecer la tumefaccion, las que se producen por lo que se denomina en la ciencia

decúbitos agudos, y que constituyen uno de los síntomas tróficos y una grave complicacion de ciertos padecimientos de la médula. En nuestra enferma, por más que lo inquirimos, no se descubrió nada que indicase afecto medular; éstos, por otra parte, no provocan la supuracion, sino la gangrena de las regiones tumefactas. Tampoco sucedió el tumor primero á ninguna fiebre grave. Sería conveniente estar á la mira por si se presentase algun nuevo caso análogo poderlo observar, y si terminara fatalmente, hacer la autopsia. Hemos lamentado no haber hecho estudios especiales de la sangre y pus de la enferma, que el exceso de trabajo, la falta actual de los laboratorios y la enfermedad del Dr. Gutierrez han impedido.

Tanto más lo sentimos cuanto en la actualidad parece deducirse de los trabajos más recientes acerca de los pus coloreados de verde, azul, etc., que provienen dichas coloraciones de la existencia de bacterias especiales, cosa que, de haberse averiguado en nuestra paciente, aclararía la oscura patogenia de su mal.

Historia de una atresia de la vulva y la vagina.

Curiosa resulta ser tambien la historia referente á una atresia de la vulva y la vagina.

La enferma, siendo niña de ocho años, fué bárbaramente forzada. Sufrió grandes rasgaduras, y el profesor creyó socorrer el caso suturando las heridas; sutura fué que, en efecto, dejó á la paciente garantida de ulteriores violaciones, que llegada la edad núbil, ni el cañon de una pluma permitía. La enferma, concertada en matrimonio, necesitaba habilitarse y la operamos por incisiones múltiples y dilatacion gradual consecutiva.

Quedó satisfactoriamente, y sin trabajo llegamos á introducir pesarios de vulcanita de volúmen suficiente. Incluimos el caso en el órden segundo, por más que la curacion en nuestro concepto sea definitiva, á causa de depen-

der de la ajena circunstancia de que contraiga en efecto ó deje de contraer el matrimonio.

En este mismo órden se encuentran colocados todos los zanatohistos y cacohistos operados, tales como encefaloides, escirros, sarcomas y epiteliomas. Realmente las curaciones han sido al parecer perfectas; pero entre estos enfermos la mayoría recidivará más ó ménos tarde.

Asimismo hemos incluido las curaciones de estrecheces uretrales, ya operadas de una ó de otra manera. Los resultados de nuestra práctica no autorizan para considerar dichas curaciones como absolutas y por siempre; es verdad que contamos muchos casos en que pasados cinco, seis y más años, los interesados aseguran estar bien y orinar perfectamente; pero no es ménos cierto que mayor número, cuando descuidan usar periódicamente candelillas, vuelven poco á poco á perder el régimen uretral y á necesitar la intervencion quirúrgica.

Historia de un exostósis ebúrneo de la region temporal

Otra enferma referente á un exostósis ebúrneo de la region temporal ofrece para nosotros especial interes.

Fija este caso alguna cosa confusa de esas que todo práctico suele llevar en sus velados recuerdos.

Seguramente que hemos visto varios de esos exostósis de la region craneana en el discurso de nuestra práctica. Recordamos claramente ahora uno en cierto niño pequeño, ocupando tambien la parte escamosa del temporal. Recordamos otro muy voluminoso, cuyo punto de partida no podía fijarse á causa de llenar la region lateral del cráneo.

Como fenómeno digno de ponerse en conocimiento de los prácticos ofrecen estos exostósis la singularidad de simular perfectamente la movilidad sobre la caja ósea. Si presentamos un tumor de éstos al exámen de cierto número de profesores que no hayan tenido ocasion de ser víctimas del engaño, la mayoría asegurará que el tumor es

movible. Consiste la falsa sensacion en que la piel se desliza sobre el exostósis y produce la impresion misma que si fuese el tumor el que se deslizase y moviese sobre la base de implantacion.

Casi puede darse á dichos tumores por síntoma patognomónico esa falsa sensacion, puesto que no la presentan ni las mismas lupias sueltas y realmente despegadas del cráneo. Un sarcoma del cuero cabelludo parece más fijo y agarrado que los exostósis ebúrneos. Mas, aparte de dicha sensacion falsa, los tumores de que se trata ofrecen otros puntos de interes. Ponen al práctico en el grave apuro de no saber qué hacer ni qué aconsejar. Por nuestra parte, hasta aquí, confesamos que el partido adoptado ha sido salir del paso cubriendo el expediente. En conciencia, cubrir el expediente, y nada más, es ordenar para ellos pomadas resolutivas y ioduro de potasa. Estos exostósis ebúrneos del cráneo no suelen ser sifilíticos. No puede esperarse que cedan á la medicacion específica. ¿Qué hacer, pues, cuando se nos consulta sobre ellos? ¿Decir al interesado que su tumor no es cosa de importancia, que sólo produce una irregularidad de forma y que no haga nada? Parece lo mejor; ¿pero tenemos seguridad al dar este consejo de no mentir con perjuicio del que nos consulta? Recordamos que al ver el exostósis grande de que dejo hecha mencion nos preguntamos: ¿no hubiera sido mejor operar esto á tiempo?

El de la enferma operada en la Clínica tenía el volúmen de una naranja mandarina. Nos ocupó mucho y nos preocupó más lo que debiéramos hacer. En sus principios el crecimiento fué lento, pero de pocos meses atras la enferma aseguraba que el tumor crecía rápidamente. Sobre esto del crecimiento de los tumores en general, la experiencia suministra datos importantes. Unos crecen más que otros. La rapidez del crecimiento suele estar relacionada con la malignidad ó benignidad de ellos; es más comun que se desarrollen rápidamente los tumores malignos que los benignos, excepcion hecha de los escirros atróficos;

pero de todas suertes la experiencia nos enseña que, en los primeros períodos, así los unos como los otros géneros de tumores crecen poco á poco hasta llegar al período que pudiera llamarse período de estado; de aquí en adelante el proceso de evolucion es muy progresivo y hasta en los simples lipomas se observa que, manteniéndose muchos meses y hasta años sin adquirir más que un volúmen medio, luégo comienzan á crecer visiblemente hasta adquirir dimensiones colosales. Igual marcha siguen los exostósis de que ahora tratamos; aparecen pequeñitos, siguen así meses y áun años para despues desarrollarse velozmente y adquirir en un tiempo relativamente breve considerable volúmen.

En la enferma de nuestra observacion habían tenido lugar estos fenómenos. Miéntras el tumor fué pequeño no preocupó á la interesada, porque afortunadamente no causan dolores. Habiendo alcanzado el volúmen de una naranja mandarina, surgió en nuestro recuerdo el caso de que hicimos mencion y que nos sugirió aquella pregunta. ¿No hubiera sido mejor operar en tiempo? Aunque la enfermedad de que se trata haya fijado ya la atencion de la Ciencia, no es ménos cierto que sobre ella no tenemos doctrina. No sabemos fijamente cuál es el término de dichos tumores; sabemos sí que son compatibles con la vida durante muchos años, pero ignoramos todo lo que se necesita saber para atemperar nuestra conducta. Ignoramos hasta cuándo y hasta dónde se puede y debe contemporizar con un mal que, como nosotros hemos visto, suele adquirir un volúmen tan extraordinario que, constituyendo una deformidad muy penosa, alejan por su misma magnitud y la region que ocupan toda esperanza de remedio.

Sobre ser infrecuentes dichos exostósis ebúrneos, las condiciones en que colocan á los pacientes se oponen al estudio y á la persecucion de su historia. En los primeros períodos no reclaman asistencia facultativa, y en los últimos, cuando constituyen una deformidad visible, como no encuentra el interesado en los profesores que consulta

más que consejos vagos y conceptos vacíos, se alejan y se pierden al ojo observador.

Resulta, pues, de todo esto escasez de ejemplares sobre qué hacer el estudio, y estos pocos, perdidos por las razones dichas. Nosotros mismos, dada la poquedad de lo que pudiéramos decir, hemos estado dudosos sobre si ocuparnos de este asunto ó hacer caso omiso de él. Parécenos que la Ciencia tiene tambien sus egoísmos, y que de tal se peca cuando, por no mostrar las ignorancias propias, se dejan en silencio los asuntos más necesitados de inquisicion.

Digo, pues, que decidimos resecar el exostósis. Constituyendo un protuberancia continua con la misma porcion escamosa del temporal, no cabía admitir el proyecto de separar lo excedente con su misma base de implantacion. Esto suponía dejar las membranas al descubierto, lesionando las arterias meníngeas que imprimen su huella en la cara interna del hueso, abocando un peligro próximo, al que no autorizaba la ausencia de peligro inminente por parte de la enfermedad. Para nosotros, es regla de conducta quirúrgica el resultado de la ecuacion de los peligros, y observamos que éste es el punto en que flaquean los prácticos con mayor frecuencia. A todo autoriza la necesidad de salvar una vida. Si á todas luces y con evidencia va á perderse, no hay cargo de conciencia, ántes resulta accion laudable emprender la más arriesgada operacion, y hasta es heroico hacerla sabiendo que las probabilidades se inclinan al lado de la ineficacia, porque en el hecho se ve el espíritu y prudencia del varon fuerte, que sobre sus propias conveniencias obra llevado de un deseo benéfico, sin que le paren peligros ni perjuicios de su propia fama. Pero cuando el mal que se trata de conjurar no afecta la vida del paciente, el práctico se encuentra imposibilitado de hacer aquello que ofrezca riesgos más próximos que los que entraña la enfermedad misma. Extirpar la base de implantacion del exostósis era caer en el escollo indicado; la operacion, en último término, hubiera ve-

nido á convertirse en una trepanacion extensa de la parte lateral del cráneo. Quedábamos, por tanto, reducidos á la mera reseccion de la protuberancia ósea, siguiendo en lo posible la línea externa normal de la porcion escamosa. Y á esto se limitó nuestra conducta.

No hay que decir que los actos precisos de la reseccion consistieron en descubrir ámpliamente el exostósis, levantando el pericráneo con el cuero cabelludo. Dudamos en si hacerlo por incision crucial ó de otra forma, y despues de meditarlo en presencia de la region, dado el estorbo de la oreja y la forma de la parte, creimos que la manera de abrir más ancho espacio á la accion de las sierras y demas instrumentos resultaba á favor de una extensa incision curva en forma semicircular.

Aun así resultó laboriosa la extirpacion. La dureza ebúrnea por un lado, la dificultad del juego de las sierras por otro, la modelacion curva del cráneo que convenía seguir para no extralimitar las líneas de corte, pecando por exceso ó por defecto, todo ello reunido nos hizo ver confirmados los obstáculos que habíamos previsto, y nos recordó un punto sobre que várias veces hemos discurrido. Este punto se refiere á la imperfeccion de nuestras sierras quirúrgicas. Para dividir los huesos en direccion y líneas simples, cualquiera sierra, teniendo la magnitud apropiada, llena el uso; pero cuando la línea se separa de la recta, no contamos más que con la sierra de cadena, y cuando se separan línea y direccion, sólo contamos con otra sierra meramente teórica, adorno de arsenal estorboso é inútil; ya se habrá caido, nos referimos á la sierra de Dupuytren. Por fortuna, hemos visto funcionar el aparato que emplean los dentistas para perforar los dientes, limarlos y cortarlos. Es un árbol que soporta unas ruedas movidas por pedal. La mayor, excavada en su circunferencia, trasmite á otra pequeña por medio de una cuerda el movimiento que el pedal imprime; un sencillo mecanismo cambia el movimiento en rotatorio trasversal á una palanca flexible en todas direcciones, y al extremo de di-

cha palanca se articula el instrumento perforador, ó la pequeña sierra circular con que se corta el diente. Hace tres años que no viajamos al extranjero. El árbol de dentistas es tan útil, que supongo debe haberse aplicado ya á la cirujía, por más que extraña no verlo incluido en los nuevos catálogos de fabricantes. Con ligeras modificaciones, y con un sistema de sierras circulares algo mayores, podría resolver muchas dificultades que hoy se tocan. Podría facilitar la operacion del trépano, las resecciones y las excavaciones óseas.

Si ya no se ha caido en esto, y las presentes páginas salvaran la frontera, celebraría que los fabricantes atendieran la indicacion.

Despues de resecada la protuberancia, adaptamos al hueso el pericráneo con el cuero cabelludo, uniendo la herida con puntos de sutura metálica.

No pudo ocurrírsenos la idea de emplear la gubia sobre el hueso. Su dureza y compactibilidad lo hacía inatacable de este modo. Ménos racional aún resultaba el mazo; no hubiese sido operacion, sino una serie de fracturas del cráneo.

Nada ocurrió despues del acto operatorio. Temíamos algo por parte del cerebro. En serrar el hueso se empleó una hora, y, aunque pequeñas, tan repetidas vibraciones pudieran lastimar el encéfalo.

Tampoco sobrevino inflamacion local. Los bordes de la herida se unieron por primera intencion, pero el periostio no se adhirió á la superficie del corte. Una cierta cantidad de serosidad linfoidea se formaba entre una y otra superficie, dándole salida por un tubo de drenado que dejamos en la parte más declive. Así pasaron muchos dias y, sintiéndose la enferma bien y sin otra novedad, pidió el alta. La hemos visto en nuestra casa várias veces despues. La interesada es inteligente y agradecida, por lo que esperamos poder seguir observándola.

En el discurso de este tiempo no se ha verificado la union de la superficie aserrada con el cuero cabelludo.

Por el punto del drenado se ha establecido una pequeña pérdida de sustancia en la cicatriz, y por ella sale la serosidad, que seguramente no segrega el hueso, sino la cara interna del pericráneo. Por dicha pérdida de sustancia puede descubrirse como medio centímetro cuadrado de la superficie ósea, que no ofrece señales de cáries ni necrósis.

En los meses que han pasado no apreciamos que haya vuelto á crecer ni elevarse la porcion del cráneo que se rebajó con la operacion.

Y ahora nos preguntamos:

¿Volverá á crecer el hueso?

¿Habrémos con la operacion suspendido sus progresos?

¿Habrémos conseguido evitar que el padecimiento llegase á la altura de deformidad enorme que en el otro enfermo recordamos?

Hé aquí unas preguntas cuya contestacion tiene que quedar en suspenso.

¿Resulta de la presente historia alguna utilidad para la ciencia?

Presumimos una: la que resulta de fijar la atencion, con un hecho, sobre hechos necesitados de estudio.

La porcion de hueso resecada tenía la forma del segmento de una bola pequeña de billar. La superficie convexa era lisa, y la plana resultante de la seccion compactísima y ebúrnea. La superficie correspondiente al cráneo ofrecía el mismo aspecto, sin presentar punticulaciones ni señales de vasos. El exámen de cortes trabajados para el microscopio presentó al instrumento amplificador los caractéres comunes de la sustancia compacta de los huesos en un órden y proporciones idénticos á los que ofrecen la parte compacta de la porcion petrosa del temporal.

¿Serán estos exostósis ebúrneos sólo propios del temporal, ó podrán presentarse en otros huesos del cráneo? No lo sé. Conviene que esto lo decida la observacion.

Lo que puedo afirmar es que en esta mujer, en el niño que recuerdo y en el otro caso de exostósis mayor, no po-

día directa ni indirectamente imputarse el exostósis á la sífilis.

Las hiperplasias osteoides sifilíticas, cuyas piezas hemos visto en los Museos; los exostósis, periostósis y demas alteraciones de estructura residentes en el cráneo, calificadas como accidentes sifilíticos, ofrecen el carácter constante de *rarificacion*. Esto es, la estructura huesosa es ménos compacta de lo que corresponde á la normal. Por mucho que aumente el espesor de las partes, la densidad específica de ellas es menor.

En los pocos casos de exostósis ebúrneos que hemos observado, no hay dolor, ni ménos se exacerban por la noche.

Cuando la ciencia falta, suele cubrir los huecos la retórica. Cada uno se echa á imaginar lo que mejor le parece. No queremos pecar de este defecto. Pero la imaginacion, abriendo puertas fantásticas, suele topar á veces con el postigo de la verdad. Si los exostósis ebúrneos fueran sólo propios del hueso temporal, podríamos tener el hilo de la madeja de su patogenesia. Desconociéndola actualmente, tenemos que volver la cara al lado del empirismo. El empirismo, cuando habla por experiencia, es un útil viejo amigo; pero cuando nada dice, de nada sirve.

Quedamos, pues, en que de los exostósis ebúrneos nada científico sabemos. Quedamos, pues, en que el empirismo práctico nada dice.

Algo se pone con decir: Hemos visto varios exostósis de esta clase. Tres los recordamos distintamente. Los tres estaban situados en la region temporal. Uno constituía una deformidad de las mayores. En ninguno parecía afectarse la cavidad craneana; crecieron por tanto hácia fuera, sin ocasionar compresion. Uno de estos tumores lo hemos tratado por reseccion.

La operacion es laboriosa. Conviene para facilitarla usar una sierra como la de los dentistas.

El pericráneo no volvió á unirse á la superficie huesosa.

Pende del tiempo poder decir si la operacion cura la enfermedad ó si se reduce á una mera paliacion.

Hemos procurado en el cuadro de curaciones de presente pecar por exceso mejor que por defecto, incluyendo en él algunos casos de cuya curacion definitiva tenemos casi certeza.

Epitelioma de la laringe y traqueotomía.

Sobre la clase segunda poco nos queda que observar. El enfermo que en dicha clase aparece operado de traqueotomía, curado de la operacion y los accidentes, sufre un epitelioma de la laringe.

Entró en la Clínica con el padecimiento muy adelantado. Es un militar del Cuerpo de Alabarderos, y ofrece la particularidad de acusar como causa, la misma que produjo el epitelioma en el otro enfermo operado en la Clínica, y cuya historia vió la luz en *El Siglo Médico*. La causa en aquél fué beber un líquido frio; éste asegura que estaba completamente sano, con voz clara y respiracion perfecta, hasta un dia que, sintiéndose acalorado, bebió un vaso de agua fria, á lo cual siguió ronquera, molestia en la garganta, tos, y despues los demas síntomas, graduándose al estado en que hoy se encuentran.

Desde su estancia en el Hospital hemos seguido por medio del laringospio la evolucion del mal. El epitelioma, asentado en el lado izquierdo del vestíbulo glotideo, invade la epiglótis, formando una masa escrecente, mamelonada; carga al lado derecho, dislocando la rima intervocal, atacando la cuerda izquierda y formando un paramento y guarda-polvo sobre la derecha. El aire salía, por tanto, despedido hácia dicho lado, siendo la espiracion fácil, pero la inspiracion difícil. Con el gradual aumento del tumor, este acto respiratorio se vino dificultando hasta

producir el ruido de *cornaje*, — ronquido laríngeo, — me parece que debiéramos llamarle los españoles; ello es, que la disnea llegó á ser angustiosa, y que se vino la asfixia lenta. Llegó á punto de morir; hallábase cianótico, frio y con pulso y sudores de agonía, y fué preciso abrirle la tráquea para prolongarle la vida, en tanto se decidía ó no por la extirpacion de la laringe, operacion de cuya importancia y gravedad teníamos dada cuenta al interesado y su familia. La traqueotomía produjo los efectos que eran de esperar, y el enfermo ha salvado de la muerte inmediata, llegando á adquirir carnes, buen color y energía en la mirada.

Hemiplegia y anestesia producida por la asfixia.

Un fenómeno hemos notado en este interesante señor, y que constituye una de las contribuciones que nuestro Instituto aporta á la ciencia constituida, y es el siguiente: Entre los fenómenos producidos por la asfixia lenta, el más notable y singular fué una hemiplegia del brazo y muslo izquierdo sin parálisis de la cara, pero asociada con anestesia del lado externo del muslo. Estos fenómenos duraron varios dias posteriores á la operacion, de modo que, áun bastante despues de funcionar regularmente la respiracion y la hematósis, estando el enfermo con su color propio y la energía relativa, subsistían los fenómenos parésicos y anestésicos, aunque ménos graduados. La movilidad comenzó á restablecerse en el brazo y despues en la pierna. Actualmente no queda ni sombra de estos curiosos síntomas. Nos hemos preguntado á qué pueden haber sido debidos. Al practicarse la operacion, el enfermo estaba asfíctico y cianótico; los labios cárdenos y péndulos; los círculos peri-palpebrales de color morado; los ojos sin expresion y de color pizarroso; todo esto demostraba la existencia de un éxtasis venoso profundo, compañero de la muerte por asfixia y la necesaria suspension del círculo. Así, pues, nos inclinamos á crer que la hemiplegia fué debida á alguna mayor congestion de alguno de los centros motores, quizás á la congestion y tumefaccion del plexo

coroides derecho ó en las proximidades del ventrículo derecho.

1.ª clase. Muerte por operacion.

No hemos tenido, más por fortuna que por gracia, ningun caso que incluir en este cuadro.

La terapéutica operatoria es un recurso supremo. Es á la salud del individuo lo que las guerras justas á la salud civil de los pueblos. Es, en una palabra, un mal necesario que debemos procurar ir atenuando á medida de lo posible, sustituyendo la operatoria más cruenta por la ménos cruenta, por la farmacología, y, finalmente, por la higiene, que es el *desideratum* y el bello ideal del arte de curar. Pero entre tanto, entre dejar que perezca la patria en que nacimos ó hacer la guerra y morir en el ardor de la pelea, no hay duda, morir cien veces ardiendo en noble ira. Entre morir pasivos sin defendernos de la muerte ó disputar el cuerpo línea á línea, brazo á brazo, no hay que dudar, combatir á sangre y fuego. ¿Qué hay por tanto de extraño que se pierda algunas veces en la lucha? Lo extraño, lo imposible, sería salir siempre victoriosos. Esto no debe olvidarlo el público, ni ménos el cirujano, cuya alma necesita estar templada para sobrenadar por encima de todos los azares y discurrir con calma en medio de los conflictos.

2.ª clase. Muertes por accidentes de la operacion.

La primera enferma, en la lúgubre historia de las muertes por accidentes de la operacion, fué una operada de encefaloides de la glándula mamaria, que falleció de puohemia, segun consta de la observacion detallada del caso, publicada por el facultativo de la paciente, D. Juan de la Sota.

Corresponde el segundo caso á una operada de rectotomía externa para corregir una estrechez del recto. Estu-

vimos imposibilitados entónces, por motivos de salud, de concurrir al Instituto, y no pudimos observar la marcha del mal, ni sacar ninguna consecuencia ni enseñanza.

Viene seguidamente el caso referente á la enferma operada por laparotomía de extirpacion de unos grandes fibromiomas telangectásicos que comprendían la matriz en todo el espesor de su cuerpo. La historia de dicha señora ofrece mucho interes, y vió la luz oportunamente en *El Siglo Médico;* nada, pues, añadiré para evitar volúmen innecesario al presente trabajo.

El cuarto enfermo perdido, corresponde á un hermoso jóven de 25 á 30 años; venía de algun tiempo padeciendo de la orina. Las exploraciones declaraban un cálculo muy grande. Efecto sin duda de la misma magnitud, la medicion no pudo hacerse satisfactoriamente. Se adquirió la certidumbre de que los bocados del litotritor no abarcaban el cuerpo, y por consiguiente que era inútil recurrir á la litotricia.

Verificada la operacion — talla prerectal — se confirmó la existencia de un cálculo tan grande que fué preciso recurrir á una pinza especial para abarcarlo; esto logrado, resultó muy laboriosa la extraccion; consiguióse al fin, empleando la posible maña y la mayor paciencia. El cálculo medía siete centímetros de largo por cinco de ancho, y ademas era esferoideo. Las 48 horas primeras que siguieron á la operacion fueron felices; mas al tercer dia encontré al enfermo tan desemblantado, con voz tan apagada y tan pequeño el pulso que le mandé administrar sin pérdida de tiempo. Pocas horas despues era cadáver. No se pudo verificar la autopsia. En nuestro pobre juicio no quedó duda que murió por gangrena de la vejiga.

La vejiga sufre pacientemente grandes traumatismos, pero sólo á condicion de que la sangre no venga á viciarse por la absorcion de orina.

En este caso, la herida vexical ó perineal, de mejor aspecto, cambia repentinamente de color y el proceso traumático camina con rapidez al gangrenismo.

Este enfermo tuvo un acceso de fiebre urinémica, pasado el dia segundo de la operacion, y todo lo halagüeño del cuadro hasta entónces, se trocó en lúgubre y fatal; la herida tomó un color achocolatado y sucio, y la gangrena se debió apoderar de la vejiga.

Tampoco hemos podido sacar enseñanza nueva ni otras deducciones de este caso que lo ya sabido. Es una inconveniencia que se paga cara la de dejar meses y años permanecer los cálculos en la vejiga, ya por miedo á las operaciones, ya esperando las virtudes de hierbas y de aguas.

Confirmamos con nuestra escasa experiencia la doctrina de Thompson, que se reduce á diagnosticar pronto los primeros síntomas litiásicos y atacar la enfermedad en un principio.

La litotricia entónces es fácil y casi nada peligrosa; en cambio, cuando se dejan crecer los cálculos hasta las dimensiones del presente, los riesgos son muy grandes y es probable sucumbir en ellos.

Los cálculos grandes hacen una acusacion de la cirujía del país donde se dan. Nuestra coleccion, algo importante por el número de ejemplares, es más notable por sus dimensiones. Esto significa que han vivido los enfermos años tras años con la piedra sin que los profesores consultados hayan dado el consejo de hacer reconocer al paciente por cualquier cirujano entendido en la materia. No depende esta conducta muchas veces de descuido ni ignorancia; depende de otra cosa peor: piensan muchos que arriesgan su crédito científico aconsejando á sus clientes que consulten otro facultativo, y no es así: ya todos, cuando tenemos un enfermo de los ojos, no dudamos ni tememos remitirlo á un oculista. Lo mismo llegará á suceder con estas enfermedades quirúrgicas, que despues de todo, áun á los mismos especialistas ocasionan graves responsabilidades y disgustos.

Otro enfermo desgraciado fué el de la extirpacion de la laringe. Ya se dió cuenta muy detallada de su histo-

ria, y la grande é importantísima enseñanza que sugiere está explanada é impresa en *El Siglo Médico*.

3.ª clase. Muertos por la enfermedad que trataba de corregir la operacion.

Cuatro han sido los enfermos que se han hallado en este caso.

La enferma de coxalgia difundida al periostio pelviano y del fémur, y de que con otros motivos hemos hablado ántes. Para justificar su calificacion en este cuadro, baste decir que la operacion fué una mera incision, y que la muerte ocurrió algunos meses despues.

Otra enferma de artritis supurada de la rodilla.

Las operaciones consistieron en dividir los tejidos articulares y dar salida al pus; las incisiones se repitieron várias veces y en distintos períodos conforme la necesidad de las indicaciones; siempre subsiguió alivio relativo de los sufrimientos de la paciente; murió tambien extenuada y á larga fecha de la operacion última, de modo que sería gratuito imputársele ninguna responsabilidad indirecta en el suceso.

Otra enferma que entró en la Clínica con un tumor hepático de naturaleza dudosa, y para cuyo diagnóstico se practicó una cauterizacion y puncion exploradora con aspiracion. La puncion no demostró más que el hecho negativo de no ser hidatídico. La paciente se encontraba en la última extremidad al admitirse bajo el pronóstico de muerte. En efecto, bastantes dias despues de la puncion sucumbió á los progresos del padecimiento, sin que pudiéramos verificar la autopsia por no consentirlo la familia.

El cuarto y último paciente de esta clase corresponde á un sujeto operado de nefrotomía, y cuya historia es la siguiente:

Historia de una nefrotomía.

José M. L., 66 años. Entrado el 26 de Noviembre. Es un anciano de mediana talla, enflaquecido por el largo padecer; dice que hace 10 años está impedido de trabajar por causa de sus males. Ha estado largas temporadas asi-

lado en varios hospitales. Acusa dolor en la vejiga, que se exaspera al orinar, sintiéndolo entónces muy vivo en la punta del miembro. Ignora la causa del padecimiento; asegura no haber arrojado nunca arenillas, ni cálculos, ni sangre. Siendo tan escasos los síntomas de referencia, procedimos al cateterismo. En el comienzo de la region membranosa se detiene la sonda, pero sin dar sensacion de estrechez, sino de enganche en su punta; la apreciacion es fácil, porque no se nota presion ninguna en la sonda; dando al miembro y al instrumento un movimiento lateral de semicírculo, la sonda resbala y entra fácilmente en la vejiga. El régimen uretral es máximo y puede ser sondado con las algalias de mayor calibre; pero si el operador no conoce el modo de vencer el obstáculo que engancha la punta del instrumento, allí se detiene toda clase de sonda, ya sea metálica ó de goma. Por lo demas, no acusa en la operacion sensibilidad mayor de la ordinaria; pero ya dentro de la vejiga la algalia ó catéter, su corrida, explorando el órgano, es más molesta de lo natural, aunque no extraordinariamente dolorosa, ni que impida hacer las exploraciones necesarias para adquirir el convencimiento de que no existe cálculo tangible y que la próstata no está notablemente hipertrofiada. Tampoco resultaba sangre en la orina despues de sondar, y sólo podía apreciarse que, si alguna vez la exploracion era practicada por mano poco suave, quedaba el paciente resentido, orinaba con mayor frecuencia de la que tenía por síntoma, y que la fiebre lenta y de acceso que sufría, tambien habitualmente, se exaltaba durante uno ó más dias. A la poquedad sintomática acusada por el interesado pudimos añadir á beneficio de la observacion los otros síntomas que dejamos mencionados y dolor á la presion hipogástrica, frecuente necesidad de orinar, escasa cantidad en cada emision, pero sumando en las 24 horas la comun á un individuo sano. La orina era de color claro; dejándola reposar bastante tiempo se ponía algo blancuzca sin ser lechosa.

No dejaba depósito moco-purulento filamentoso, cual

ocurre en las cistítis y en los catarros de la vejiga; dejaba, sí, algunos grumos blancos como de moco coagulado, pero en pequeños fragmentos independientes sin tendencia á adherirse entre sí ni aglomerarse. Parecían más bien grumos de arroz deshecho por coccion. La orina era neutra, tornándose con el tiempo algo alcalina. Su densidad, aparte de los depósitos, era casi normal. Carecía de olor fuerte, y examinada al microscopio no presentaba ni moldes, ni epitelios, ni células de pus, ni cristales en cantidad exuberante. Los había, sin embargo, de fosfatos y de cloruros y algunos más escasos del tipo úrico.

Los grumos consistían en una materia amorfa finamente punticulada, pero no englobaba ningun cuerpo figurado.

Por lo demas, el enfermo estaba inapetente, muy desnutrido, hacía con lentitud las digestiones, dominaba el estreñimiento, pasaba cuatro ó cinco dias sin regir; era preciso administrarle de vez en cuando el aceite de ricino, y áun así tuvo una bola estercorácea que exigió su extraccion manual. Observábase tambien que sufría accesos febriles, generalmente nocturnos, sin estadios bien delineados. Dichas fiebres solían ser más ó ménos acentuadas, de mayor ó menor duracion, pero insistentes, perseverantes.

Por este cuadro sintomático calculará el lector la imposibilidad en que nos encontrábamos de formar el diágnóstico. La primera idea que se venía á la mente era la suposicion de algun cálculo. Los reconocimientos negaban su existencia. La segunda, que estuviese enquistado; las exploraciones más minuciosas dejaban muy en duda dicha suposicion. La tercera, un infarto prostático; el reconocimiento por el recto negaba la sospecha. La cuarta, una cistítis parenquimatosa; esto parecía lo más probable, aunque la falta de moco abundante en la orina, la escasa sensibilidad de la vejiga al contacto de las sondas metálicas y la ausencia de sangre nos mantenían en prudente reserva. El tratamiento fué restaurante respecto á la die-

tética; tónico, calmante y balsámico respecto á la farmacología. Por temporadas largas se le mantuvo al uso exclusivo de las leches; diariamente se le lavaba la vejiga, ya con agua tibia fenicada, ya con alguna dilucion balsámica, ya con el nitrato de plata en varios grados de concentracion. La enfermedad seguía imperturbable su camino, sin aumento en el número de los síntomas y con alternativas en sus gradaciones. Los medicamentos no producían modificaciones, ni usados por la boca ni aplicados al interior de la vejiga.

El estado moral del enfermo era como apático é indiferente. Hablaba poco. Sólo decía, cuando se le obligaba á que expresara sus sufrimientos, que deseaba morir ó curarse pronto á cualquier costa.

No había antecedentes de afectos específicos; no obstante, le administramos aguas alcalinas, ioduro potásico y hierro, en diversos períodos y con insistencia. La apatía orgánica era semejante á la moral, y ninguna modificacion pudo conseguirse ni en mejoría ni en agudizacion de los síntomas.

Sin embargo, en el tiempo trascurrido, comparando el estado presente con el pasado, se advertía una pérdida real; mayor inapetencia y apatía, mayor demacracion y falta de fuerzas.

Hemos dicho que el paciente tomó asilo en la Clínica el dia 26 de Noviembre. Habíamos reconocido muchas veces, por la inspeccion visual y la tactacion de plano, las regiones renales sin advertir cosa ninguna, cuando en principios de Febrero hicimos la tactacion de otra manera. En vez de aplicar la palma de la mano ó la pulpa de los dedos, aplicamos la punta del índice perpendicularmente sobre la region renal izquierda; la fuerza de empuje fué suficiente como para hundir los tejidos, y el enfermo soportó bien la violencia. Al repetir el mismo acto sobre el riñon derecho, ántes de ejercer una fuerza igual que sobre el otro, el enfermo dió un quejido y huyó el cuerpo, contrayendo los músculos involuntariamente, á

modo de cuando se provocan los reflejos. Le preguntamos y dijo haber sufrido dolor. Fijando la atencion sobre el fenómeno y repitiendo la presion comparativamente en uno y otro lado, llegamos á concluir, fundados en su constancia, que la tactacion profunda de la region renal derecha era notablemente más dolorosa que la de la region izquierda. Convenía ver si este fenómeno era aislado ó se acompañaba de algun otro que pudiera tener carácter sintomático; porque, en efecto, así como la imaginacion finge cosas que no existen cuando se empeña en dar realidad á sus ideas, así por contrario modo, ya hemos declarado muchas veces que los ojos no ven lo que la razon desconoce. Estas advertencias, que siempre tenemos presentes para evitar malas apreciaciones de observacion, nos hicieron detenernos ante una mayor redondez que nos pareció descubrir en la region renal derecha.

Mirábamos las partes, las volvíamos á mirar, y nos parecían efectivamente desiguales; pero no tanto que no quedaran dudas de si procedía de la posicion del tronco, de desigualdad en el desarrollo muscular, de tension mayor abdominal por ser el paciente flatulento, ó de otra causa ajena al riñon mismo. Advertida nuestra aprension á los compañeros, les pareció notar tambien lo que nosotros; pero desconfiando mucho de estas aquiescencias, porque tambien tenemos advertido que, cuando una persona de alguna autoridad pregunta á otras si notan tal cosa que él advierte, casi todas contestan afirmándolo, y no por engaño ni mera complacencia, sino porque, en cosa dudosa que otro dice ver, nos inclinamos natural y honradamente á la afirmacion mejor que á la negacion. A cualquiera podría ocurrirse que la medicion hubiera salvado aquellas dudas; pero si las mediciones totales dan un resultado positivo, no así las parciales sobre superficies cuyos límites de comparacion son arbitrarios, y cuya diferencia á inquirir sólo consiste en la mayor ó menor elevacion de una superficie continua y de límites indetermi-

nados. Esta apreciacion se verifica siempre mejor á ojo que á medida; la vista educada á la percepcion de la simetría es el mejor juez, y, en ciertos casos como éste, el único.

Resultaba pues, que en la region renal derecha había un dolor indudable á la presion, muy exagerado comparativamente con la region opuesta. Resultaba, que *parecía* haber mayor volúmen traducible en tumefaccion de los tejidos profundos.

Convenía averiguar si se notaba alguna diferencia térmica entre ambas regiones, ya que el tacto nada declaraba á este respecto.

Efectivamente, hechas las observaciones térmicas lo mejor y más cuidadosamente que fué posible, y encargadas á más de un profesor para que se repitiesen diferentes veces y en varios dias, distantes los unos de los otros, siempre se obtuvo el resultado de una á dos décimas de mayor temperatura sobre el riñon derecho.

Los síntomas indubitados dolor y calor desvanecieron nuestras dudas respecto al tercero, ó sea la tumefaccion, porque, en lógica como en matemáticas, puede, por el conocimiento de dos factores, afirmarse otro factor oculto, y más aquí que sólo necesitábamos la sancion de un fenómeno observado, pero que la prudencia mantenía en dudas. No nos quedaba, pues, ninguna de que el riñon derecho se hallaba padeciendo, y padeciendo de un modo que genéricamente se caracterizaba por calor, dolor y tumefaccion, ó lo que es igual, de una flegmasía crónica. Como el enfermo se encontraba sumamente demacrado, nos pareció posible obtener algunos datos por la tactacion abdominal y recurrimos á ella, pero sin resultado positivo. Aunque flaco, el vientre estaba rígido, y toda presion fuerte en cualquier punto era dolorosa, lo mismo en el epigastrio que en el hipogastrio, en la region umbilical que en ambos vacíos; en su virtud, al hundir la mano en el derecho, aunque se doblara el tronco y los muslos, el dolor contraía los músculos, ponían tensos y no se alcanzaba

ninguna sensacion distinta de tumor. Dureza y como empastamiento indeterminado, era lo que sólo se advertía.

Resultaba, por otra parte, extraño que el enfermo no nos hubiese declarado ninguna queja referente á la region lumbar. Le preguntamos con insistencia sobre ello, y siempre nos contestó: «Me duele ahí, pero me duele todo, y lo que más me hace sufrir es la orina.»

Véase qué tiene de particular que el médico aprecie mal los síntomas, cuando los mismos pacientes para advertir un dolor necesitan que el profesor se lo declare. Trascendencia es ésta importantísima de la verdad consignada en el sabio aforismo: *Duobus doloribus*. Aforismo que, si corresponde á la patología, se realiza de igual manera en la psicología, pues un juicio formado suele oscurecer otros juicios.

Ya advertirá el lector cuán lenta y laboriosamente íbamos en el camino del diagnóstico. Teníamos averiguado un padecimiento crónico de la vejiga de tipo inflamatorio, pero algo singular, dado el carácter especial del moco y la ausencia de la fisonomía comun de los afectos vexicales. Habíamos descubierto una inflamacion crónica del riñon derecho, pero en verdad que era muy poco para que el ánimo quedara tranquilo. Era en vano pretender mayor especificacion en virtud de los síntomas. El curso del mal, por otra parte, tampoco decía nada, nada más, sino que el enfermo caminaba con paso lento, pero seguro, hácia la muerte. Muchas enfermedades aparecían á la razon como posibles, ninguna como cierta, pocas como probables. Entre éstas, una atraía con más fuerza la opinion; era la existencia de una nefrítis calculosa. No había moldes en la orina, no existía albuminuria ni glucosuria, ni hemorragias renales; pero existía un dolor constante en el riñon derecho, irritacion y tumefaccion segura en él; la frecuente necesidad de emitir la orina y su carácter doloroso, que con agudeza se sentía en la punta del miembro, señales, aunque equívocas, parecían de cálculos; y siendo indudable que no estaba en la vejiga, ni libre

ni enquistado, segun demostraban las infinitas exploraciones hechas por vejiga y recto, justo parecía sospechar la presencia de cálculos en la pélvis del riñon. En su virtud, procedimos á hacer la acupuntura de dicho órgano, como medio explorador. Así lo ejecutamos, penetrando por los lomos, sobre el centro del punto doloroso, con una delgada aguja de acero de 10 centímetros de longitud. La aguja pasó, venciendo resistencias normales, hasta la profundidad probable del órgano renal; ya en este punto, la resistencia fué mayor; tres centímetros más hondo, comenzó á sentir nuestro tacto un como crujir áspero y fino, cual si penetráramos por arena. Nos detuvimos, retiramos algo la aguja, volvimos á penetrar y observamos parecida sensacion. ¿Estarémos punzando el cuerpo de las vértebras?—nos preguntamos.—La direccion de la aguja no correspondía á la sospecha; la retiramos, no obstante, y la dirigimos en otra oblicuidad; la sensacion se repitió. Hicimos tomar la aguja á varios profesores, y creyeron percibir el fenómeno. Uno de ellos, sin embargo, el Sr. D. Ambrosio Rodriguez, dijo que no advertía nada de particular. Otra circunstancia, ademas, nos obligó á dejar en suspenso nuestro juicio, y era la siguiente: al penetrar la aguja en la region que pudiéramos decir crepitante, no se detenía ni paraba, cual debiera suceder al llegar á una concrecion calculosa. Parecía más bien como si atravesase fina arena, que si topara un cuerpo granuloso, pero resistente y duro. Quedaba, pues, el punto muy dudoso, y en su virtud no nos creímos autorizados para proceder á nada.

Acupuntura exploradora del riñon.

Todavía quedaban dos exploraciones que hacer: el reconocimiento por el método de Simon, y la exposicion del órgano á la vista por medio operatorio.

Pasados varios dias cloroformizamos al paciente; introdujimos por el recto, préviamente engrasados, dos dedos de la mano derecha, despues tres, luégo cuatro, luégo cinco, y poco á poco hasta la línea anterior metacarpiana. El esfínter estaba suficientemente dilatado, pero el estrecho

Exploracion por el método de Simon.

pélvico se oponía á mayor penetracion. Cambiamos de mano, considerando que la izquierda, con su menor uso, es ménos gruesa, pero tampoco pudo pasar. Buscamos entre los profesores el que la tenía más estrecha, y le encomendamos la exploracion, pero sin fruto desgraciadamente.

Aquí nos detuvimos. El enfermo continuó perdiendo fuerzas, y viéndole ya muy cercano á su fin decidimos hacer el último esfuerzo por si lográbamos salvarle.

Nefrotomía. El 11 de Mayo fué cloroformizado. Practicada una incision desde el borde inferior de la última costilla falsa tangente con el borde externo de los músculos lumbares, descendimos oblicuamente afuera en busca de la cresta iliaca. El enfermo tenía este espacio algo reducido; sin embargo, nos fué posible ir poniendo las partes á campo abierto por sus sucesivas capas anatómicas, bien orientados por la estructura propia de las mismas; pero al llegar al fondo, donde debiéramos hallar la masa grasosa que envuelve normalmente el riñon, nos encontramos detenidos por un tejido lardáceo, resistente, grueso, de consistencia fibro-cartilaginosa. En lo que permitía la profundidad del fondo de la herida, procuramos disecarlo, pero no le encontramos límite ni borde; fué preciso incindir sobre él, y como un centímetro más hondo hallamos el parénquima renal fuertemente adherido y como formando un cuerpo con la masa predicha. Ya con los dedos, ya con el mango del escalpelo, procuramos aislar estas partes para reconocer el riñon; mas tal y tan íntima era la adherencia, que resultó imposible el aislamiento. Pugnábamos, sin embargo, por lograrlo, cuando una inundacion de sangre cubrió todo el espacio, desbordándose imponente por la mesa y corriendo por el suelo. La sangre era negra, no producía ruido, no silbaba, procedía de una gruesa vena indudablemente, y como no habíamos llegado ni con mucho al hilo del riñon, ni ménos hácia la cara anterior de las vértebras, estábamos seguros de que no procedía de la renal ni de la cava. Sólo podía provenir de la vena

Hemorragia por rotura de la vena supra-renal.

supra-renal, y era innegable que hácia el borde superior del riñon actuábamos cuando sobrevino la hemorragia. El Dr. Moreno Pozo, que nos ayudaba, introdujo un dedo en la comisura alta de la herida, sin pararse á despejar la laguna de sangre que rebosaba á borbotones, y con tan buena fortuna que debió tapar el vaso. Entónces pudimos limpiar algo con esponjas, y á tientas pudo en lo profundo el Sr. Pozo atenazar con las pinzas de Pean, retirar el dedo y ver con gozo que había comprimido la vena supra-renal causadora del flujo. Puesta una ligadura de tripa, reconocimos que la glándula supra-renal estaba unificada en el tejido aquel lardáceo que constituía un conglomerado entre él, la glándula y el riñon. No fué posible seguir despegando más. De todos modos, separados con ganchos los labios de la herida y bien limpio el fondo, pudimos hacernos cargo de la situacion de las cosas; un trabajo crónico perinefrítico había trocado la natural soltura y aislamiento del órgano en una fijeza íntima con todas las partes circunvecinas, tanto por fuera como hácia adentro, tanto hácia arriba como hácia abajo. Si no inmediata, mediatamente pudimos apreciar que el volúmen del riñon era doble del fisiológico. Pareciéndonos sentir alguna fluctuacion por el punto donde con las incisiones llegamos hasta su parénquima, le penetramos con un trócar de mediano grueso. Salió orina en cantidad mayor de la que suele acumularse en la pélvis renal; no sentimos cuerpo duro en el camino, sino más bien falta de resistencia, por lo cual procedimos á hacer la nefrotomía incindiendo sobre el borde externo y cara posterior del órgano con el termocauterio unos seis á siete centímetros de largo. Apénas hubo sangre, saliendo mucha orina mezclada con grumos blancuzcos, entre gelatinosos y semi-purulentos, más grandes y ménos compactos que los reconocidos en la orina. El dedo introducido por la abertura del riñon no encontró cálculo ninguno, sino várias geodas, una hácia abajo, que sobrepasaba la longitud del índice, por lo cual la exploramos con la sonda acanalada, y viendo que penetraba

toda sin llegar al fin, la trocamos por una algalia de goma, que tambien penetró en totalidad, quedándonos la duda de si aquel correr sin detenerse era debido á haber enfilado por el uréter.

Vuelto en sí el paciente despues de suturar la herida, dejando en ella un drenaje de cerdas, volvióse al enfermo al lecho, sin que en su fisonomía ni sobre su estado de delicadeza se hicieran perceptibles las consecuencias de lo ocurrido.

Nada pasó digno de notar en las primeras horas ni en los dias subsiguientes á la operacion. En las 24 horas primeras salió mucha orina por la herida ligeramente tinturada de sangre. Despues orina clara, que obligaba mudar de ropas al paciente várias veces al dia. La fiebre no fué mayor que lo era ántes, segun las observaciones termométricas. Es digno de mencion que se despertó en el operado algun apetito. Pasados cinco dias lo trasladamos á la sala desde la habitacion aislada en que le habíamos colocado. La herida cicatrizó rápidamente, quedando sólo abierto el orificio de desagüe; se cortaron los puntos, y aquella fugaz mejoría indicada por el deseo de los alimentos y mejor ánimo, debido quizás á la esperanza, fué cediendo para venir á la antigua apatía, y sin síntoma nuevo ni cosa alguna apreciable más que la gradacion de su anterior estado, el enfermo falleció el 23 de Mayo.

Hecha la autopsia, pasadas las 24 horas, sobre el cadáver, se pudo notar: Rigidez cadavérica. Desnutricion esqueletiforme. Una cripta ó cavidad en el lado derecho de la entrada de la porcion membranosa de la uretra, que explica el tropiezo de la sonda en dicho punto. Esta cripta es fisiológica, está cubierta de la mucosa uretral normal, y no hay estrechez ni engrosamiento de los tejidos. Próstata de volúmen normal, pero su mucosa de color pizarroso. Vejiga pequeña, gruesa, dura al corte. Mucosa tomentosa, perdida su estructura, de color sucio de cieno, unida y formando una sola capa indistinta con la muscular. Estas dos y la serosa forman el espesor de un centímetro en

casi toda la vejiga, y más por algunos puntos. No hay, sin embargo, columnas musculares salientes hipertrofiadas ni rugosidad en la superficie interna de la mucosa, sino más bien escabrosidades, ó mejor una superficie continua, sucia y difteroides, por decirlo así.

Riñon izquierdo: libre, exento de grasa circundante, de magnitud normal y color amarillento, en vez del color propio. Sustancia cortical demasiado compacta, mamelonar en proporciones regulares. Cálices sin novedad; pélvis engrosada.

Riñon derecho: conglobado y apelmazado con el peritoneo y demas tejidos circundantes. No es posible aislarlo por diseccion; cortando las partes que resultan continuas — en lugar de contiguas — en el núcleo de la masa, queda el riñon; éste es pequeño en sí, pero presenta algunos sacos vacíos que, rellenos, darían un volúmen total al órgano superior al propio. Un saco está cortado por el punto abierto hácia los lomos; otro corresponde al ápice ó á la extremidad inferior del riñon; está roto, ulcerado y comunica con una gran cavidad excavada entre el psoas derecho, el peritoneo y la pélvis; esta gran cavidad, tomentosa y lardácea, contiene orina sucia; sus paredes son gruesas y cerradas, impidiendo así que la orina se hubiera infiltrado por el resto de la pélvis.

Parénquima renal de color amarillo, muy duro; cálices pequeños, pélvis gruesa y de paredes duras. La manera cómo fué preciso sacar el riñon fuera del cuerpo, deja dudas sobre el modo de continuarse la pélvis con el uréter. Hay pegamiento ó adherencia de las paredes de la pélvis entre sí hácia su ápice; pero no pudimos averiguar si este pegamiento era total ó parcial, si era antiguo ó posterior á la operacion.

Sustancia cortical marmoriforme en vetas amarillas, íntimamente unidas á un tejido esclerótico peri-renal, y por detras y encima con la glándula supra-renal, en cuya estructura, tambien esclerosada y presa, domina el color amarillento.

Sustancia mamelonar dura, tambien dominando en ella el amarillo sobre el brumo.

El Sr. D. Ambrosio Rodriguez, en tanto que reflexionábamos sobre el resultado de la autopsia, nos sacó de la abstraccion diciendo: — Punzad aquí. — Había punzado el riñon con una aguja. Todos fuimos punzando, y apénas punzábamos tomábamos el bisturí para dilatar el sitio; una sensacion de penetrar en un cuerpo arenoso resultaba tan clara que íbamos á buscar las pequeñas concreciones que nos dieran explicacion de lo sentido. Sin embargo, tales concreciones no existían; la especial esclerósis del riñon crepitaba al ser punzado, figurando el roce arenisco, de tal modo que costaba trabajo convencerse de que no existiesen arenillas.

Poco añadirémos sobre esta singular historia. Todavía quedan en ella algunos puntos dudosos.

¿Qué fué aquí lo primero? La vejiga padecía profundamente. La autopsia no da lugar á dudas; padecía tales desórdenes orgánicos, que ellos solos bastaban para ocasionar la muerte y para burlarse de toda medicacion. Padecía asimismo el riñon derecho, y de una manera tan grave y profunda como oscura y sorda. Padecía genéricamente una hidro-nefrósis, con esclerósis renal, inflamacion peri-renal, abertura de uno de los pseudo-quistes, salida de su orina, derrame de la misma entre el psoas, el peritoneo y la pélvis, construccion de una pared aisladora que evitaba la difusion é infiltracion, mortal en otro caso.

¡Cuántos fenómenos y cuán complejos! ¿Dónde encontrar el órden de su génesis, dónde la unidad morbosa que los explique?

Preciso es en este caso recurrir al agente sin el cual sería imposible á los geólogos darse explicacion de muchos fenómenos. Al tiempo, al mucho tiempo.

Nuestro enfermo daba pocos antecedentes, pero aseguraba venía padeciendo de años atras, tantos que casi no los recordaba, y de un modo graduado, tanto, que no podía decir cuál fué el principio.

Entre suponer primero el padecimiento vexical ó renal, no parece haber duda. Los afectos que comprenden todo un aparato de órganos caminan más bien de fuera adentro que á la inversa. En el génito-urinario hay muchos hechos de observacion que demuestran la marcha centrípeta, y pocos, si hay alguno, que comprueben la centrífuga. En nuestra escasa práctica hemos observado en várias ocasiones blenorragias uretrales pasar á la próstata, á los testes, la vejiga y áun los uréteres y riñones. No acusaba el paciente haber sufrido blenorragias; pero de su oscura relacion bien podía deducirse que en sus principios lo que debió existir como *primero* fué un catarro vexical. Pasaron años con este padecimiento abandonado; la inflamacion crónica traspasó los límites de la mucosa, invadiendo la muscular y constituyendo la cistítis parenquimatosa. El proceso irritativo é hiper-plásico ascendió por los uréteres, principalmente el derecho, que la autopsia demostró engrosado; de allí á la pélvis del riñon, y lentamente á los cálices y á los conductos uriníferos. Alguno de éstos, dada la pequeñez de su calibre, llegó á obstruirse, reteniendo por encima el orin segregado, y esa retencion, distendiendo una parte del órgano, debió dar lugar á las ampollas hidro-nefríticas. La irritacion parenquimatosa se propagó á los tejidos circundantes; el peritoneo se adhirió al riñon, así como el tejido grasoso, parándose en fibro-grasoso, duro y consistente, que englobó en una masa riñon y cápsula supra-renal. Una ampolla mayor, desarrollada hácia el extremo inferior del órgano, cedió en su dilatacion grado á grado, se perforó, tocó la orina el tejido esclerótico, lo ulceró; pero nuevos refuerzos fibro-plásticos y nuevas secreciones fueron construyendo un antro entre el psoas, el peritoneo y el iliaco. Llegó el enfermo á rendirse bajo el peso de tantos daños; tomó asilo en uno y otro hospital; la naturaleza, entrando en ese período sordo que suele afectar por virtud del hábito morboso, apagó las manifestaciones sintomáticas; que al fin y al cabo sucede al organismo lo que sucede á

nuestra sensibilidad moral, y es que el continuo padecer la agota.

Tal es la historia de este caso. Tal la parte de riquísima enseñanza que pudimos conseguir. Mucho sentimos que el grave estado en que se encontraba á la sazon el Dr. Gutierrez impidiera hacer el estudio microscópico de la pieza patológica. Dudamos diese muchos más datos sobre el exámen macroscópico.

Enfermos no operados.

El lector podrá notar que el resultado obtenido de la terapéutica cruenta ha sido más satisfactorio que el conseguido por los medios incruentos.

En los primeros resultan, en un total de 85 operados, 58 curados, 8 aliviados, 10 que continúan en tratamiento (1) y 9 fallecidos. En los segundos, ó sea en los no tratados por medios cruentos, aparecen, en un total de 60 enfermos, 17 curados, 8 fallecidos, 14 aliviados, 2 que siguen en tratamiento y 19 que pidieron el alta sin haberse sujetado á él.

Dicha comparacion, si pudiera halagarnos como operadores, no nos satisface ciertamente como ministros de la ciencia. Hubiéramos deseado, por contrario modo, los mayores éxitos para los pacientes no operados. Hubiéramos apetecido que la estadística, mejorando aún más el tanto por ciento de los éxitos operatorios, declarara ventaja numérica á favor de los tratamientos incruentos.

Determinando en serie gradual las aspiraciones del arte quirúrgico, nosotros las sentimos así:

1.° Disminuir la mortalidad de los tratamientos cruentos.

2.° Reducir á tratamientos ménos cruentos los más cruentos.

---

(1) A la fecha de la impresion de este trabajo se han dado de alta, curados, el mayor número de estos 10 enfermos.

3.º Reducir á tratamientos incruentos los cruentos.
4.º Obtener de esta sustitucion menor mortalidad.

La estadística del pasado ejercicio es demasiado exigua para convertirla en pedestal de triunfo.

Lo que podemos afirmar es que hemos puesto todos de nuestra parte lo que nos han permitido las pocas fuerzas de que disponemos para conseguir las cuatro aspiraciones enumeradas. Claramente se ve que, si hay dudas acerca del resultado de la primera, no caben con relacion á la segunda, siendo prueba innegable los hechos que constan de haber ejecutado várias operaciones de menor á mayor en los mismos pacientes. Y aunque esto acusa, al parecer, el desacierto con que se procedió en tales casos, hay que mirarlos al par de mayor número de otros en que se obtuvo la curacion por virtud de los medios más sencillos. Por ejemplo: curacion de un aneurisma traumático de la radial por compresion. Artrítis tibio-tarsiana, etc.

Verdaderamente que ha resultado una considerable mayor mortalidad de los no operados que de los operados; pero hay que tener en cuenta que en dicho cuadro se halla incluido bastante número de enfermos pronosticados de incurabilidad absoluta. A saber: Epiteliomas uterinos en período caquéctico; quistes multi-lobulares antiguos del ovario en estado de incurabilidad; tuberculósis laríngea y pulmonar, etc. Véase, pues, cuán complejos son los hechos que encierra una estadística, y cómo dan ideas equivocadas si no se distinguen, analizan y aquilatan.

Señores que han verificado operaciones.

Antes de pasar revista á los casos no operados dignos de mencion, debemos declarar que pretendemos hacer del Instituto un centro de enseñanza que en sí mismo lleve las condiciones de su progreso y vida, sin depender de la aficion, celo ni posibilidad de persona determinada. Los efectos obtenidos en el pasado ejercicio nos prometen las mayores esperanzas. Baste decir que en dicho ejercicio han

ejecutado las operaciones, no un cirujano, sino los varios señores siguientes: Dr. D. Ricardo Egea, Dr. D. Adolfo Moreno Pozo, Ldo. D. José Gil y Valero, Ldo. D. Ambrosio Rodriguez.

Asimismo ha practicado las correspondientes al oido y la laringe, en sus enfermos del Dispensario, el Dr. D. Rafael Ariza y Espejo.

Cloroformizaciones.

Tambien añadirémos que se ha empleado la cloroformizacion en todas las operaciones, con excepcion muy escasa, y áun en meros actos exploratorios si eran dolorosos ó necesitábamos obtener la relajacion y quietud de los pacientes. Con esto, la suma de cloroformizaciones asciende al número próximamente de los enfermos recibidos. Nada, por fortuna, ha habido que deplorar por esta parte.

Una larga experiencia nos ha enseñado que hasta hoy no existe nada que aventaje al cloroformo. Sus reales peligros son propios tambien, en igual ó mayor grado, de los otros anestésicos conocidos, aventajándoles bajo otros muchos respectos. La misma experiencia de viejos nos hace confiar en que, si no todas las desgracias ocurridas por el cloroformo, algunas se pueden evitar haciendo que lo administre una persona perita. En el discurso de treinta y tantos años tuvimos que valernos de diferentes manos para la anestesia. Nosotros mismos hemos tenido muchas veces que cloroformizar y operar á un tiempo. Siempre hemos visto que hasta adquirir un cierto tacto, hijo de la experiencia, se cloroformiza mal, ya por exceso, ya por defecto, ya por temor, ya por el atrevimiento que da la ignorancia.

En Inglaterra hay profesores dedicados exclusivamente á la práctica de la anestesia. Adquieren con esto gran pericia, y el operador se descarga de los cuidados y responsabilidades de la cloroformizacion. Por nuestra parte

procuramos imitar tan buen ejemplo, y tenemos completa confianza en el Ldo. D. José de Búrgos, á cuyo cuidado están encomendadas las anestesias.

Curas antisépticas.

Tambien hemos de decir cuatro palabras sobre las curas. Sería ocioso que entráramos en la discusion de los principios en que se fundan las curas antisépticas; suponemos á nuestros lectores instruidos en el asunto. A nosotros sólo nos toca decir lo que respecto á sus ventajas y á sus inconvenientes hayamos experimentado. Fuéramos injustos si no declarásemos que estamos satisfechos de su empleo.

Aun suponiendo nula la accion del ácido carbólico como antipútrido y contrario á las fermentaciones, sin concederle otras ventajas que la del escrupuloso aseo á que obligan y la abstencion de pestíferos ungüentos, basta y sobra para que prefiramos dichas curaciones á las ordinarias. Hemos, pues, empleado las curas antisépticas en la mayoría de los casos; estamos contentos de ellas y seguirémos en su uso.

Pasemos una rápida ojeada sobre algunos particulares que encierra el cuadro de los enfermos no tratados por medios cruentos.

Curados.—Hay entre ellos algunos cuyas historias son interesantes.

La del aneurisma de la radial fué publicada; de otra, referente á una artrítis seca de la rodilla, dependiente de la deformidad conocida con el nombre de *pié plano*, hicimos mencion páginas atras con otro propósito.

Se encuentran ademas dos casos de curacion calificados de meningo-mielítis por *propagacion;* y como quiera que las palabras significadoras del diagnóstico no sean conocidas, debo dar sobre ellas una ligera idea.

En la página 23 de este relato indicamos haber dado algunas conferencias sobre *la responsabilidad morbosa de los tejidos*, y otras, demasiado escasas para lo que la importancia del asunto exigía, *acerca de las roturas de los ligamentos comunes vertebrales*.

Dijimos tener en trabajo una monografía acerca de este punto, y que no podíamos detallarlo por exigir de suyo demasiado tiempo y extension; pero como el esencial fundamento de las cosas, por graves y complicadas que ellas sean, se puede exponer en dos palabras, las dos palabras dirémos, mas advirtiendo que declarar el esencial fundamento de las cosas no es explicar las cosas mismas, porque ya esto es largo, prolijo, necesita antecedentes, exposicion, discusion, pruebas y demostraciones, y todo ello es ya labor y trabajo que no cabe en dos palabras.

Dijimos que existía una ley de responsabilidad morbosa de los tejidos. Que esta ley había sido confusamente entrevista y significada en algunos de sus fenómenos propios con el nombre de *simpatías*. Que uno de los hechos dependientes de esta ley, quizás el de mayor alcance y trascendencia, consistía en que, cuando una causa morbosa no podía evolucionar en un tejido determinado, desarrollaba la evolucion en otro distinto, que, como firmante de un pagaré, venía á ser el responsable. Una de las muchas consecuencias de esta ley da lugar á que, no pudiendo evolucionar la inflamacion en los tejidos conectivos fuertes, aponeurósis, tendones, ligamentos, evolucionen las causas traumáticas que actúan en ellos en los tejidos inmediatos análogos, pero de estructura distinta, y así, por una tambien de las muchas consecuencias que de tan sencilla ley proceden, dado un traumatismo en el ligamento vertebral comun posterior ó interno, este traumatismo, no pudiendo evolucionar en el ligamento mismo, sino sólo en el síntoma de dolor, va á desarrollar sus otros fenómenos flegmásicos, aflujo, color, calor y tumefaccion, hiperplasias, aplasias y hetero-plasias, en el tejido flojo conectivo peri-medular y de la misma neuralgia. En virtud de esto,

debía resultar cierto número de paresias y áun de hemiplegias provenientes de lo dicho. Una vez conocidas, había de encontrárselas reales en la naturaleza, y, en efecto, ya dijimos que las hallamos por vez primera en el señor marqués de Valdeterrazo; que despues hemos vuelto á encontrar otros casos en la práctica particular, y en la Clínica hemos tenido estos dos que se consignan aquí, curados por su tratamiento eficaz y racional, á saber: la inmovilizacion absoluta y por largo tiempo, á beneficio del aparato de escayola. Otro, entrado en período de grave destruccion medular, tomó el alta por instigacion de la familia sin obtener beneficio.

Entre los aliviados, hállanse dos casos de mal de Pott; y como este padecimiento tiene grandes relaciones con el que acabamos de apuntar, indicaré que, segun los datos recogidos, los dos reconocieron un orígen traumático. En lo que nos respecta, debemos confesar que, cuando no ha dado la familia como causa una caída ú otro traumatismo análogo, no ha sido posible averiguar el orígen, teniendo que suponerlo más ó ménos forzadamente como localizacion del escrofulismo, y cuando no ha habido escrófulas, como de un efecto particular del linfatismo, cosa que nunca falta en niños que padecen de largo. De todos modos, cuando la causa traumática, como en estos dos enfermos, queda bien averiguada, no hay que calentarse la cabeza: uno de ellos, derecho como un huso, comenzó á gibar por los lomos, desde una caída lumbar sobre el peldaño de una escalera.

El *pos hoc*, sólo, nada dice; pero el *pos hoc*, en relacion con la naturaleza y curso de los sucesos, es, en buena lógica, una condicion precisa de toda verdadera causa, á no sostener que éstas puedan ser posteriores á los efectos.

Contamos con mediana experiencia respecto á dicha enfermedad; en nuestro juicio procede, si no en todos, en el mayor número de casos, de traumatismos que lesionaron más ó ménos el ligamento vertebral comun anterior. El aparato de escayola, propuesto por Sayre, introducido

por nosotros en nuestro país y aplicado por vez primera en el marqués de Valdeterrazo, no para curar una torcedura de la espina, ó mal de Pott, que no existía, sino una paraplegia por responsabilidad de lesion del ligamento vertebral comun posterior, es el recurso terapéutico que en nuestras manos ha dado los resultados más satisfactorios, y que no cesarémos de recomendar á los prácticos. Por desgracia, la aplicacion del chaleco de escayola, aunque resulta operacion sencilla una vez visto hacer, es más difícil de lo que se piensa sin dicho requisito.

En la eleccion de la escayola, en la preparacion de las vendas, en la tela elegida, en el grado de remojo, en la temperatura del agua, en la manera de proteger las eminencias óseas, en el modo, tiempo y grado de hacer la suspension y en otras várias menudencias hay que observar tantos detalles que sería enojosa y poco utilizable la explicacion.

Rogaríamos á los señores compañeros que desearan dedicarse al tratamiento de estos afectos que asistieran cualquier dia que lo tuviesen á bien al Instituto, y sin enojo ni dificultad, aprenderían á colocar convenientemente el aparato. Aunque en nuestro cuadro sólo aparecen dos enfermos de mal de Pott, son más los tratados procedentes de la Policlínica y del Dispensario; diariamente hay ocasion de poner algun chaleco, y los profesores del Instituto tendrán el mayor gusto en enseñar lo poco que sabemos. A nosotros tambien nos interesa, porque un chaleco mal acondicionado es un martirio, causa daño en lugar de beneficio y luégo se achaca al medio lo que se debe á su imperfecta aplicacion, parando todo en daño de los que sufren.

A ninguna luz parecerán propios de un Instituto de Terapéutica quirúrgica, y ménos de *Alta cirujía*, como se pensó denominarlo, ciertos enfermos que aparecen en los diversos cuadros. Ya en otro lugar hemos satisfecho la extrañeza respecto á enfermedades que, como las de la médula, parecían corresponder puramente á la medicina

y á su terapéutica farmacológica. Ahora, y despues de lo contenido en la presente relacion, no hay necesidad de dar más satisfacciones.

Pero consta un paciente de tuberculósis laríngea y pulmonar, y por más que discurrieran no podrían dar con el motivo de la entrada.

Tuberculósis laríngea.

Fué el siguiente: era un bracero natural de Salamanca, robusto al parecer, bien constituido y de viril edad. Padecía disnea y afonía. Dificultado para el trabajo, consultó un sabio profesor de Salamanca, y tan sabio como concienzudo y modesto, que en lugar de encogerse de hombros y hacer al tun-tun una receta, le aconsejó que viniese al Instituto para que se le examinase detenidamente la laringe. Fué, en efecto, examinado y se observó una inflamacion difusa en todo el vestíbulo laríngeo, con hipertrofia de la mucosa. El diagnóstico específico resultaba dudoso; pero gracias á la observacion atenta, al exámen laringoscópico repetido y á la experiencia del doctor Ariza, se pudo descubrir que aquella inflamacion debía provenir de hallarse invadida la laringe de una erupcion tuberculosa, todavía cruda, sin necrósis ni ulceracion y encubierta por la misma tumefaccion de la mucosa; obtenido el diagnóstico, aunque el enfermo no acusaba nada de parte de los pulmones, hicimos los oportunos reconocimientos y hallamos que estaban tambien afectos de granulia. Es que la cirujía, á medida que va exteriorizando las enfermedades por medio de los métodos de exploracion, va convirtiendo de cierto modo en externas las enfermedades internas y trayéndolas al campo de la cirujía. Ya hemos indicado que nuestro conato debe ahora ponerse en llevar á la terapéutica farmacológica y dietética los padecimientos curables solamente hasta aquí por los medios quirúrgicos.

Epitelioma de la laringe.

Habrá llamado la atencion el número de enfermos que hemos tenido con epiteliomas de la laringe. Efecti-

vamente, tres en este solo ejercicio es una cantidad alarmante, de que no es fácil darse cuenta.

Muchas, repetidísimas veces, hemos llamado la atencion sobre el hecho de que la ignorancia oculta la existencia de las cosas. Cuando no usábamos el espéculum, parecía no haber enfermedades de la matriz. Las mujeres sólo morían de *flujos*. El laringoscopio ha traido á flote el neoplasma, que se hallaba bajo el fondo ignorado.

De estos tres enfermos, uno sufrió la extirpacion; nos fué remitido ya diagnosticado por el Dr. D. José E. Olavide.

El segundo llegó á la Clínica en estado caquéctico, diagnosticado y recomendado por el Dr. D. Manuel Bombin. Murió á poco de su entrada sin ser operado.

El tercero, que permanece en tratamiento, ha tenido que sufrir la traqueotomía, segun dijimos páginas atras, por haber caido en asfixia.

Anejo á estos pobres pacientes tuvimos en la Clínica otro caso digno de mencion por varios motivos.

Historia de un epitelioma oculto en el pilar derecho de la faringe.

Se presentó el interesado reclamando la cura de dos grandes tumores existentes en la region carotídea derecha. El más inferior descansaba en la clavícula y tenía la magnitud de una gran naranja. El otro, más externo y alto, tendría la mitad del volúmen. El aspecto de ellos y la circunstancia de hallarse infartados los demas ganglios del espacio externo laríngeo, juntamente á la edad del enfermo, que pasaba de los 50 años, y á esa fisonomía particular que la práctica permite apreciar, nos indicaba que aquellos tumores é infartos glandulares debían ser malignos. Pero ¿de dónde procedía el punto de partida? El paciente no acusaba haber sufrido operaciones en los labios ni en la lengua. Por otra parte, la glándula submaxilar y la parótida eran las solas libres. Despues de muchas preguntas, el enfermo dijo que sentía incomodidad al deglutir. Bien podría referirse esta declaracion al tumor grande, cuyo volúmen era bastante para dificultar

el paso de los alimentos. Sin embargo, reconocimos la boca, y gracias á la prolijidad y empeño con que hicimos el exámen, pudimos descubrir una placa epitélica en estado de induracion, esto es, todavía no ulcerada, que existía en la parte antero-inferior del pilar derecho, oculta, naturalmente, por la base de la lengua.

Esta sencilla, pero importante historia, aporta á la ciencia una observacion que hace sospechar sea propio del epitelioma asentado en la parte inferior de los pilares trasportar los elementos epitélicos con gran rapidez á la cadena de ganglios que corren entre el externo mastoideo y la laringe.

Tambien parece inclinar á que pensemos que en dicho pilar no hay comunicacion linfática directa con la parótida ni la glándula sub-maxilar; siendo conveniente registrar este hecho para ver si se confirma por ulteriores observaciones.

Ello es que, en nuestro juicio, debe emprenderse un estudio concienzudo basado en observaciones, sobre la marcha, disposicion, número y clase de glándulas que se afectan deuteropáticamente por consecuencia de los neoplasmas primitivos. *Groso modo* sabemos que se infartan y luégo sufren los ganglios próximos; pero este saber y conocimiento no está bien especificado ni discernido.

En el enfermo de que tratamos, más próxima que ninguna otra se hallaba la parótida, y la parótida estaba ilesa. ¿Hubiera sucedido lo mismo á residir la placa epitélica en el pilar posterior en vez del pilar anterior? Véase aquí un punto que debe averiguarse. ¿Hubiese tomado parte la parótida á residir la placa en la cara posterior del pilar anterior? Hé aquí otra duda que observaciones ulteriores deben resolver. Y no propongo más cuestiones por no pecar de prolijo. Bástenos ahora dejar sentado el tema para que los prácticos, fijándose en él, puedan ir aportando materiales para su resolucion. Por nuestra parte, juzgamos este punto del mayor interes, tanto para el pronóstico como para la determinacion del tratamiento. Una de

las conferencias del pasado ejercicio que han quedado inéditas, se refería á indicar los puntos generales que podían servir de base para el estudio de tan importantes cuestiones. De presente, sólo añadiré que nuestro enfermo presentaba los infartos en un sentido inverso á la proximidad, por lo que tocaba á su volúmen. Esto es, el tumor mayor estaba sobre la clavícula, el que le seguía en magnitud más arriba, y los otros, superiores, eran más pequeños.

Como la experiencia nos confirma cada dia que nada es insignificante, que nada ocurre en la Naturaleza por mera casualidad ni *porque sí;* que las cosas, al parecer más baladíes y de menor importancia, encierran la verdadera clave explicadora de supuestos misterios, por eso doy cabida á los referidos detalles, dando punto con una indicacion comparativa por extremo singular, á saber: el hecho extraño de la falta de infartos ganglionares consecutivos en los tres enfermos de epitelioma de la laringe. ¿Será que eran epiteliomas intra-glóticos? La epiglótis estaba en todos más ó ménos afecta. En uno, corría la invasion á la base de la lengua.

No son exclusivos los peligros á la cirujía cruenta. La misma terapéutica farmacológica suele ofrecerlos en determinados casos. Manipulaciones, al parecer inocentes, pueden entrañar eminentísimos peligros.

Historia de una muerte ocasionada por la aplicacion de la laminaria.

Hénos como el pecador que hace exámen de conciencia. Frente al templo consagrado á la verdad, nuestra personalidad desaparece y nos alivia un peso declarando las desgracias en voces altas.

Siempre recordarémos con dolor á M. N.

Padecía una atresia del conducto cervical. Como consecuencias de esto, dismenorreas é histerismo. Era jóven, robusta, bien formada. Pasado un período menstrual se la colocó un tallo de laminaria en el conducto. A su debido tiempo fué extraido; nada ocurrió digno de nota. Trascurridos unos dias, crísis histéricas nos obligaron á acudir á su remedio; pasó tiempo y vino la segunda menstruacion. Algunos dias despues, y todo en calma, la colocamos otro cilindro más grueso de laminaria, y aquí empieza el acto primero de la tragedia. Como el conducto se hallaba ménos estrecho que la primera vez que se colocó la laminaria, este segundo tallo, aunque de diámetro apropiado, entraba; mas, al soltar la pinza conductora, se escurría, cayendo en la vagina. Todo ginecólogo práctico habrá sido testigo de semejante hecho; por nuestra parte, lo vemos ocurrir casi siempre que procuramos poner la laminaria. El recurso que adoptamos para que no resbale y se salga del conducto, es el que entónces empleamos. Cogimos con otras pinzas uterinas una bola de algodon atada con su hilo ó su fiador, repusimos la laminaria en el conducto, sujetándola en él con las pinzas uterinas, y sin abandonar la laminaria, llevamos la bola de algodon por el espéculum hasta topar la extremidad de la laminaria, que, retenida por el algodon, ya no puede escurrirse y queda fija. Entónces se sueltan ambas pinzas á la vez y la operacion queda terminada.

De esta suerte hemos procedido infinito número de veces.

La noche de aquel dia, la enferma se quejó de dolores ocasionados por el cuerpo extraño. Las instrucciones que habíamos dado á la paciente la primera vez que le aplicamos la laminaria, fueron las mismas que la repetimos en esta ocasion, y que damos á todos los pacientes á quienes ponemos la esponja ó el tallo del alga. —«Cuando note V. dolor ó séria molestia, busque el hilo blanco que ata la bola de algodon, tire y sáquela. Coja despues el hilo de color que sujeta el tallo, haga suaves tracciones y sáque-

lo, si puede, sin violencia. Caso de no poder, avise inmediatamente. »

La vez primera, la enferma, siguiendo dichas instrucciones, quitó la laminaria. Esta segunda vez procuró hacer lo mismo sin conseguir resultado. Entónces llamó al señor profesor ayudante de la Clínica, el cual hizo tracciones del fiador hasta donde la prudencia consentía; pero viendo que eran inútiles, desistió del empeño y aguardó la llegada de un compañero á la mañana. Se procedió á la extraccion por ambos, se colocó el espéculum, y, laboriosa y difícilmente, pudo extraerse el tallo, cuya dilatacion había tomado hácia la punta la forma de cabeza.

Cuando á la hora de visita vimos á la enferma, estaba inquieta y dolorida del hipogastrio. Examinamos la laminaria, y la cabeza de su extremo nos dió cuenta de las dificultades de la extraccion. Sin duda la laminaria había sobrepasado la longitud del conducto, entrando en la cavidad uterina, y aquella parte no comprimida en su dilatacion, formando cabeza, había hecho tan difícil la extraccion, causado un traumatismo en el conducto, y la inflamacion consiguiente. Ordenamos un golpe de sanguijuelas al hipogastrio, cataplasmas emolientes laudanizadas, quietud y dieta.

Las picaduras de las sanguijuelas dieron mucha sangre; esto alarmó al practicante de guardia, y procuró contenerla. Al otro dia la enferma estaba postrada, el dolor se había extendido por la pélvis y partes inferiores del abdómen, había elevacion de estas regiones. El pulso estaba contraido. Dispusimos baños generales, aplicacion de hielo al vientre y píldoras de opio.

La enferma se hallaba agravada 24 horas despues, había vómitos, y los dolores eran muy severos. Continuó con el mismo tratamiento y sustituimos el opio por el cloruro mórfico.

Al otro dia el cuadro se había exagerado. Los vómitos y los dolores tenían postrada á la paciente sin dejarla momento de reposo; hipo pertinaz, sudor viscoso, pulso fili-

forme y el más profundo desemblante, nos quitó toda esperanza.

Al otro dia, la enferma no tenía dolores, hallábase tranquila, aunque segura é indiferente de su fin. El rostro, la piel, la frialdad, la pérdida del pulso, el apagamiento de la voz, todo semejaba los postreros instantes del colérico. La inflamacion había terminado por gangrena. Cuánta y cuán honda pena fué la nuestra, no tenemos para qué decirlo. Si el sentimiento del deber no saliese á contenernos, esta desgracia sería bastante para hacernos abandonar oficio tan espinoso y triste.

Procuremos sacar algun producto de este caso para la ciencia. Dichosa la desgracia que enseña el camino por donde otra vez pueda evitarse.

Cuando hemos leido várias de las muchas observaciones publicadas respecto á muertes ocurridas por la dilatacion del cuello uterino, ya con esponjas, ya con laminaria, dos cosas nos han chocado: la poquedad de la explicacion del suceso, y la ninguna deduccion obtenida. De presente, todo nuestro conocimiento en la materia se ha reducido á esto: «Tal, y tal y tales enfermas en quienes se aplicó la esponja, murieron por efecto de dicha aplicacion. Prácticos, no usad la esponja. Servíos de la laminaria, que no ofrece ese peligro.»

Más tarde:

«Tal, y tal y tales enfermas en quienes se aplicó la laminaria, han muerto por efecto de dicha aplicacion. Prácticos, no usad la laminaria. Servíos del tupedo, que no tiene ese inconveniente.»

En nuestros dias, esta última materia dilatante no se ha extendido tanto que pueda tener historia. Se sabe que dilata más que la laminaria, y de seguro y *à priori* puede asegurarse que debe ofrecer los mismos ó mayores inconvenientes.

Ello es, que las sociedades ginecológicas tienen sobre el tapete esta cuestion. Pero ¿qué dicen? Nada. En puridad, lo mismo que dejamos entre comas.

En una de estas sociedades, no recuerdo de qué punto, nos parece que de los Estados-Unidos, un práctico muy caracterizado dijo hace poco: «Prácticos, no usad la esponja, ni la laminaria, ni el tupedo. Emplead mi método. Con conos graduados de acero sondo el conducto y llevo la dilatacion al grado necesario.»

Aunque con desconfianza, despues del tropiezo, hemos procurado seguir este consejo; pero afirmamos que nuestra experiencia no lo abona.

Ha sucedido aquí una cosa singular. En vez de observar las circunstancias y los fenómenos de los casos para de ellos deducir la manera, modo, forma y enlace de las complicaciones que han dado lugar á la muerte, y deducir de ello las consecuencias científicas que expliquen el suceso y dén la guía del remedio, se han contentado todos, como movidos del afan de descartar su responsabilidad, con echar la culpa á la materia de que se valieron para la operacion, como si dicha materia llevara en sí un veneno ó sustancia virtual séptica, maligna y homicida, á la cual se debiese la desgracia.

Esta conducta es tan pueril cual si, porque despues de extirpar un tumor, muerto el enfermo, dijésemos: « Prácticos, no usad el bisturí de acero, usadlo de cobre. »

Ya hace tiempo, aunque no nos había ocurrido entónces nada desagradable de la aplicacion de la esponja ni de la laminaria, que usábamos y usamos diariamente, nos fijamos sobre el particular y caimos en que iban los profesores por un camino equivocado. Como quiera que careciéramos, afortunadamente, por aquel tiempo de observacion propia, opinamos que las complicaciones y muertes ocurridas no podían ser dependientes de la calidad de la sustancia empleada, sino de sus efectos precisos, generales y mecánicos.

Entónces dijimos para nosotros: colocando una esponja ó un tallo de laminaria, estos cuerpos se hinchan, comprimen el útero excéntricamente, provocan en él una fluxion visible, crecen sus secreciones, y estas secreciones

abundantes, que infiltran el órgano á nuestra vista y que quedan retenidas en parte en la cavidad del cuerpo, colocan el órgano en circunstancias algo parecidas, aunque en microscópica proporcion, al útero grávido.

Si esto es así, las complicaciones y los fenómenos morbosos sobrevenidos por la aplicacion de los medios dilatantes deben ser de naturaleza más ó ménos parecida á los padecimientos puerperales, y entónces discurrimos que tubulando la esponja ó la laminaria podrían alejarse los peligros. Y no sé si por aquel entónces ó más tarde, en algun escrito consignamos este pensamiento. Ello es que, como no siempre responden los hechos á nuestras figuraciones, al emplear las esponjas tubuladas vimos que no llenaban el deseo; los líquidos muciformes uterinos son demasiado espesos para salir por una tubulacion estrecha.

Abandonando, pues, estos discursos, tenemos hoy un caso observado, y discurriendo sobre sus fenómenos, podemos con toda seguridad sacar sus consecuencias y una fructífera doctrina.

En primer término, queda fuera de toda duda y discusion que no es la materia empleada la responsable de las desgracias. Cerremos, pues, el camino que va de la esponja á la laminaria, de la laminaria al tupedo, del tupedo á los conos acerados, porque de éstos iríamos al oro, y del oro hasta los cuernos de la luna.

El pecado aquí está en la propiedad elástica dilatante imprescindible de los cuerpos que empleamos y en la torpeza nuestra, que ignoramos las cosas ántes de aprenderlas, cometiendo por ello desaciertos.

¿Qué pasó en nuestra enferma que explique lo ocurrido? Pues sucedieron várias cosas; cosas que dieron lugar al cúmulo de circunstancias fatales que produjeron las complicaciones y la muerte.

Primer hecho. — Uso de una materia elástica dilatadora. Es evidente que sin esta condicion no hubiera pasado nada; pero ¿es posible dilatar el conducto cervical sin el auxilio de estas sustancias?

Ya hemos visto que se proponen los conos de acero. Los hemos usado, y no ensanchan sin violencia. Para ejercerla menor, hemos llevado la introduccion á sólo cierto grado, insistiendo dias despues en el empeño. El resultado es, que en las atresias, apénas se procura aumentar el diámetro, se lastima la matriz, se rrita; es preciso suspender, y se pasa tiempo y se adelanta muy poco, si algo en definitiva se adelanta.

Sucede con las esponjas y con los demas medios de dilatacion elástica lo que con todas las cosas importantes; su misma utilidad las hace temibles; renunciar á sus inconvenientes es igual que abstenernos de sus ventajas.

Nada más temible que el mar ó el aire alborotado, el rayo y las tempestades; pero renunciemos al mar, al aire, á la electricidad y á las fuerzas, y vale más que renunciemos á la vida.

Lo que importa es dominar el mar por la brújula y el vapor, hacer con la electricidad lo que hacemos ya con el fuego, metérnoslo en el bolsillo en la humilde forma de una caja de fósforos. Estos milagros la ciencia puede hacerlos.

La ciencia podrá tambien, en más pequeña esfera, quitar los peligros de la fuerza elástica aplicada como medio dilatante á la matriz.

Segundo hecho. — Escurrimiento de la laminaria.

Esta cosa tan simple no puede pasar inadvertida. Como se verá despues, es el comienzo, la primera escena del drama.

Tercer hecho. —Introduccion de una bola de algodon, manteniendo entre tanto sujeta la laminaria con otra pinza.

En este acto el algodon llena el espéculum. El profesor pugna por que no vuelva á escurrirse y salir la laminaria; la suelta cuando ya calcula que topa el algodon en el cuello uterino. Resultan, pues, actos de cálculo, de mera apreciacion. No sabe á ciencia cierta si la laminaria escapa algo en la parte introducida, é ignora si, por el con-

trario, penetra más al adaptar el algodon. En nuestro caso debió de penetrar alguna cosa más, segun declaran posteriores hechos.

Cuarto hecho. — La enferma siente molestias por la noche, extrae la bola de algodon, pretende hacer lo mismo con la laminaria y no puede conseguirlo.

Estos sucesos demuestran que el encarcelamiento de la laminaria era ya muy firme y que los tejidos del cuello se hallaban más comprimidos que dilatados.

Quinto hecho. — Avisa al profesor, porque las molestias de la compresion son fuertes.

El profesor hace várias tentativas infructuosas; cree imprudente insistir y aguarda á las primeras horas de la mañana los auxilios de un compañero. Ya aquí, se va complicando la situacion: al traumatismo lento y persistente de la fuerza elástica se unen las tracciones que ha tenido que sufrir la matriz, algo arrastrada en cada tentativa por la cuerda que sujeta la laminaria. Dichos estiramientos se han repetido, los ha verificado la enferma, y despues, necesariamente algo mayores, el profesor ayudante de la sala.

Sexto hecho. — Pasan várias horas en que la matriz, ya irritada, y protestando, en forma de dolor, de la presencia del cuerpo extraño, entra en proceso de inflamacion.

Sétimo hecho. — Llega la mañana, pónese el espéculum de Syms y se procura extraer el tallo con pinzas; la matriz desciende y la laminaria no cede. Sujétase la matriz con los dedos introducidos en la vagina y, despues de gran labor y no poca habilidad, sale el tallo bastante dilatado, pero mucho mas hácia su extremo, que presenta una porra ó cabeza de clavo.

Resulta, pues, de un modo evidente que la laminaria traspasó la extension del conducto cervical, y que la parte excedente dentro de la cavidad del cuerpo, dilatándose á sus anchas, sin estar constreñida por las paredes del conducto, formó cabeza, y esta cabeza hizo imposible sacar el tallo cuando debió extraerse.

Escurrir la laminaria, penetrar más de lo justo empujada por la bola de algodon, quedar su extremo dilatado en la cavidad del cuerpo en forma de porra ó de cabeza, tales son los pasos de la primera etapa.

No poder extraerse el cuerpo extraño en el momento preciso y que se indica cuando comienza la interesada á sentir molestias, prolongarse la accion dilatante algunas horas más, sufrir la matriz tracciones repetidas que, si prudentes é inocentes en otro caso, aquí debían resultar graves, sin que esto implique culpa de la enferma ni de los profesores, que más pecaron de prudentes que de atrevidos, todo esto constituye la segunda etapa y es obligada consecuencia y desarrollo de la primera.

Desenvolverse la metrítis, pasar la inflamacion al peritoneo, llegar al último extremo de agudeza, terminar la flegmasía por gangrena y por la muerte de nuestra desgraciada enferma, es la tercera etapa, natural y trágico desenlace de la primera y la segunda.

Bastan estos sucesos para explicar lo ocurrido y la causa y la naturaleza de la muerte.

Si los tallos introducidos en el conducto quedaran fijos y no pugnaran por salir, una vez colocados del modo y en la penetracion precisa, no ocurriría el inconveniente, orígen en nuestra enferma de tantas complicaciones y final desgracia.

Es preciso discurrir la manera de obtener este resultado: se me ocurren várias; pero la más sencilla me parece la siguiente:

Antes de poner una esponja, laminaria ó tupedo se medirá por la sonda uterina, con la posible exactitud, la extension del conducto; y digo con la posible exactitud, porque dicha medida no podemos quedar nunca seguros de que sea exacta.

Cortarémos toda la longitud del tallo que hayamos de aplicar y resulte excedente, haciendo el corte hácia la punta y no hácia la base. Esta, en todo instrumento dilatante, cualquiera que sea su materia, deberá estar mol-

deada en forma de cabeza á fin de que tope en el cuello uterino, no consienta penetrar más allá su tallo, no se pierda, como alguna vez me ha sucedido, entre la hinchazon edematosa del cuello, y se adapte mejor sin dislocacion ni movimientos al contentivo de algodon.

Esta aflictiva enseñanza nos permite decir: «Prácticos, no achaqueis las desgracias á la laminaria ni á la esponja. No la achaqueis mañana al tupedo ni al acero.

»Prácticos, achacad la desgracia á vosotros mismos y pensad el modo de salvar los inconvenientes y peligros que tienen las cosas todas en general, y particularmente las del arte que ejercemos.

»Prácticos, aseguraos la manera de no traspasar los límites del cuello, dando á vuestros tallos una longitud que, en caso de defecto, peque más por corta que por larga.

»Prácticos, usad tallos formados con cabeza que hagan tope en la base.

»Prácticos, retirad el tallo vosotros mismos y por vuestra propia mano, cuando se presente cualquier molestia extraña.»

Siguiendo estos consejos, ¿podrán evitarse nuevas desventuras? De casos como el nuestro, estoy seguro. Pero ¿sucederá siempre así? Vana quimera, querer que las cosas pasen constantemente de una misma suerte. La fuerza dilatante puede en el útero dar lugar á la escena observada y descrita en la presente historia; puede dar orígen á otras más ó ménos parecidas, quizás á alguna como la imaginada por nosotros *à priori*. ¡Quién sabe! Sigamos observando... ¿Qué es la mente si no el espejo en que se mira la Naturaleza?

Enfermos asistidos desde 1.º de Junio de 1880 á 1.º de Setiembre de 1881.

ENFERMEDADES		Curados	Aliviados ó que siguen en tratamiento	No han asistido hasta el fin de la enfermedad	Muertos	Total	TRATAMIENTO EMPLEADO		
							Ortopédico	Operatorio	Medicacion y cura tópica
DISPENSARIO	Aparato genital. Hombre.	6	»	2	»	8	»	4	4
	Aparato genital. Mujer. .	7	8	9	»	24	»	»	24
	Huesos y articulaciones. . .	6	20	7	»	33	16	»	17
	Neoplasmas inoperables. . .	»	»	6	1	7	»	»	7
	Enfermedades diversas . . .	5	1	2	»	8	»	2	6
	Seccion de otología.	1	13	»	»	14	»	1	13
	Seccion de laringología. . .	1	4	»	»	5	»	1	4
Policlínica		4	6	6	»	16	4	2	10
TOTAL GENERAL		30	52	32	1	115	20	10	85

Policlínica.

De la policlínica, dirémos que en el pasado ejercicio ha funcionado en muy pequeña escala esta parte de la Institucion, reduciéndose á la visita á domicilio de un escaso número de enfermos. Várias son las causas que han impedido el desarrollo de este servicio. Primero, el exceso de trabajo producido por las Clínicas, el Dispensario, los ejercicios prácticos, las operaciones y las conferencias.

En todo esto se ha ocupado desde el alba hasta las once de la mañana, y no ha habido el número bastante de matriculados para dividir el trabajo de manera que pudiesen atender al servicio de una policlínica numerosa; áun así no han dejado de prestarse algunas asistencias, advirtiendo la dificultad que se ofrece á las familias pobres de atender á las necesidades de sus afectos quirúrgicos. Realmente, mejor ó peor, puede socorrerse médicamente en propio domicilio un enfermo pobre; con mediana higiene y el socorro de la medicina, la familia puede proveer á lo demas; pero el enfermo de cirujía se encuentra en diferente caso: obliga á incesante mudanza de la ropa y de la cama; necesita apósitos, vendajes, aparatos y vigilancia continua, porque, ya el dolor, ya la hemorragia, ya la urgencia de ser sondado, ya la de mudarle de posicion, todo conspira á que estos enfermos no puedan ser atendidos á medida de la necesidad sino en una Clínica, y una Clínica *ad hoc*, cual la del Instituto.

Trabajos de anfiteatro.

Los trabajos de anfiteatro han consistido en ejercicios de operaciones y en autopsias.

Respecto á los primeros, se ha consagrado casi exclusivamente el pasado curso á las operaciones de las vías urinarias. Más vale hacer pocas cosas bien, que muchas mal ó imperfectamente. Por otra parte, la práctica civil nos ha demostrado la escasa pericia que la mayoría de los profesores tiene en el arte de sondar, y cuán funesta resulta para los enfermos.

Sondar bien es cosa, por sencilla que parezca, que ne-

cesita un largo aprendizaje. Entre los matriculados había alguno que sondaba perfectamente; la mayoría medianamente, y no pocos mal. Puede asegurarse que ésta es la proporcion que resulta tomando cualquier grupo de profesores, no ya de nuestro país, sino de cualquiera otro extranjero. La creencia general de que introducir una sonda en la vejiga es cosa facilísima y sencilla, hace que no se ejerciten, cuando estudiantes, en la práctica de sondar sobre el cadáver, y salgan de las escuelas, y áun de las clínicas, sin tener oportunidad de haber sondado una vez.

Hace muchos años dimos en Cádiz un curso particular de operaciones al que concurrieron 25 licenciados de medicina que habían de tomar el grado de cirujía. Entónces echamos de ver lo errada que anda la comun opinion respecto á la facilidad de sondar la vejiga. Verdaderamente es una de esas facilidades difíciles que sólo se adquieren con la práctica y la experiencia.

Preséntanse á las oposiciones de cátedras y plazas de hospital lo más inteligente y florido de la profesion. Hemos sido várias veces juez, y por regla comun, con más ó ménos lucimiento, la generalidad ha salido bien de los actos teóricos y medianamente de los prácticos; pero si á alguno le ha tocado en suerte sondar una vejiga, en esa tan sencilla maniobra ha fracasado. Si tal sucede con uretras normales, ya puede suponerse lo que acontecerá con uretras anormales y enfermas. Llamamos la atencion de los cuerpos médicos docentes sobre este punto, y áun nos atrevemos á recomendar al Gobierno que establezca como condicion precisa forme parte de los actos de reválida un ejercicio de sondaje de la vejiga con toda clase de sondas, así blandas como rígidas y metálicas.

Comenzaron las prácticas por el sondaje de la mujer, ya por ser verdaderamente más sencillo, ya porque de hacer una cosa, á hacerla á la perfeccion, hay mucha distancia, y en esto de operatoria, nuestro propósito ha sido y sigue siendo que los matriculados alcancen la mayor pericia. Cierto que cualquiera puede sondar á una mujer,

y que no es fácil en ella hacer caminos falsos como en el hombre; pero en medio de tales ventajas, nada es más comun para el inexperto que no dar con el orificio del meato, andar á tropezones, llevar la sonda á la vagina y á todas partes, ménos al punto que se debe. Todo esto es ridículo para el profesor, incómodo para la paciente y vergonzoso, teniendo al fin que desplegar la vulva de par en par y hacer que la alumbren con una vela, y gracias si áun así no siguen la ofuscacion y las torpezas. A poco de comenzar los ejercicios, todos los profesores del Instituto adquirieron la seguridad y la destreza necesarias para llevar una sonda á la vejiga de las mujeres, estando las partes cubiertas, y sin más guía que el leve tacto del dedo índice. Más tiempo se invirtió en que alcanzaran completa maestría en sondar al hombre con toda clase de sondas y corvaduras; pero, al fin, hasta los de mano más dura han llegado á la perfeccion y á adquirir el sentido del tacto mediato, distinguiendo con perfecta claridad los obstáculos normales de los anormales, los que se tocan con la punta y los que provienen de la opresion circular del instrumento, sensaciones y cosas que sólo se advierten en virtud del ejercicio. Así, han llegado todos los profesores hasta introducir cualquier litotritor en la vejiga con facilidad y dulzura, buscar, tactar y reconocer los diversos cuerpos extraños que préviamente introducíamos en el reservorio, coger y medir los más pequeños cálculos, triturarlos y ejecutar á satisfaccion del deseo más exigente la operacion de la litotricia. Hoy, podemos decir en verdad, que si tuviéramos desgraciadamente que sufrir dicha operacion, no vacilaríamos en dejárnosla hacer por cualquiera de los compañeros del Instituto.

Aunque no tan especialmente, tambien se han practicado ejercicios en otros varios géneros de operaciones, entre ellos, hacer atravesar con una aguja larga y delgada en cadáveres íntegros sus diversas arterias, y otras pequeñas partes determinadas, alcanzando con tal práctica una gran seguridad en la topografía de los órganos.

Autopsias.

La corruptela establecida en los hospitales de no consentir la autopsia de los cadáveres que tengan pagado enterramiento, ha defraudado á la ciencia y á nuestros estudios en mucha parte.

Hemos reclamado á la superioridad, y abrigamos la esperanza que resolverá el asunto segun justicia. No la hay ciertamente en que los que fallecen en los hospitales se dividan en dos categorías: unos que pueden y tienen que ser autopsiados, y otros que no. El enfermo que se acoge á los beneficios que le presta la beneficencia pública, bajo los varios conceptos de asilo, alimentacion, vestidos, medicinas y asistencia científica, no debe defraudar á la ciencia de la investigacion cadavérica, porque de ella puede resultar, más ó ménos directamente, que otros enfermos lleguen á salvarse, y cuando no, contribuir al mejor conocimiento de la enfermedad, con las ventajas sociales que de ello se reportan.

No obstante, hemos tenido ocasion de hacer algunas importantísimas autopsias, ya por consentimiento de las familias agradecidas, ya por no tener entierro los cadáveres.

Del resultado de algunas autopsias, hemos dado ya conocimiento al publicarlas en *El Siglo*, juntamente con la historia clínica. De otras no; y, aunque en globo, dirémos breves palabras sobre las más interesantes.

Autopsia de una estrangulacion interna intestinal.

Entró en la sala de Santa Isabel Santiago M., hombre de 54 años, padeciendo una periostítis de la tibia. El dia 24 de Noviembre, al pasar visita, se quejó que estaba estreñido de dias atras y que tenía algunos dolores en el vientre. La lengua estaba saburrosa y el enfermo acusaba falta de apetito; por lo demas, no se advertía ningun otro síntoma ni fenómeno particular. Se le dispuso una onza de aceite de ricino y lavativas emolientes. El purgante no produjo efecto y pasó sin novedad ni mayores molestias todo el dia. A las cinco de la tarde siente un fuertísimo dolor de vientre, prorumpe en quejidos lastimeros; acude el médico de guardia, encuentra al enfermo frio, con el sem-

blante profundamente descompuesto, el pulso imperceptible, casi sin voz y en angustiosa inquietud; apénas hubo tiempo para avisar que le administraran los Sacramentos, que el enfermo espiró. ¿De qué había muerto? Esto nos preguntamos todos por la mañana al pasar visita y enterarnos de lo ocurrido. El profesor de guardia se deshacía en hipótesis; cada cual inventaba la suya, y hasta se ocurrió la idea de un envenenamiento.

Pasadas 24 horas se verificó la autopsia, comenzando por abrir el vientre, apareciendo la mayor parte de los intestinos delgados de color de vino tinto y dilatados por los gases. Se ocurría averiguar por qué se hallaban así, y comenzamos á removerlos; pero, á pesar de hallarse el vientre completamente abierto en cruz, nada se podía ver distintamente. Aquella abultada meteorizacion impedía formar juicio; punzamos los intestinos para dar salida á los gases; pero el efecto útil de esta medida fué menor de lo que debíamos esperar. Y ya que tocamos este punto, llamarémos especialmente la atencion sobre él, por los motivos que luégo se verán.

No pudiendo reducir los intestinos á un volúmen que los hiciera manuables y que permitiera seguirlos del estómago al recto, ó vice-versa, tomamos la resolucion de cortar el duodeno al través, hacer lo mismo por la S iliaca y sacar toda la masa intestinal con el mesenterio. Así se verificó; encontrábanse ya estas partes encima de la mesa anatómica, y todavía el conjunto inflado de los intestinos, intrincado y exuberante, no permitía discernir sus relaciones. Al fin, con gran trabajo, pudo reconocerse un punto más apelotonado hácia el tercio medio del ileon, y despues de muchas vueltas y tanteos pudimos averiguar la existencia de esta disposicion. En un punto del mesenterio iliaco existía una abertura, y por ella se había precipitado casi la totalidad de los intestinos delgados, pero no constituyendo un lazo, sino un nudo tan particular y complicado que ni pudimos deshacer, ni entónces ni despues formar clara idea de su enlace.

Era un verdadero nudo gordiano, que no desatamos por el método de Alejandro, en gracia al deseo de conservar la pieza.

La autopsia referida ofreció para nosotros, y creo que ofrece para la Ciencia, un grandísimo interes. Para nosotros, porque nos recordó otro caso, que hace años nos ocurrió en la práctica, y aunque creemos haber dado por entónces cuenta de él en algun periódico médico, lo referirémos ahora sumariamente.

Otro caso de estrangulacion interna de intestinos.

Un arriero como de 30 años, robusto y buen mozo, viniendo montado en las ancas de un mulo, resbaló por el rabo y cayó de nalgas al suelo. Sintió una conmocion extraordinaria; sus compañeros lo levantaron sin sentido y lo trasportaron á una posada. Fuimos avisados. El enfermo había vuelto en su conocimiento, pero estaba frio, vomitaba, tenía hipo, voz apagada, semblante pálido y descompuesto. Quejábase de angustia al epigastrio y dolor al vientre y á la ingle derecha. Reconocido, descubrimos un tumor bastante grande en el escroto de dicho lado. Preguntamos al enfermo si era quebrado ántes de la caída, y contestó negativamente.

El tumor escrotal era sin duda una hernia, formada en el acto de la caída; procuramos reducirla, consiguiéndolo al cabo de bastante tiempo y no ménos paciencia, entrando el asa con su característico gorgoteo. Nos fuimos muy satisfechos de la buena obra, anunciando que el enfermo comenzaría á mejorar desde aquel punto. Era esto á principios de la tarde, y ántes que oscureciese nos avisaron otra vez. Acudimos al aviso, y ya estaba cadáver. Examinado el vientre, la hernia permanecía reducida. Sobre el disgusto que nos produjo la desgracia dominaba la confusion. Los síntomas eran de hernia estrangulada; la hernia existió en efecto, se redujo, y, sin embargo, los fenómenos de estrangulacion subsistieron y la muerte sobrevino prontamente. ¿Qué habrá ocurrido aquí? nos preguntamos; ¿habrémos hecho una reduccion en masa, per-

maneciendo la hernia estrangulada por el saco? Este punto sólo podía resolverlo la autopsia, y, por fortuna, pudimos hacerla. Tambien los intestinos estaban dilatadísimos y de color de vino tinto; tambien se salieron del abdómen apiñados apénas se abrió el vientre; tambien nos costó mucho tiempo y trabajo darnos cuenta de la disposicion de las partes en aquel laberinto de intestinos, descubriendo al fin que el gran omento se había perforado en el instante de la caída y todos los intestinos se habían precipitado por la abertura, estrangulándose en ella.

Por efecto de la misma sacudida, una de las asas intestinales, ya estrangulada en la totalidad por el omento, había roto el conducto inguinal bajando hasta el escroto y sufriendo una segunda estrangulacion. Ya se comprende que, áun reducida esta hernia, ningun beneficio pudo resultar para el enfermo. Estos dos casos no son tan interesantes por los hechos de haber ocurrido en ambos la estrangulacion casi total del intestino delgado y la natural prontitud de la muerte, como por la útil enseñanza que suministran acerca de las dificultades que se ofrecen para reconocer los puntos de estrangulacion, áun despues de la muerte, y teniendo el recurso de abrir de par en par el abdómen. Llamo la atencion sobre este punto, por ser de actualidad y de gran interes, hoy que la cirujía del vientre está tan adelantada que abona abrirlo para combatir las estrangulaciones intestinales internas. Resultan de ambas autopsias dos hechos de enseñanza: primero, el ya indicado de la dificultad, á veces en el mismo cadáver, de reconocer el punto estrangulado, y que en el vivo puede elevarse á una imposibilidad casi absoluta. Los profesores todos que componen el Instituto y que presenciaron y ejecutaron la autopsia, estamos en el más profundo convencimiento de que, si hubiéramos practicado la operacion en el vivo, hubiéramos quedado más á oscuras de la causa y modo de la muerte que ántes de haber abierto el abdómen; segundo hecho de enseñanza, el muy singular de no disminuir en estos casos el volúmen de las asas

intestinales, segun parece debía suceder, á pesar de punzarlas en varios puntos para dar salida á los gases. Este hecho, á primera vista paradójico, es por desgracia verdadero; si no ha llamado ningun escritor la atencion sobre él, debemos llamarla; y si ya se ha dicho, debemos repetirlo, para que no sorprenda á los operadores como cosa inesperada, sepan las dificultades que origina y vayan prevenidos para darles vado del mejor modo posible.

Que se hinchan mucho los intestinos cuando sufren estrangulacion en algun punto, debe ser cosa muy sabida; pero que esta hinchazon no disminuye punzándolos con agujas huecas, ni áun haciendo una incision, es lo que no se explica bien, ni se prevé sino despues de haber experimentado la contrariedad operando en el vivo.

Para no fiar en hechos de lejano recuerdo que la imaginacion pueda darles imperfecto color, pasarémos revista á las dos últimas operaciones de laparotomía por causa de estrangulacion, en que más recientemente hemos intervenido. La última fué el 29 de Abril; la penúltima, un mes ántes. En ésta, se trataba de un caballero de 40 años; hacía 48 horas próximamente que se habían presentado los síntomas de una estrangulacion interna. Le vimos en consulta cumplidas dichas horas; ya el pulso era filiforme, los vómitos continuos, la descomposicion de rostro profunda, el hipo muy tenaz. Abrimos el vientre, que estaba muy elevado, sólo en extension suficiente para meter la mano, y áun así los intestinos se desbordaron sin haber medio de contenerlos. Estaban hinchadísimos y rojos. Procuramos, tentando aquí y allí y principalmente hácia el ciego, si podía averiguarse el punto estrangulado, pero en vano. Lo que vimos claramente fué, que había una secrecion plástica, albuminoidea y concreta, más abundante hácia dicha fosa, esa especie de capa plástica que forma falsas membranas, que se organiza rápidamente en toda inflamacion aguda del peritoneo y que aglutina los intestinos. No podíamos dilatar más la herida abdominal, porque ni áun así hubiéramos alcanzado á ver nada, y porque el empuje de los

intestinos por salirse del vientre declaraba que, si se abría más paso, iba á ser imposible reponerlos luégo, viéndonos en el trance más grave, deslucido y de mayor responsabilidad en que puede hallarse un cirujano.

Punzamos con un trócar las asas venidas afuera, por ver si, evacuándolas de gases, se reducían de volúmen y permitían abrir más el abdómen é intentar un reconocimiento más perfecto; pero las punciones fueron inútiles. Entónces determinamos hacer un ano artificial; para ello se redujeron con gran pena las asas; suturamos una con el peritoneo y la pared abdominal y abrimos el intestino. Ni salieron por esto los gases ni se disminuyó la tension. El enfermo no experimentó alivio; la operacion se efectuó á las dos de la noche, y la muerte sobrevino á las siete de la mañana.

La otra operacion fué practicada á una señora con motivo de una hernia umbilical, estrangulada desde cuatro dias. Sin embargo de no haber sido necesario hacer más abertura en el abdómen que la precisa para desbridar el anillo, los intestinos, una vez libres, pugnaron por salir, empujados por el meteorismo. La sutura de la pared abdominal apénas bastaba para contenerlos, y los esfuerzos contra los puntos, principalmente en los conatos de vómito, amenazaban rasgarlos. Asistí á la operacion como mero ayudante; la practicó el Dr. Encinas con la mayor pericia; la enferma estaba en colapsus, cual sucede en tales pacientes cuando se ocurre á la operacion demasiado tarde, y por más que el aspecto de los intestinos no era tan malo como podía temerse, el colapsus continuó despues de la operacion, y la enferma sucumbió á la mañana siguiente. Aunque esta última operacion no resulta ser una verdadera laparotomía, sino más bien una desbridacion, y aunque no se punzaron los intestinos con el fin de disminuir su volúmen, la traemos aquí porque demuestra que áun la estrangulacion de una asa pequeña determina dicho exagerado aumento de volúmen.

Se ha propuesto, y creemos recordar haber leido algu-

nas observaciones en que se hizo la puntura intestinal sobre el saco estrangulado, como medio de dar salida á los gases, disminuir la tension del asa y poder así verificar la táxis, evitando la operacion de la hernia estrangulada. El recurso parece racional, y no sería justo que negásemos el beneficio obtenido en algun caso; pero nos extraña no tener conocimiento de mayor número de observaciones posteriores, que, á haberse repetido los sucesos, sin duda alguna hubieran sido publicadas. Por las observaciones recogidas en la autopsia de que estábamos tratando, y por lo que pude ver en el operado de laparotomía, me parece que la hinchazon intestinal resulta, no por la sola dilatacion de los gases, sino que tambien, y muy principalmente, del éxtasis sanguíneo. Esto se ve patentemente en tales casos, encontrándose á más la mucosa intestinal muy tumefacta é infiltrada de moco espeso. Opinamos que dicha circunstancia es la que se opone á la salida de los gases cuando se punza con un trócar, interponiéndose el moco en la abertura de la cánula. Ménos fácil nos parece explicar por qué no se vacía, como era de suponer, cuando se hiere el intestino; sin embargo, algo hemos notado que puede dar la explicacion: si la herida es estrecha, sin ningun género de duda, la mucosa se hernia por entre la membrana muscular, formando un tapon; y si bien este mecanismo no tiene lugar tan rigurosamente cuando la herida es grande, algo actúa por un lado, y por otro, la parálisis en que se constituye todo el canal cuando ha estado estrangulado, explica la otra parte de la causa del fenómeno.

Peritonítis ocasionada por un epitelioma uterino.

En el anfiteatro tuvimos ocasion de ver un modo de terminacion del epitelioma uterino, sobre el cual nada conozco explícitamente consignado en la ciencia, viniendo á ser por este motivo digno de incluirse en esta relacion. Refiérese á una enferma que entró en la Clínica con motivo de una artrítis de la articulacion del codo izquierdo. En el curso del tratamiento, como por incidente, y sin

darle importancia, acusó padecer tambien de flujo blanco. Reconocimos el útero con el tacto y seguidamente con el espéculum. Uno y otro declararon la existencia de un epitelioma uterino y vaginal bastante adelantado. Hicimos las preguntas convenientes, resultando que el flujo seroso era bastante antiguo, pero no había preocupado á la paciente por no haber sentido dolor, ni molestias de importancia, ni pérdidas de sangre. No era éste el primer caso de cancroides *manso*, por llamarle así, que nosotros habíamos tenido ocasion de ver. Por desgracia ó por fortuna no dejan de ser algo frecuentes. Por fortuna, porque en padecimiento tan grave y que tantos horrores hace sufrir á las pacientes, fortuna es les toque uno de éstos que tan levemente mortifican. Por desgracia, porque la misma carencia sintomática hace que las enfermas descuiden su estado y lo abandonen hasta el último extremo. Ya no era posible emprender nada, y redujimos el tratamiento al aseo, á la dietética y la higiene. Un mes despues del reconocimiento, y sin haber ocurrido más digno de notar que el aspecto de agua de carne del flujo, acusó la enferma astriccion pertinaz y algun dolorimiento del abdómen, pérdida de apetito y fiebre; estos síntomas se fueron graduando y adquiriendo un tinte mixto entre tifoideo y de inflamacion abdominal. La inteligencia estaba bien, pero la lengua seca, costrosa, y los dientes fuliginosos.

Ocurriendo poco despues el fallecimiento, practicamos la autopsia, encontrándonos con que el cancroides, despues de haber destruido la porcion cervical del útero, infiltraba todo su cuerpo, aunque sin haberle deformado considerablemente ni crecido mucho su volúmen; hácia el fondo había traspasado la infiltracion al peritoneo que le cubre, y desde dicho punto, como de un foco central, se había extendido una peritonítis parietal, mesentérica é intestinal, causa de la muerte. Resulta, pues, de esta autopsia un modo de terminacion del epitelioma uterino que conviene tenerse en cuenta, y que probablemente debe su

singularidad, más que á verdadera rareza, á haber pasado inadvertido.

Autopsia de quistes ováricos en los últimos progresos.

En la mesa anatómica pudimos observar los estragos que llegan á producir los quistes ováricos cuya marcha se deja confiada al curso natural del padecimiento. Admitimos en la Clínica tres enfermas de esta clase, y, como dijimos en la conferencia de apertura de curso acerca de la primera admitida, les dimos entrada, para que los profesores del Instituto tuviesen ocasion de estudiar los graves desórdenes y el término penoso de estos males, cuando no se les socorre en tiempo oportuno. De las tres enfermas, las dos primeras sucumbieron, y de sus autopsias paso á hacer referencia: la tercera vive aún, muriendo, asistida en la Clínica.

Las autopsias y las historias de ambas pueden reducirse á una sola, tal ha sido la identidad de la marcha, de los fenómenos y de las alteraciones encontrados en sus cadáveres. Por ser idénticas, lo eran hasta en la fisonomía. La primera enferma falleció ántes de entrar la segunda en el Hospital; y como ocupara la misma cama y sus fisonomías fueran iguales, cualquiera persona que no tuviese la evidencia que nosotros del fallecimiento de la primera, no hubiera creido que la segunda era otra enferma distinta.

La identidad fisionómica era procedente de la igualdad de los sufrimientos. En ambas había llegado la consuncion y el enflaquecimiento del rostro al mismo grado. Ambas tenían igual mirada, la misma expresion lánguida y doliente; puede asegurarse que habían perdido los rasgos de distintas personas, por haberse sobrepuesto los rasgos profundos de la misma enfermedad. Las dos se presentaron conducidas y sostenidas por debajo de los brazos, por no poder ya valerse de sus fuerzas. Las dos reclamaban con instancia ser operadas, esperando con alegría la posibilidad de morir en el acto, mirando este fin como una suprema dicha; y tal era y tan vivamente expre-

saban el deseo, que nos pareció crueldad quitarles esa última esperanza, dándoles plazos y demoras. Pasaban los dias sin ser realizada la promesa, y me solían decir: «V. me engaña, V. no me opera porque no tengo remedio;» apoderábase con tal idea un abatimiento y una desolacion tal, que juntamente á la disnea, á la imposibilidad de volverse, á la diarrea, á la falta absoluta de apetito y á las molestias de toda clase, formaban un cuadro que es imposible dibujar. No sé de cuántos pretextos tuvimos que valernos para consolarlas, miéntras no llegó la muerte definitiva de aquellas infelices que entraron cadavéricas, tan sólo con la precisa vida en ojos y sentidos para poder ser testigos de su lenta agonía.

Cuando, pasadas las 24 horas, fueron á la mesa del anfiteatro, áun para los que nos hemos educado en ellos, era doloroso y repugnante el espectáculo. Huesos mal cubiertos por una piel fina y lívida, contrastando por su delgadez con el volúmen enorme del vientre y la gelatinosa hinchazon de piés y de tobillos. Palidez incolora del relieve de las costillas; listas cárdenas, verduzcas y sumidas en los espacios intermedios.

Se procedió á la autopsia, cual si hubiera de ejecutarse la operacion en el vivo. El profesor que la hacía y los que le ayudaban incindieron el abdómen segun regla, y apénas cortaron la capa edematosa en que estaba convertida lo que debía ser tejido graso, ya no pudieron orientarse; ni músculos ni aponeurósis aparecían á la vista, ni pared distinta de saco; todo era una especie de detrítus, parecido á una vieja maceracion en pus, de una membrana espesa. Pugnando por disecar y separar el saco, se fueron por entre las capas indistintas de las desfiguradas aponeurósis, y hasta muy adelantado el despegar, no cayeron en la cuenta. Tratando de corregir el error, no les fué posible despegar aquéllo de la aponeurósis ni del saco quístico, saliendo las partes molidas y á pedazos. Abierto el tumor en un punto, abortó súbito un caño de pus que llenó la mesa y corrió al suelo. No por ello disminuyó notablemen-

te el volúmen abdominal, siendo preciso para conseguirlo abrir el quiste por otras muchas partes. Ya se caía en un quiste análogo al primero, ya en otro gelatiniforme, ya en otro de humor oscuro y achocolatado, ya en otro de contenido blanco y como de pus concreto.

A más de formar el saco, por su íntima union con el peritoneo parietal, un solo cuerpo, infinitas adherencias le pegaban al omento, al mesenterio y la vejiga, siendo imposible aislarlo de la excavacion pelviana ni de los órganos de esta cavidad. Ambas enfermas, en el largo curso de su mal, habían sido punzadas muchas veces, y ambas tambien habían tenido espontáneas evacuaciones de parte del contenido quístico, unas veces por la misma pared abdominal, otras por la vagina y otras por el recto. Vaciábase así parcialmente alguno que otro quiste, disminuía algun tanto la tension y la enferma tomaba un poco de respiro; mas la totalidad del mal seguía en progreso, por el desarrollo y llenura de otros sacos. No hay que decir que ni en una ni en otra existía verdadero pedículo. En estos tumores tan adelantados se pierde por el propio desarrollo de su espesor y por la tension excéntrica que el quiste ejerce á modo de despliegue. Cuando miraba estas autopsias, recordaba con pena que sólo hemos podido operar, salvas tres excepciones, en casos semejantes y hasta idénticos al que se presentaba á nuestra vista. Así se explica el deslucido resultado que respecto á sucesos ofrece la estadística en España. Mas, en descargo de nuestra conciencia, debemos decir que sólo han reclamado ser operadas por nosotros las pacientes que se han hallado en esa extremidad. Miéntras que sólo han sentido las molestias hidrópicas, la debilidad y el cansancio, han recurrido á la puncion una y cien veces, resistiéndose siempre á la intervencion quirúrgica y hasta huyendo de consultarnos. No se debe tan funesta resistencia á las enfermas mismas; para hablar en justicia, es preciso decir que se debe al estado de opinion de la mayoría de los médicos. Unos no hacen el diagnóstico en tiempo oportuno; otros se creen rebajados en de-

clararse ineptos para hacer la operacion y prefieren convencerse de que no debe ejecutarse, y casi todos, no sólo se oponen, sino que se esfuerzan en intimidar á las enfermas y familias. No por afan de criticar declaramos, ni ménos por lastimar á nadie en particular, estas tristes confianzas. Ya no estamos en edad ni en tiempo de que nos interprete la malicia; es preciso que medite el profesorado, que acaba de retirarse Spenser Well de la práctica, habiendo ejecutado mil ovariotomías y dado á la vida media de este número de enfermas muchos centenares de años. Es preciso que sepan que Nusbaum en Alemania acaba de recibir un agasajo del cuerpo profesional por haber practicado su trescienta ovariotomía, significándole así que se honran con que en su país haya profesores que mantengan el arte honrosamente al nivel de las demas naciones. Es preciso entiendan que perjudican á la humanidad y menoscaban el concepto del país, dando lugar con tal conducta á que, habiéndose operado aquí la ovariotomía ántes que en otras partes, despues de tanto número de años, el cirujano que más haya podido hacer 10 ó 12 operaciones, y eso en 10 ó 12 cadáveres vivientes.

Nada podrá dar idea del afan que se apodera de estas desgraciadas cuando ya no las alcanza remedio humano, como la sumaria historia que voy á referir de la tercera de estas pacientes, y que en la actualidad ocupa la cama núm. 10 de la sala de Santa Teresa.

Historia de una enferma de quistes del ovario.

Fué recibida en el Dispensario con el diagnóstico de tumor abdominal, y *calificacion* pendiente de observacion. La interesada decía que su enfermedad databa de sólo cuatro meses. El vientre estaba duro, no muy elevado, formando una masa indistinta, más resistente hácia el epigastrio. Pero el estado general, el desemblantamiento, el pulso, la falta de fuerzas, los dolores abdominales y la perturbacion de todas las funciones eran tan graves que no podíamos comprender que, siendo el mal de una data advertida de solos cuatro meses, se pudiera tratar más que

de un padecimiento canceroso. Procurábamos por todos los medios y por todos los reconocimientos imaginables averiguar el preciso asiento y la naturaleza de aquella tumefaccion abdominal, llegando, despues de estudiarlo y de pensarlo mucho, á inclinarnos, con ciertas reservas, á que fuera un tumor maligno del ovario derecho. La enferma, desde el primer dia, entró solicitando la operacion, en lo cual insistía diariamente. Encargamos recogiese la historia al profesor D. Ambrosio Rodriguez, el cual, al tomar los apuntes y fijarse en la cara de la enferma, le pareció recordar confusamente aquella fisonomía. Dando vueltas á su memoria, como ya hubiese apuntado la fecha de los cuatro meses del mal, despejó su recuerdo, presentándosele claro que aquella enferma, aunque muy desemblantada, era la misma que había visto en el Hospital General seis años ántes padeciendo un voluminoso quiste del ovario. Recordó tambien que el doctor D. Pascual Candela, en cuya sala estaba, la había aconsejado la operacion, á lo que la interesada se resistió enérgicamente. Firme en el recuerdo de unos hechos que había presenciado, le dijo á la paciente: — Señora, V. no hace cuatro meses que está enferma. La vi á V. hace seis años en la sala del Dr. Candela.

Sin embargo, la interesada, como otro San Pedro, lo negó tres veces. Convencida, al fin, de que se había descubierto la verdad, concluyó por confesarla, y reconviniéndola por haber dado lugar con su engaño á que nos devanásemos los sesos, exponiéndonos á una equivocacion, dijo: «He procurado ocultar la antigüedad de mi padecimiento, porque temía que entónces no quisieran operarme.» La interesada, efectivamente, venía de correr clínicas y hospitales reclamando una operacion que ya no era posible ejecutar.

En el tiempo que lleva en nuestra Clínica, son indecibles los sufrimientos y las complicaciones que en la enferma hemos presenciado. Por dos veces ha sido preciso administrarla los Sacramentos, pareciendo estar en el

último trance de la vida. Una vez salió del paso abriéndose un quiste y evacuándose por la vagina; otra vez por el recto. Ha sufrido una abundante hematemésis, en cuyo trance tambien pareció que iba á espirar, y un ataque histero-epiléptico que la ha dejado hemiplégica y con la contractura de la mano derecha. Viendo la singular resistencia de la paciente, habiendo crecido su abdómen y cesado las evacuaciones por el intestino y la vejiga, nos pareció inhumano presenciar inactivos tanto padecer. Despues de meditarlo, optamos por hacer una abertura hácia el lado más alto, tenso y doloroso de su vientre por medio de la pasta de Canquoin. Se hizo en efecto la abertura, pero en vez de pared quística se presentó una superficie que más parece corresponde á un intestino. Aconsejan los especialistas en casos como el presente hacer una incision exploradora, sacar el tumor á pedazos si se puede, y si no dejarlo abierto al exterior, ó volver á suturar el vientre. Bien pensado, en casos como éste, autorizada está cualquiera tentativa, en otros países.

Tambien hemos hecho en el anfiteatro el estudio anatomo-patológico de las piezas resultantes de las operaciones efectuadas en la Clínica. Estudio de gran resultado para la enseñanza, y que ha venido á completar la historia de los casos.

CONFERENCIAS

DADAS EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA (HOSPITAL DE LA PRINCESA) ACERCA DE LA TÍSIS LARÍNGEA, POR EL DOCTOR ARIZA

PRIMERA CONFERENCIA

DESCRIPCION DE LA TÍSIS LARÍNGEA

SEÑORES:

La tísis del órgano vocal es una de las enfermedades que más nos interesa conocer dentro de la especialidad laringoscópica. Creíase hasta hace poco que vencida, merced al descubrimiento del laringoscopio, la dificultad de examinar directamente la laringe, habían sido allanados los obstáculos que se oponían á la comprension del proceso tuberculoso de dicho órgano. El estudio hecho con auxilio de este instrumento de las alteraciones laríngeas más comunes que se presentan en las tísis ordinarias y vulgares, unido á lo que ya respecto de ellas había enseñado la anatomía patológica, contribuyó á crear un tipo de laringo-fimia, considerado todavía como clásico. Abrid las obras de la especialidad y veréis consignado en casi todas que la tuberculósis laríngea es compañera inseparable de la de los pulmones, y que sus más características lesiones son las úlceras, las pérdidas de sustancia, las destrucciones de tejidos.

Verdaderos son, á no dudarlo, estos cuadros de fimia laríngea, descritos por muchos laringocopistas como su expresion genuina y exacta. Pero estos cuadros tienen poco valor clínico en la especie, porque, cuando un tísico de los pulmones presenta afonía, dolor al tragar, tos apagada, disnea y estertores laríngeos, carece de importancia el exámen laringoscópico del órgano, pues sabemos de antemano que el espejo nos va á poner de manifiesto la clásica, conocida y trilladísima descripcion de la tísis laríngea ulcerosa.

Si el laringoscopio no nos hubiera prestado más que este servicio en la enfermedad de que tratamos, no deberíamos estarle muy agradecidos.

El especialista habituado al conocimiento de estos tísicos por partida doble, puede, sin necesidad de ver directamente la laringe, precisar el sitio y la forma de sus lesiones; pero de este diagnóstico no saca ninguna satisfaccion para su espíritu, porque desde luégo calcula que, arrastrados los enfermos á fatalísimo término por una tuberculósis generalizada, se halla reducido á la impotencia, y que su intervencion es completamente estéril.

El estudio de estas tísis laríngeas secundarias, hecho al laringoscopio, tiene un interes puramente anatomo-patológico. Es cierto que se anticipa por unos cuantos dias la *necrópsis* laríngea; pero, francamente, no es éste un resultado que deba enorgullecernos.

Para que la laringoscopia llegase á ser fructífera en la laringítis fímica, era necesario romper los moldes tradicionales en que se había calcado la idea del tubérculo. Ni la doctrina antigua de Bayle y Laennec, ni la moderna de Virchow, le habían hecho perder ese carácter diatésico especial del que necesaria y fatalmente tenían que derivarse la multiplicidad y generalizacion de las lesiones. Y los pulmones, los intestinos, las serosas, abriendo en la mayoría de casos el proceso destructivo, relegaban á lugar muy secundario, á último término, los destrozos tuberculosos de la laringe.

Pero, como más adelante demostrarémos, el tubérculo, ántes de generalizarse, ántes de llegar á ser una neoplasia infecciosa, ántes de hacer al enfermo caquéctico, ántes de convertirlo en verdadero tísico, tiene frecuentemente un período durante el cual permanece aislado, circunscrito, latente, localizado á un pequeño territorio, en el que se domicilia sin dar muestras de su existencia, ó provocando sólo ligerísimos trastornos funcionales. Y es en este período, en los albores de la tuberculósis, cuando importa conocer el peligro que amenaza al organismo. Que si el tubérculo pasa desapercibido en esta primera faz de su evolucion, de nada sirve apreciar más adelante las destrucciones orgánicas que engendra, la infeccion que determina. Nuestra ciencia entónces es la ciencia de la muerte, no la de la vida.

Estas ideas respecto á la benignidad relativa del tubérculo en el principio de su manifestacion son perfectamente aplicables á la laringe. Si la laringítis tuberculosa viene descrita con colores tan negros en las obras de la especialidad, débese esto á que ha sido estudiada en conexion con la tísis pulmonar. Fundado en observaciones propias, me propuse hace cuatro años romper el círculo de hierro en que giraba el conocimiento laringoscópico de esta enfermedad, y describí una tuberculósis laríngea primitiva que afectaba la forma hipertrófica y vegetante. Desde esta fecha he seguido con empeño todo lo que sobre el particular se ha escrito, y he visto en las recientísimas obras de Stoerk y de Morell-Makenzie, en las comunicaciones de Fauvel, en la monografía de Moure, que la admision de la tísis laríngea idiopática se abre camino y empieza á ser aceptada. No tengo la pretension de que á mis trabajos se deba que los especialistas hayan entrado en esta nueva vía, porque desgraciadamente ni España ni sus hombres, ni las cosas que les atañen, tienen importancia más allá de las fronteras nacionales; pero ustedes saben que el año pasado presenté una Memoria en el Congreso Internacional de Laringología celebrado en Milan, plan-

teando decididamente la cuestion de la laringofimia idiopática, y que en ella me refería á otros trabajos publicados por mí en los años de 1877 y 78.

Con arreglo á estas ideas, la descripcion que de la tísis laríngea voy á hacer abarcará un círculo más extenso que el que viene figurando como clásico en las obras especiales.

No entraré en este momento á hacer la exposicion de la doctrina anatomo-patológica del tubérculo laríngeo, porque la conoceis perfectamente. Como podeis ver en mi citada Memoria y en todos los Tratados que de este asunto se han ocupado, la presencia del tubérculo en la laringe ha sido afirmada y negada alternativamente. Los antituberculistas atribuían las lesiones laríngeas de los tísicos á la accion destructiva y vulnerante de los materiales segregados por los pulmones sobre la mucosa de la laringe. No encontrando en ésta ni la granulacion miliar ni la infiltracion caseosa, únicas formas estudiadas hasta entónces en los demas órganos como precursoras de la ulceracion, natural era que consideraran el proceso destructivo de la laringe como efecto indirecto del tubérculo pulmonar, y que no viesen en él el hecho directo é inmediato de una lesion análoga nacida en el mismo órgano. Pero cuando la anatomía patológica, representada por Rheiner, Rokitansky y Virchow, empezó á ocuparse de esta cuestion más de cerca, demostró que el verdadero tubérculo puede desarrollarse en la laringe como en los demas órganos. Y aunque no por eso fueron resueltas todas las dificultades, pues las formas macroscópicas del tubérculo laríngeo difieren de las descritas hasta entónces como propias del pulmon, poco á poco, y merced á un conocimiento más profundo de la degeneracion tuberculosa, han ido desapareciendo aquéllas, hasta el punto de que hoy dia el tubérculo de la laringe es admitido universalmente por todos los anatomo-patólogos. Más adelante nos ocuparémos de estas cuestiones y tendrémos ocasion de apreciar las causas que han contribuido á negar la existencia del tubércu-

lo laringeo; pues ahora conviene, teniendo presente que esta negacion no ha sido nunca sancionada por los médicos dedicados á la laringoscopia, que al emprender nosotros, á título de especialistas, el estudio de la tísis del órgano vocal, empecemos por conocerla en su expresion clínica ántes que anatómicamente.

El cuadro sintomático de la fimia laríngea es extenso y complicado. Necesítase, por tanto, para hacerlo comprensible exponerlo metódicamente.

Como todos los padecimientos laríngeos, préstase tambien la tísis á la division de sus síntomas en racionales y objetivos.

A los primeros pertenecen la disfonía, afonía, tos, expectoracion, disfagia, dolor y disnea.

Disfonía, afonía. — Las alteraciones de la voz empiezan desde muy temprano en los tuberculosos de la laringe. No traspasan generalmente el límite de lo que se conoce con el nombre de ronquera; siendo ésta á veces tan poco graduada, que apénas se nota una ligera modificacion del timbre de la voz cuando el enfermo habla en el tono ordinario de la conversacion; pero si trata de elevar su voz, gritar, cantar, etc., se observa que ha perdido las notas elevadas, en parte ó en totalidad. Esta deficiencia de la voz progresa paulatinamente, y en período adelantado de la enfermedad la afonía se establece de una manera completa. La pérdida absoluta de la voz se presenta algunas veces desde el principio, en época en que las lesiones, siendo todavía ligeras, no bastan á explicar la extincion funcional; y tanto por esto como porque en general los trastornos fonéticos son siempre en la tísis superiores al grado de la lesion, se ha buscado la razon de aquéllos en cierto estado paralítico del órgano vocal. Repetidas observaciones habían, en efecto, confirmado que en estos casos la laringe funcionaba perezosamente, que las cuerdas vocales no se aproximaban, que no se ponían tensas, que no vibraban, lo cual era suficiente á justificar la idea de

parálisis. Pero de qué procedía esta debilidad del órgano, fué un misterio hasta que Frænkel publicó en los *Archivos* de Virchow (1877) un notabilísimo trabajo (1) referente á la degeneracion que experimentan los músculos de la laringe en la tuberculósis, y en el que hacía constar que la materia contráctil de éstos entra en regresion granulo-grasosa, unas veces por trasformacion directa de sus elementos sarcódicos, y otras por la presion que en ellos ejerce la proliferacion de las células del tejido conjuntivo contenido en el interior de los mismos músculos.

Limitando la inspeccion, segun Frænkel, á la superficie del órgano fonético, poco ó nada se nota que explicar pueda la alteracion persistente de la voz, y ménos todavía signos que indiquen el ataque que la degeneracion fímica ha inducido ya en sus partes profundas. Y como en la inspeccion laringoscópica el exámen no pasa más allá de la membrana mucosa, escapan á la observacion, en los casos en que la infiltracion tuberculosa ha empezado profundamente, las lesiones ocasionadas por ésta.

Estas consideraciones confirman las ideas emitidas por mí, de 1877 á 1878, respecto á la existencia de ciertas formas de tísis laríngeas reveladas solamente por estados hipertróficos subyacentes á la mucosa, y que han sido descritas como laringítis plásticas simples.

Por último, para completar todo lo que hace relacion á los signos suministrados por la voz en los tísicos, diremos que la extincion de ésta es más pronunciada desde el principio y que sus timbres están más anulados, más apagados que en igual período de las laringítis sifilítica y cancerosa.

Tos, expectoracion. — Si estudiamos un tísico de laringe en el que al mismo tiempo exista tuberculósis pulmo-

(1) Traducido por el Dr. Silvio Escolano, y publicado en aquella época en *El Anfiteatro Anatómico* (REVISTA DE LARINGOSCOP. Y OTOSCOP.)

nar ó catarro bronquial, notarémos el predominio de estos síntomas. La abundancia de la expectoracion nos ha servido muchas veces para establecer el diagnóstico en ciertos casos de dudosa resolucion. Pero en el primer período de las tísis laríngeas idiopáticas son insignificantes la tos y la expectoracion, y á veces faltan por completo cuando ya la disfonía está muy graduada.

Lo comun es que en esta primera etapa de la enfermedad apunte la tos, pequeña, moderada, benigna, provocada por la conversacion, por esfuerzos de voz, por aspiraciones frias ó estimulantes, por causas ocasionales, en fin, que quitan importancia al síntoma y le caracterizan como indicio de mera sensibilidad laríngea.

Más adelante la tos se hace frecuente, espontánea, llegando por su constancia y repeticion á cortos intervalos, ó por accesos largos, fuertes y espasmódicos, á ser uno de los síntomas más penosos para el enfermo. Su carácter es ronco, de silbido, cavernoso, eructante ó como de soplo explosivo, siguiendo en estas variantes una marcha paralela á la que presenta la voz y á las incompletas y defectuosas adaptaciones de la laringe en el acto de la fonacion.

La expectoracion es, cuando empieza, catarral, sencillamente mucosa; aumenta poco á poco sin perder este carácter y llega á ser abundante áun ántes de que las lesiones hayan entrado en su período destructivo. Indemne todavía la mucosa laríngea, se la ve al laringoscopio cubierta de abundantes mucosidades, segregadas *in situ*, y producidas por el proceso catarroso concomitante de la fimia.

Pero, á medida que las ulceraciones se establecen, la expectoracion se modifica, y á las grandes cantidades de moco vienen á agregarse estrías sanguíneas y porciones evidentemente purulentas. Segun lo que la experiencia nos ha enseñado, la sangre viene de las pequeñas exulceraciones, de los desprendimientos superficiales de epitelios en los folículos y glándulas hipertrofiadas; y el pus

procede de las ulceraciones profundas ó del interior de las mismas glándulas atacadas de fusion purulenta.

Disfagia, dolor. — La dificultad á la deglucion existe casi siempre en períodos adelantados de la tísis laríngea. A ocasiones nace el impedimento de un obstáculo mecánico; la hipertrofia de la epiglótis y de la region aritenoidea se oponen al paso libre de los alimentos y de los líquidos; frecuentemente se introducen éstos en la cavidad laríngea y producen accesos de tos y sofocacion que los hacen devolver por la boca y las narices. Pero en la generalidad de casos, al estorbo mecánico viene á agregarse el dolor como causa de disfagia. Tanto la deglucion á lleno (alimentos, líquidos, saliva), como la deglucion en vacío (simple contraccion de la faringe), determinan en el enfermo vivos sufrimientos; lo que prueba que el dolor es provocado por el paso de las sustancias deglutidas sobre superficies ulceradas é inflamadas, y por el movimiento de dislocacion, primero arriba y despues abajo, que imprime á la laringe el acto de la deglucion.

Raro es que los dolores laríngeos no se extiendan á los oidos. Ziemssen, que ha querido hacer de este síntoma un signo indicador del cáncer laríngeo, ha sido impugnado por todos los especialistas. La observacion diaria demuestra que siempre que un enfermo tiene dolor vivo á la deglucion, ya se trate de padecimientos laríngeos ó guturales, la otalgia es uno de sus tormentos. La única diferencia que respecto á este síntoma podemos establecer entre los tísicos y cancerosos laríngeos, es que en estos últimos es más constante la unilateralidad del dolor auricular, por la razon de que la degeneracion empieza siempre por un lado de la laringe, miéntras que en los primeros suele el dolor extenderse á ambos oidos, porque el proceso tuberculoso gana desde muy temprano las dos mitades del órgano.

En cambio, el dolor espontáneo es más raro en la tísis que en el cáncer. Llegado éste á un período avanzado,

casi siempre se acompaña de irradiaciones dolorosas; aquélla no los presenta sino por excepcion, cuando las ulceraciones están inflamadas y ocupan una gran extension del borde de la epiglótis ó de los vértices aritenoideos.

Todos los autores están contextes en asegurar: que la disfagia dolorosa alcanza en la tísis un grado superior al que presenta en los demas padecimientos laríngeos; que hace la desesperacion de los enfermos; y que muchos prefieren morir de inanicion á sufrir los intensos dolores que la deglucion les ocasiona. Esto es cierto tratándose de los últimos períodos de la enfermedad, y cuando hay complicacion pulmonar; pero en las tísis idiopáticas y, sobre todo, en las que nosotros hemos descrito con el nombre de hipertróficas y vegetantes (1), los enfermos corren casi todas las fases de su padecimiento sin disturbios ni molestias disfágicas.

Disnea. — Varía en la enfermedad que estudiamos, segun su causa resida en los pulmones ó en la laringe. En el primer caso, el trastorno respiratorio se halla reducido á una anhelacion, más ó ménos graduada, provocada por la tos, por un ligero esfuerzo, por subir cuestas, escaleras, etc.; es simplemente la cortedad de respiracion propia de los que llevan tubérculos en sus pulmones. Y aunque ésta es la forma disneica descrita en las tísis laríngeas, nosotros no podemos admitirla como su nota característica. La disnea propia de las laringítis tuberculosas es la que tiene su orígen en la misma laringe, independientemente de las dificultades que para el cumplimiento de la respiracion puedan existir en los bronquios y en los pulmones. Fácilmente se comprende que para que la disnea laríngea se presente debe existir cierto gra-

(1) Véase la Memoria presentada al primer Congreso Internacional de Laringología, Milan, 1880.

do de estenósis del órgano; y esto acontece, por regla general, en las tísis plásticas ó hipertróficas que llegan á obstruir casi por completo la cavidad del órgano. Obsérvase entónces la respiracion estridulosa, el cornaje, la asfixia inminente, una expresion sintomática, en fin, que, áun sin ayuda de los signos laringoscópicos, puede fácilmente referirse al órgano vocal. La forma pura de esta disnea se presenta en las tísis idiopáticas, cuya alteracion anatómica se marca por engrosamientos y vegetaciones; pero en las laringofimias secundarias á la tuberculósis pulmonar, la disnea se expresa de distinta manera, tiene su orígen en el pecho, no es síntoma directo del padecimiento laríngeo, y debemos por tanto excluirla de su cuadro genuino y legítimo, por más que todos los autores la hayan descrito como síntoma propio del mismo.

Los signos derivados del estado general: demacracion, sudores nocturnos, fiebres, pérdida de apetito, etc., han sido tambien incluidos entre los síntomas racionales de la tísis laríngea sin razon alguna que lo justifique, pues ántes que á las lesiones de un órgano determinado pertenecen á la caquexia y á la infeccion producida por los materiales morbígenos aportados á la circulacion.

Expuesta la descripcion de la tísis laríngea tal como era conocida ántes del descubrimiento del laringoscopio, entramos ya en el terreno de la especialidad objeto de estas conferencias. Vamos á hacer uso del exámen directo en el estudio de esta enfermedad, y á recoger signos gráficos, positivos, inequívocos, que nos servirán para reconocerla desde su iniciacion, áun mucho ántes de que los síntomas racionales la hayan hecho sospechar.

La descripcion laringoscópica que de la tuberculósis laríngea voy á daros, diferirá grandemente de la que hallaréis en las obras clásicas. Nace esta diferencia de que, en mi opinion, han sido desconocidas por los especialistas las formas anatómicas iniciales del tubérculo de la laringe. Pues si bien es cierto que el laringoscopio puso la laringe á nuestra vista desde el momento de su introduc-

cion, era imposible, áun teniendo el órgano al alcance de nuestros sentidos, diagnosticar de tuberculosas modificaciones de textura que, macroscópicamente estudiadas, distaban mucho de las formas miliar y caseosa, consideradas hasta entónces como propias y exclusivas del tubérculo.

De aquí nació la magna cuestion suscitada entre los anatomo-patólogos respecto á la averiguacion de la naturaleza de las laringítis de los tísicos, sosteniendo unos que eran simplemente inflamatorias, y afirmando otros su carácter específico. No reproduciré aquí la historia ni los detalles de esta discusion, porque ya lo hice de una manera completa en la Memoria citada que conoceis; pero sí recordaré que cuando, por los trabajos de Rokitansky, Foerster, Virchow, los ánimos estaban, predispuestos en parte, convencidos en su gran mayoría á aceptar el tubérculo laríngeo, los laringocopistas, que nunca pusieron en duda su existencia, tocaban, sin embargo, la dificultad de que jamás podían observar en la laringe la granulacion tuberculosa, de la que Virchow había dicho que ningun terreno era tan á propósito para estudiarla como la mucosa laríngea, en la que, segun él, se desarrollaba superficialmente, se rompía desde muy temprano y daba orígen á las ulceraciones que luégo descubríamos con el laringoscopio.

Esta doctrina ha venido reinando casi hasta nuestros dias, y por eso los especialistas, aunque impotentes para descubrir en la mayoría de casos esa granulacion miliar de que habla Virchow, recogían cuidadosamente algun que otro ejemplo en que la mucosa laríngea presentaba un semillero de pequeños puntos amarillentos, en los que se creía reconocer el tipo puro del tubérculo. Ter Maten cita dos casos, Türck uno, Ziemssen dos, que con algunos otros mencionados por Isambert, Fauvel, Stoerk, observados en enfermos de granulia aguda, forman un contingente tan pobre, que desde luégo predispone á la duda de si habrán sido bien interpretados al ser calificados de tubérculo miliar. Y, efectivamente, Heinze y Beverley Ro-

binson han demostrado recientemente que esas pequeñas elevaciones halladas en las laringes de los tísicos no son granulaciones tuberculosas, sino folículos cerrados del tejido submucoso, inflamados y llenos de líquido sero-purulento.

Hay, pues, que renunciar definitivamente á encontrar en la laringe las formas clásicas del tubérculo, y abandonar esas finezas de investigacion que conducían, para salvar la teoría, á enaltecer entre millones de casos el hallazgo de alguno que tenía una semejanza puramente externa con el tubérculo miliar.

El tubérculo existe positivamente en la laringe; y existe con las mismas formas que los últimos descubrimientos anatómicos le han reconocido. Existe en su forma típica y genuina de folículo tuberculoso, con sus células embrionarias, epitelioides y gigantes; sólo que estos nidos tuberculosos no están, como creía Virchow, en la superficie; se encuentran á diferentes profundidades; y tanto en su zona periférica como á cierta distancia de ellos, en las glándulas, en el conjuntivo, en los cartílagos, en el pericondrio y hasta en el sarcolema, determinan una hipertrofia fibroide, miéntras que en su centro suelen presentar la degeneracion caseosa.

Ya, con estos antecedentes, os será fácil apreciar la razon de las diferencias que hallaréis entre la descripcion laringoscópica que de la tísis voy á daros, y la que hasta ahora ha venido considerándose como clásica. Diferencias que encontraréis tanto más fundadas, cuanto que, áun ántes de que la última palabra de la anatomía patológica hubiese venido á confirmarlas, las había yo ya (1877 y 1878) expuesto como resultado de mis observaciones clínicas.

Cuando se hace el exámen laringoscópico en un enfermo afectado de tuberculósis laríngea, podemos encontrar los tipos siguientes:

1.° *Anemia tuberculosa.* — Palidez general de toda la mucosa laríngea, ó más especialmente del borde de la

epiglótis, de su cara posterior y de los vértices aritenoideos. Esta palidez no tira á blanco, como en la verdadera anemia, sino á amarillo grisáceo en los puntos más salientes, y á rosa sucio en los ménos marcados. Coinciden á veces con la decoloracion de la mucosa congestiones parciales, circunscritas en los aritenoides, discretas en el borde de la epiglótis, de forma lineal en las cuerdas vocales; ó vasos que serpentean repletos de sangre, contrastando con el fondo anemiado que recorren.

Para que el estado exangüe de la laringe sea indicador de la tuberculósis, es necesario que el individuo no sea anémico ni clorótico, pues en este caso la palidez laríngea no procede de una debilidad ó pobreza circulatoria del órgano (¿obstruccion tuberculosa de los vasos?), y hay que considerarla como una pequeña muestra de su participacion en el tono general de las mucosas. Su validez para el diagnóstico consiste, pues, en que esté aislado y localizado en la laringe.

Tan comun se ha creido siempre esta anemia del órgano vocal en la tuberculósis, que muchos autores la han presentado como su primer período, y otros, no escasos en número, como su signo precursor. Unos y otros tienen razon cuando se trata de tísicos de pecho, de enfermos cuya organizacion viene ya quebrantada por la presencia de tubérculos en los pulmones, y cuya sola fácies despierta en el médico sospechas de una tísis más ó ménos latente. Pero cuando la tuberculósis debuta en la misma laringe, en medio de un estado general satisfactorio, con pulmones sanos y sin trastornos en las funciones generales, la imágen laringoscópica que entónces descubrimos puede ser enteramente contraria y ofrecer los caractéres siguientes:

2.° *Catarro tuberculoso.* — Enrojecimiento vivo, rara vez generalizado, discreto las más. En el primer caso, reparticion desigual de la inyeccion inflamatoria, que es más subida en unos puntos que en otros; en el segundo, las partes que no están tocadas de la inflamacion tienen una

coloracion normal, y nunca se presentan pálidas como en el tipo anterior. La mucosa ha perdido su lisura, hay en ella desigualdades, elevaciones, vellosidades, y hasta puntos ligeramente hipertrofiados. Las mucosidades son abundantes, bañan y áun llenan el vestíbulo laríngeo, y á veces regurgitan en él á la expiracion, ó bien están adheridas en determinados puntos: vértices aritenoideos, glótis mucosa, cuerdas, cara interna de la epiglótis, surcos faringo-laríngeos, simulando placas blanquecinas, grisáceas, semejantes á ulceraciones superficiales de fondo sucio. Se adhieren tenazmente, se expelen con dificultad por la tos y conatos de expectoracion, siendo á veces necesario pasar una esponja humedecida en agua tibia por las superficies cubiertas de secreciones para conseguir su desprendimiento. Entónces se ven los puntos de la mucosa en que aquéllas se implantaban vivamente enrojecidos, brillantes, á veces con sus epitelios desprendidos, y como exulcerados ó ligeramente erosionados.

A este aspecto de la laringe podemos dar el nombre de catarro tuberculoso, porque al primer golpe de vista parece no diferir del simple catarro; pero cuando se fija la atencion en la manera insensible y sorda como ha nacido, en su tenacidad y rebeldía al tratamiento, en la abundancia y carácter pegajoso de las mucosidades, en las desigualdades y elevaciones de la membrana mucosa, se llega fácilmente á la determinacion de su naturaleza.

3.° *Hipertrofia tuberculosa.* —Los engrosamientos de ciertas partes de la laringe son conocidos desde los primeros tiempos del laringoscopio como acompañantes de la tísis, pero la interpretacion que de ellos se daba era equivocada. Generalmente eran considerados como edematosos y resultado de la infiltracion serosa ó purulenta que las ulceraciones determinaban en el tejido conjuntivo laxo que las rodea. Favorecía esta explicacion la circunscia de ser la glótis mucosa el sitio predilecto de estas hinchazones, donde es sabido existe grasa, tejido conjuntivo

flojo y glándulas numerosas. Sin negar que las cosas sucedan de este modo en las últimas fases del período necrósico y destructivo de la tísis, cuando las ulceraciones son profundas, cuando han invadido los cartílagos produciendo secuestros y mortificaciones más ó ménos extensos; sin negar, repito, que el verdadero edema se presente algunas veces en estas condiciones, puede asegurarse que las hipertrofias de ciertas partes de la laringe en la tísis, ni son edematosas, ni tienen la significacion que se les ha querido dar. La hipertrofia es sólida, dura, compuesta de tejido fibroso, fibro-embrionario, neoplásico; ocupa las glándulas, los vasos, el dérmis sub-mucoso, el pericondrio, los cartílagos y hasta los músculos. Se manifiesta desde muy temprano en el proceso tuberculoso, y frecuentemente sólo por ella se traduce la infiltracion fímica. En vez de ser consecuencia de la ulceracion, la precede por mucho tiempo y es su causa eficiente, determinando el desprendimiento de epitelios, la pérdida de sustancia y la necrósis de las capas superficiales que no pueden ya nutrirse y vivir á consecuencia de la proliferacion tuberculosa que bajo ellas se verifica.

Tiempo hace que, guiado por la clínica, interpreté en este sentido las hipertrofias de la tísis laríngea; posteriormente vinieron los trabajos histológicos de Doleris á confirmar mis ideas con la demostracion anatómica; y hoy dia, Stoerk y Morell-Makenzie, en sus recientes obras publicadas en 1880, admiten la hipertrofia laríngea como uno de los períodos primarios de la tísis.

La hipertrofia es generalizada ó ataca puntos circunscritos; se limita á una mitad de la laringe ó predomina más en un lado que en otro. El sitio preferente son los aritenoides, la glótis mucosa, los repliegues y la epiglótis. La hinchazon recorre una serie de numerosos términos, pudiendo llegar desde un ligero engrosamiento, que no borra las formas de la parte, hasta tomar el aspecto de un tumor uni ó bilobulado, segun la neoplasia invada una ó ambas mitades del órgano.

Los vértices aritenoideos se redondean, se engruesan, adquieren en ocasiones el tamaño de masas voluminosas parecidas á una pera cuya gruesa extremidad estuviese dirigida hácia el espacio inter-aritenoideo y la punta hácia el ligamento ariepiglótico. La hipertrofia es en estos casos tan considerable que los cuerpos de los aritenoides vienen á contacto, se comprimen recíprocamente y la glótis mucosa desaparece. Otras veces la hinchazon aritenoidea es moderada; el vértice de los cartílagos se presenta solamente un poco más obtuso, pero el pliegue mucoso que constituye la glótis respiratoria es el asiento preferente del engrosamiento; se ve lleno de elevaciones y relieves, de arrugas, de surcos, de desigualdades, de vegetaciones, de verrugosidades que estorban la aproximacion de las cuerdas en la fonacion y son causa de afonía.

La epiglótis toma una parte muy principal en el proceso hipertrófico. Su borde libre se engruesa, se redondea, se hace más obtuso. Isambert ha dicho que tiene la forma de fimósis ó parafimósis, y Fauvel la del hocico de tenca del cuello uterino. Con esta alteracion coincide generalmente una disminucion en su coloracion normal, que llega á ser rosa-pálida ó amarillenta. Su superficie es lisa, uniforme y desprovista de secreciones cuando predomina la decoloracion, pero tomentosa, sembrada de gránulos miliares y con pequeños blocs de mucosidades en sus intersticios cuando está enrojecida. La forma del opérculo laríngeo no cambia sólo en su volúmen, sino tambien en su direccion; sus ángulos laterales se hacen entrantes por efecto del enroscamiento hácia la línea media de su cara posterior; se abarquilla, toma la forma de una herradura, de arco á veces tan estrecho que imposibilita la inspeccion de la region supra-glótica. Esta hipertrofia es dura, rígida; invade en período adelantado ambas caras de la epiglótis, y es en alto grado característica de la finia laríngea. Burow dice que durante mucho tiempo la consideró como su signo patognomónico, hasta que la encontró en un caso de laringítis sifilítica.

Los repliegues ariepiglóticos se afectan tambien de la hipertrofia, la cual se propaga á ellos por los aritenoides, y forma con la de éstos un todo continuo; ó bien se dejan invadir por el proceso hiper-plásico del lado de la epiglótis, y contribuyen entónces, por el acortamiento que en este punto experimentan, á la deformidad de ésta.

Las bandas se engruesan en su parte posterior; su superficie aparece desigual, llena de elevaciones y abolladuras; toman un color rojo sucio, deslustrado, apagado, sin descender nunca al tinte pálido, anémico de los aritenoides y la epiglótis.

Las cuerdas pierden su blancura nacarada, brillante; se vuelven cenicientas, tuberosas, y de cintas delgadas, aplanadas, vibrantes, y dotadas de fáciles y ligeros movimientos, se convierten en cordones ásperos, redondeados, cilíndricos, torpes, pesados y desprovistos de agilidad. Sus bordes no se adaptan; presentan concavidades, elevaciones, depresiones; á veces son dentados y en forma de sierra; y por su parte posterior, en el punto de insercion á las apófisis vocales, adquieren mayor engrosamiento que en el resto de su extension.

4.° *Parálisis tuberculosa.* — Al hablar de la afonía de los tísicos indicamos el mecanismo de su produccion. Desde muy temprano nótase entorpecimiento y pereza marcada en los movimientos de la laringe; la alteracion de la voz es entónces debida á una paresia muscular y no traspasa los límites de la disfonía. Más adelante la parálisis es mecánica; la hipertrofia impide la adaptacion de las cuerdas, sus movimientos, sus vibraciónes; los aritenoides, comprimidos uno contra otro, las tienen fijas é inmóviles; las bandas tumefactas pesan sobre ellas y las paralizan; y uniéndose á esta rigidez y anquilósis de las articulaciones de la laringe los progresos de la degeneracion muscular, que ha continuado aumentando, la voz se extingue por completo y la afonía se fija definitivamente.

5.° *Vegetaciones y pólipos tuberculosos.* — No los admiten los autores, pero yo he demostrado su existencia con observaciones que no dejan lugar á duda. Me refiero á producciones vegetantes cubiertas de epitelios, á verrugosidades, á verdaderos pólipos, en una palabra; con lo cual quiero decir que estas vegetaciones que voy á describir difieren de las escrecencias y granulaciones de las úlceras tuberculosas, que son las que vienen expresadas en las obras de la especialidad. Los sitios en que de preferencia se desarrollan los pólipos tuberculosos, son la glótis inter-aritenoidea y el ángulo anterior de las cuerdas vocales.

Yo he extirpado de este último punto un pólipo bífido del tamaño y forma de dos almendras unidas por sus puntas, cuyo estudio macroscópico y microscópico, ilustrado con figuras, publiqué hace cuatro años en *El Anfiteatro Anatómico Español*, y del cual resultaba que el tumor era un fibroma recubierto de epitelios con nidos tuberculosos en su parénquima; viniendo despues la marcha ulterior de la enfermedad á confirmar la exactitud de este diagnóstico. En la glótis mucosa han visto todos los especialistas tumorcitos mayores que las verdaderas granulaciones, del tamaño de un guisante, de un haba pequeña, de un piñon; y aunque todos dicen que brotan del fondo de ulceraciones y que no deben tomarse por verdaderos pólipos, es lo cierto que muchas de estas vegetaciones no vienen de úlceras, ni son meras fungosidades. Así es, que Makenzie confiesa haber hallado en la autopsia de un tísico de laringe un tumor en la region meso-aritenoidea cubierto por tres capas de epitelios. Producciones con estos mismos caractéres he observado tambien en las cuerdas vocales, aunque no tan frecuentemente como en los sitios ya indicados.

Hasta hace poco he creido imposible diagnosticar al laringoscopio la naturaleza de estos pólipos guiándose sólo por el aspecto de ellos. Para conseguirlo, juzgaba necesario poner á contribucion otros signos tomados del estado general de la laringe, tales como la hipertrofia de

sus diversas partes; pero, analizando más detenidamente mis observaciones, puedo afirmar hoy que los pólipos tuberculosos son pálidos, descoloridos, blanquecinos, no en su totalidad, sino en sus partes más salientes, hasta el punto de simular la mancha de una mucosidad adherida. Y que esta apariencia es ilusoria, lo comprueba el que no desaparece con un toque de esponja, y que, áun despues de extraidos, conservan esta coloracion marmórea.

6.° *Ulceraciones tuberculosas.* — Hèmos dejado para el final del cuadro descriptivo de la tuberculósis laríngea el estudio de las lesiones ulcerosas, porque ellas constituyen la última etapa de la enfermedad. Consideradas hasta hace poco como el signo característico y principal de la laringofimia, han venido siendo objeto casi exclusivo de la atencion de los laringocopistas; resultando de esta importancia extraordinaria, concedida al período final de un padecimiento diatésico que termina con la generalizacion y la caquexia, la confusion que se origina cuando en un problema se introducen datos que le son completamente extraños. Así es que la tuberculósis laríngea se diagnosticaba en el período ulcerativo, no sólo por las lesiones locales, sino tambien por el exámen de los pulmones y por los síntomas generales. De aquí que muchos autores pongan en duda la tísis laríngea idiopática y digan, como Ziemssen, que, siempre que han hallado el tubérculo en la laringe, encontraron tambien afectados los vértices de los pulmones.

No es nada lógico esperar la presentacion de la caquexia tísica para diagnosticar el tubérculo de un órgano, pues lo que lógicamente procede diagnosticar entónces es la tuberculósis de todo el organismo. El especialista debe preocuparse de conocer á tiempo el terrible drama que se inicia en el órgano vocal, porque sólo entónces es cuando puede ser útil al enfermo. Y que esto puede conseguirse sin invencibles dificultades, se demuestra con la multitud de signos positivos que llevamos analizados hasta ahora,

los cuales preceden á la ulceracion, y son compatibles, cuando la tísis no ha empezado por el pulmon, con una salud general relativamente satisfactoria.

Las úlceras tuberculosas se observan en todos los sitios de la laringe, pero empiezan siempre por aquellos puntos que han sido objeto preferente de la infiltracion fímica. Tiene este privilegio en alto grado la region interaritenoidea; por eso nuestra atencion debe dirigirse á ella en primer término. La mucosa engrosada presenta en el centro ó á los lados de la glótis respiratoria una pérdida de sustancia única ó múltiple; en el primer caso es extensa, superficial, y está cubierta de mucosidades adherentes; en el segundo se notan varios puntitos pequeños, profundos, llenos de pus, que parecen corresponder á los orificios glandulares ulcerados. Estas ulceraciones punteadas están á veces elevadas sobre la mucosa circundante, y entónces aparecen manchadas de sangre á los esfuerzos de tos ó de vocalizacion, y á los más ligeros toques con la esponja. O bien la membrana está carcomida, corroida, como invadida por un fagedenismo, con fondo desigual y sucio, con circunferencia irregular, con bordes franjeados, destruida en toda la extension del arco que forma entre los aritenoides, ó en una gran parte. Por último, tiene el proceso ulcerativo de la plica mucosa tendencia á la produccion de escrecencias y mamelones que lo enmascaran y ocultan á nuestra vista.

Siguen en frecuencia á las úlceras de esta region las de los procesos vocales y de la atadura posterior de las cuerdas. Son de várias formas: pequeñas, profundas y crateriformes, con estrechísima areola inflamatoria; granulosas, elevadas y sanguinolentas; longitudinales al borde, en el que producen una escotadura semi-lunar; ó grandes, extensas y profundas al mismo tiempo, hasta el punto de ocasionar gravísimas destrucciones de tejidos, desprender la cuerda de su atadura y aparecer flotante en la glótis la extremidad posterior de ésta.

El proceso ulcerativo manifiesta tambien predileccion

por el resto de las cuerdas, y más especialmente por su ángulo anterior. En su longitud se manifiesta en forma de fisuras lineales paralelas á los bordes; ó de úlceras pequeñas, redondeadas y de contornos elevados; ó con escotaduras múltiples de sus bordes libres, á las que corresponden elevaciones del lado opuesto, simulando el engranaje de dos sierras. En el ángulo anterior, las ulceraciones se desarrollan de una manera parecida á las de la region meso-aritenoidea. Son susceptibles de tomar las mismas formas, de extenderse á la cara interna de la epiglótis y de proliferar carnosidades que impiden la vision directa de ellas.

Discretas y aisladas aparecen las úlceras tuberculosas en el borde de la epiglótis, en las bandas y en los repliegues. Son pequeñas, del tamaño de una lenteja, pero con bordes irregulares; de fondo desigual, grisáceo, granuloso; no profundizan, como en otras regiones, debido quizá á que no reposan sobre glándulas y folículos, y existen en diferentes puntos á la vez, siendo rarísimo el observar una sola. Pero en estas regiones de la laringe es donde se manifiestan de preferencia las grandes úlceras tuberculosas. Bien sea porque, extendiéndose las que acabamos de describir, concluyan por reunirse, ó bien por efecto de los progresos de un solo punto ulcerado, yo he visto destrucciones, que alcanzaban á todo el borde libre de la epiglótis, ganar los repliegues ariepiglóticos y descender á las bandas. El aspecto de estas ulceraciones es imponente; se hallan cubiertas de una capa de pus difícil de desprender; son excesivamente dolorosas; despues de limpias dejan ver un fondo granugiento, cuyas pequeñas elevaciones son sanguinolentas, y las depresiones grisáceas; simulan una úlcera fagedénica, serpiginosa, superficial, cuyos bordes se funden insensiblemente con los tejidos vecinos.

7.° *Ulceraciones aftosas.* — Frecuentemente se observa en los tísicos de pecho vivamente enrojecida toda la mucosa laríngea, sin hipertrofias, vegetaciones, escrecen-

cias ni deformidades; el órgano conserva la normalidad de su forma; sus paredes no se han engrosado, ni su capacidad reducido; sólo una inflamacion generalizada, superficial, de coloracion muy intensa, con ulceraciones llanas, nada profundas, en la parte posterior y en la cara anterior de la epiglótis, pero de fondo tambien inflamatorio y rojo como el resto de la mucosa, es el aspecto que estas laringes presentan. Es este tipo muy comun en los tísicos, y corresponde á la descripcion que Louis nos había dado de las laringítis de los tísicos. Todavía se disputa entre los anatomo-patólogos sobre si estas úlceras son resultado directo de la tuberculósis laríngea; inclinándose el mayor número, en vista de la no infiltracion de sus bordes, ni de los tejidos subyacentes, á considerarlas, unos como producto de la simple irritacion de los esputos pulmonares, y otros, Ziemssen y Rindfleisch, como una infeccion local de la materia tuberculosa expectorada. De todos modos, es lo cierto que esta forma no se presenta sino en período avanzado de la tísis pulmonar, y que debemos eliminarla de los tipos propios de la tuberculósis de la laringe, tanto porque es una mera propagacion á ésta, cuanto porque, á pesar de ser la primera forma en que se fijaron los tisiólogos, todavía no se han puesto de acuerdo sobre su génesis.

8.° *Pseudo-tubérculos miliares.*—Con lo que ya hemos dicho de la rareza en la laringe de la granulacion miliar, siguiendo el parecer de todos los laringocopistas, nos podemos creer dispensados de hacer su descripcion. Sin embargo, como Fauvel, Isambert, Stoerk, Ziemssen, Türck, Ter Maten, dicen haberla observado una ó dos veces al máximum, no estará de más manifestemos que ya esta misma rareza, entre millares de casos, aboga por una falsa interpretacion del hecho. Así lo han demostrado, como ya he dicho, Heinze y Beverley Robinson, quienes han averiguado que los supuestos granos tuberculosos son pequeños abcesos de las glándulas y folículos laríngeos,

que entran en inflamacion supuratoria por la presencia de depósitos tuberculosos en su interior ó en sus inmediaciones.

9.° *Aspecto sintético de la tuberculósis laríngea.* — El órden analítico que hemos adoptado en la exposicion de los signos laringoscópicos de la tísis no es ideal, como podrían creer los que no la conocen sino por las descripciones clásicas que de ella tenemos. Basta con que se presenten aislados en ciertos casos, para que el práctico se vea obligado á diagnosticar el padecimiento por una sola de sus manifestaciones. Y que estos casos no son tan raros como hasta ahora se ha creido, se comprenderá colocándose en nuestro punto de vista, que es el aprender á conocer la tuberculósis de la laringe desde el momento que nace, en la época de su primitiva localizacion, y ántes que haya alterado de un modo considerable las funciones del órgano y las generales del organismo. Esto es lo importante; y miéntras los especialistas no se convenzan de ello, de poca ó ninguna utilidad será nuestra intervencion al paciente. Sucede, sin embargo, que, en la mayoría de casos consultados, la sencillez objetiva del período inicial ha pasado, y las laringes que tenemos que examinar ofrecen un cuadro complejo. Por eso debemos mencionar aquí que lo comun es que encontremos combinados, mezclados y coexistentes todos los signos ya estudiados.

La palidez y los tonos bajos en la coloracion de algunas partes de la laringe, las hipertrofias, las vegetaciones y las úlceras son las muestras más salientes de la síntesis laringofímica. Agréguese á esto que se presentan con cierta generalizacion, que no se limitan á un punto aislado de la laringe y que, áun en los casos de no atacar más que un lado, las lesiones son, por lo general, discretas é independientes, y no tardan en invadir la otra mitad del órgano.

Con lo dicho damos por terminada la descripcion de

la tísis laríngea, tal como nosotros creemos debe exponerse hoy dia, dados los recientes descubrimientos de la anatomía patológica, y la mejor interpretacion que con su auxilio han recibido los signos objetivos que el laringoscopio nos revela.

SEGUNDA CONFERENCIA

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL TUBÉRCULO Y SU CURABILIDAD

SEÑORES:

No deberíamos enorgullecernos de conocer á fondo la tísis laríngea si viniéramos á sacar la consecuencia de que es incurable. Así tuve ocasion de oirlo en el Congreso de Milan á algunos de los primeros especialistas de Europa; y aunque otros no ménos distinguidos, Schmidt, Schnitzler, Stoerk, Gouguenhein, se manifestaron favorables á la idea de su curabilidad, puede decirse que por la premura del tiempo quedó intratada esta cuestion ante aquella Asamblea, que reunía en su seno los sabios más competentes para resolverla. El debate quedó aplazado para el próximo Congreso de Laringoscopia; pero nos ha llegado la hora de tratar este problema, y nosotros no podemos dejarlo en suspenso hasta que recaiga sobre él la decision autorizada de la futura reunion. Es necesario, pues, que nos apliquemos á resolverlo con nuestras propias fuerzas; empresa no difícil, porque los datos de la ciencia son patrimonio de todos, y si no nos separamos de ellos, y compulsamos con detencion los hechos fisiológicos, patológicos y terapéuticos que sus anales nos ofrecen respecto á esta cuestion concreta, confiamos en que nos hemos de

aproximar á la verdad, sin contraer por ello ningun mérito especial.

No se puede negar que desde tiempo inmemorial la tísis viene considerada como de difícil curacion. Entre los antiguos, esta opinion se fundaba en el concepto que de ella habían formado. Entendíase por tísis, no una especie nosológica determinada, sino un estado de consuncion y de marasmo á que venían á parar los enfermos por efecto de una destruccion profunda incompatible las más de las veces con la vida. De aquí los nombre de tísis hepática, esplénica, intestinal, pulmonar, laríngea, ulcerosa, tubercular, nerviosa, etc.

Sólo en el último siglo empezó á circunscribirse la tísis, limitándola á las afecciones pulmonares que inducían á un término fatal, y que se caracterizaban por tos persistente, expectoracion purulenta, demacracion, sudores, diarrea abundante, fiebre héctica vespertina.

Pero el concepto de la consuncion tísica avanza en su determinacion, y, de entre todas las lesiones del pulmon capaces de originarla, empieza á destacarse el tubérculo como su causa orgánica inmediata.

Morton, Portal, Baillie, Water, describen perfectamente los nódulos tuberculares del pulmon que se trasforman en una materia blanquecina, opaca, disgregable, de naturaleza escrofulosa, esteatomatosa ó caseosa.

Bayle, en 1810, compara el tubérculo á granos de mijo, los cuales, si se enquistan, dan orígen á la forma miliar, y si no á la infiltracion tuberculosa. De las seis especies de tísis que admite Bayle, sólo estas dos son producidas por el tubérculo; y éste, segun él, es una degeneracion capaz de generalizarse á todos los órganos, conservando siempre la identidad de su naturaleza, y dependiente de una disposicion del organismo, que llamó diátesis tuberculosa.

La especificidad del tubérculo se expresa ya claramente en la doctrina de Bayle, pero no la de la tísis, de la que admite várias clases. Se necesita llegar hasta Laennec para ver surgir completa la unidad de la tísis bajo

la doble base de la Clínica y de la Anatomía. Clínicamente considerada, es aquélla la consuncion determinada por la presencia de tubérculos en los pulmones; y, anatómicamente, su lesion es siempre el tubérculo pulmonar. Este es para Laennec una produccion patológica especial, idéntica en su naturaleza, aunque se presente con aspectos variados; unas veces, en forma de nodulitos grises, compactos y trasparentes; otras, en masas opacas, amarillentas, difusas y como infiltradas en los tejidos; siendo la evolucion constante de una y otra forma la degeneracion caseosa del producto, su reblandecimiento y la pérdida de sustancia. Así, pues, unidad de los productos patológicos, de la granulacion y de la masa infiltrada en estado caseoso, y unidad del tubérculo y de la tísis en la enfermedad constituida por el conjunto de síntomas que aquél provoca.

La consecuencia que de esta doctrina tan unitaria, tan dogmática y tan universalmente adoptada se derivaba respecto á la curacion de la tísis, era extraordinariamente desconsoladora. El tubérculo es un producto específico que marcha necesariamente á la caseificacion, que se reblandece, se vacía, produce úlceras, pérdidas de sustancia y destrozos pulmonares de tanta monta, que la terapéutica es impotente contra ellos. Diagnosticar la tísis en un enfermo y condenarlo á la muerte sin apelacion, eran términos correlativos: el diagnóstico y pronóstico se confundían en un juicio de pena capital.

Al emprender la histología el estudio del tubérculo, sus primeros ensayos fueron favorables á la opinion de Laennec. Lebert, en 1844, creyó encontrar el elemento anatómico especial del tubérculo en el corpúsculo ó gránulo tubercular; y como este elemento se manifestaba en todas las formas de aquél, el microscopio parecía venir á confirmar la unidad específica de una lesion que sólo por su edad se presentaba bajo diversos aspectos. Estas edades fueron denominadas granulacion gris, tubérculo crudo, y materia caseosa.

La concepcion unitaria y específica triunfaba en todos los terrenos. Pero los progresos de la histología se encargaron de echar por tierra lo que en el primer momento había contribuido á afirmar, pues demostraron que la materia caseosa no es la característica del tubérculo, sino el resultado comun de muchos procesos morbosos. Reinhardt y Virchow excindieron la unidad de la lesion separando la materia caseosa, que, segun ellos, no tiene nada de específico, de la granulacion miliar, que es la que á sus ojos constituye el verdadero tubérculo. La primera, dicen estos anatomo-patólogos, no es más que pus espeso, desecado, con restos de epitelios degenerados que han caido en detrítus y regresion; productos inflamatorios, en una palabra, no eliminados ni reabsorbidos, que se amasan y condensan en los alvéolos y pequeños bronquios, y forman el signo distintivo de una variedad de pneumonía, propia de los sujetos escrofulosos, á la que se ha llamado caseosa. La segunda, ó sea la granulacion, verdadero tubérculo específico, tiene una organizacion celular; sólo que, siendo una neoplasia pobre desde el principio, sus elementos se atrofian y mortifican en su centro, desde cuyo punto la degeneracion caseosa avanza hácia la periferia del pequeño nódulo tuberculoso, sin que esta trasformacion comun á la escrófula, á los abcesos, cuya parte líquida ha sido reabsorbida, al cáncer, al sarcoma, al goma, á las masas tíficas, pueda considerarse como signo específico del tubérculo, por la misma razon de que tampoco lo es de las citadas lesiones, aunque, en ciertos casos, la presentan ó terminan por ella.

Esta doctrina, expuesta brillantemente por Virchow en varios opúsculos, en su *Patología celular*, y últimamente en su *Tratado de los tumores*, llegó á ser clásica en Alemania y en Francia. A la division establecida en la manera de considerar las lesiones halladas en los tísicos seguía naturalmente la necesidad de admitir dos especies de tísis, la pneumónica y la tuberculosa; y hé aquí cómo el dualismo de la tísis vino á sustituir á la unidad que

desde los tiempos de Laennec había reinado casi sin oposicion.

La anatomía patológica estableció, pues, una separacion completa entre estas dos especies de tísis. En el lenguaje profesional se continuó llamando tísicos á los enfermos que morían de la tuberculósis y de la pneumonía escrofulosa; pero bajo el punto de vista más elevado de la patología general, estas enfermedades no tenían entre sí la menor relacion; ó, lo que es lo mismo, la clínica y la ciencia se hallaban en contradiccion.

Este desacuerdo originaba, sin embargo, sérias dificultades. Por más que la histología, representada por una autoridad tan elevada como Virchow, creyese ver procesos diferentes en cada una de las lesiones, no escaseaban los hechos en que se demostraba la coexistencia de ambas. Era esta relacion anatómica demasiado frecuente para atribuirla á mera coincidencia, y se hacía por tanto necesario dar de ella una explicacion. Herard y Cornil vinieron á resolver la cuestion eclécticamente, suponiendo que las masas caseosas de la pneumonía así llamada son productos secundarios á la inflamacion desarrollada alrededor de la granulacion gris, la cual obra en los tejidos á manera de una espina, y es la lesion inicial en todos los casos de tísis pulmonar. Segun estos autores, los infartos caseosos son un efecto del verdadero tubérculo, sólo que constituyen lesiones que no le pertenecen en propiedad, pero en cuyo desarrollo hacen el papel de provocadores. En cambio Buhl sostiene, tal como lo había proclamado Virchow, la diferencia del infarto con la granulacion; pero en vez de creer, como éste, que su coexistencia es meramente accidental, reconoce que hay relacion entre ambas lesiones, si bien en sentido contrario de como lo habían entendido Herard y Cornil; pues fundándose en que, á la autopsia de muchos individuos muertos de tísis pulmonar no se encuentra la granulacion gris en los pulmones, siendo así que aparece como lesion última diseminada en las serosas y en otros parénquimas esplánicos,

concluye que la pneumonía caseosa es una afeccion esencialmente inflamatoria, y que el nódulo gris es la expresion de una infeccion secundaria resultante de la reabsorcion de productos caseosos. Por esto Niemeyer ha dicho que el gran peligro para la mayoría de los tísicos consiste en la facilidad con que pueden llegar á ser tuberculosos. Así, pues, en la teoría de Herard y Cornil el tubérculo engendra el infarto, miéntras que en la de Buhl los términos se contraponen, y éste es causa de aquél.

Digno de notarse es, señores, que estos dos juicios tan contradictorios en la manera de explicar la relacion del tubérculo con la pneumonía caseosa son igualmente ciertos. Lo que faltaba era demostrarlos, pues tanto uno como otro habían sido enunciados teóricamente.

Por lo que hace al primero, una serie de trabajos importantes realizados en estos últimos tiempos, y debidos á Thaon, Grancher, Fox y Charcot, han demostrado que el nódulo caseoso no es más que una variedad del tubérculo con evolucion más inflamatoria y rápida que la granulacion gris. «La solidificacion amarillenta del pulmon, dice Charcot, en la tísis pulmonar, tanto aguda como crónica, no es el resultado de la metamorfósis de los productos de inflamacion comun. Ella representa la degeneracion caseosa de una aglomeracion tuberculosa, y ocupa la parte central de una produccion embrionaria que debe llamarse tuberculosa, porque no difiere anatómicamente por ningun carácter del tubérculo aglomerado de nuestras descripciones clásicas; la única diferencia consiste en las dimensiones. Ciertamente que los productos de la inflamacion vulgar no escasean entre las lesiones complejas de la pneumonía caseosa; se hallan siempre presentes bajo una ú otra forma, pero esto es un hecho accesorio y no fundamental.»

No estando destinada esta conferencia á la exposicion completa de la anatomía patológica del tubérculo, hago caso omiso de la serie de demostraciones que han venido á restablecer la identidad de la granulacion miliar y de la

infiltracion caseosa, y á poner en vigor la antigua doctrina de Laennec.

Por lo que hace al segundo, ó sea la teoría de la infeccion tal como Buhl la había planteado, ella, más que á separar las dos lesiones, tendía á unificarlas, porque, si la reabsorcion de la materia caseosa originaba el tubérculo, una y otro debían ser de la misma naturaleza.

Se estaba ya en posesion de la prueba de la igualdad anatómica de los productos caseosos de la pulmonía con la granulacion; sólo faltaba ahora que se confirmasen las ideas de Buhl, demostrando la identidad de sus propiedades cualitativas. Las inoculaciones practicadas por Villemin en conejos con materiales de masas caseosas y de nódulos grises participaban de la misma virulencia, producían la tuberculósis, y demostraban por ende la identidad específica de ambos productos. Mas, tan pronto como estos descubrimientos fueron conocidos en el mundo científico, sublevaron infinidad de objeciones. Experimentadores tan competentes como Conheim, Frankel, Lebert, Wyss, reprodujeron el tubérculo inyectando é inoculando, no ya materia tuberculosa ó caseosa, sino otros productos morbosos ó inertes, con lo que la demostracion quedó anulada por exceso de probanza. De modo que la unidad de la tísis, como especie nosológica y como lesion, fundada por Laennec, y que tanta influencia ejerció en los ánimos, volvió á derrumbarse de nuevo en el momento que parecía estar todo preparado para su rehabilitacion.

Fué necesario desandar el camino y poner de nuevo *sub judice* el estudio de la granulacion. ¿Era la provocada por inoculaciones de verdadera sustancia tuberculosa igual á la resultante de la introduccion de materias inertes? Y ¿podía tenerse la seguridad de que ambas fuesen idénticas y semejantes en un todo á la tuberculósis humana? Nadie podía afirmarlo, porque los datos científicos eran hasta entónces muy inciertos respecto á la estructura íntima de la granulacion, y lo que en buenos principios procedía era someterla á más profundas investigaciones.

Brevemente os manifestaré el resultado de las practicadas en estos últimos años. Langhans descubrió en el tubérculo humano las células epitelioides y gigantes, deduciendo de este hallazgo: 1.° que sus elementos no son tan pobres como había creido Virchow, puesto que presenta algunos dotados de vitalidad y capaces de experimentar cierto grado de desarrollo; 2.° que tal vez en estos elementos, hasta entónces ignorados, podría fundarse la característica del tubérculo. Pero las células gigantes fueron encontradas por Köster en los mamelones de las artrítis fungosas, por Schüppel en las adenítis caseosas, por Friedländer en el lúpus y en las tuberculósis crónicas y solitarias de las serosas, del testículo, del riñon, etc. De modo que, lo que se creyó elemento típico del tubérculo, era tambien comun á afecciones tenidas hasta entónces por inflamatorias; y en vez de servir para ilustrar su estructura, contribuyó á embrollarla y hacerla más confusa, pues al lado de la tuberculósis generalizada hubo necesidad de admitir otras con la denominacion de locales.

Continuando las investigaciones, descubriéronse los elementos gigantes del tubérculo en los gomas de la sífilis, en las úlceras de la lepra, en las inflamaciones desarrolladas alrededor de los cuerpos extraños introducidos en los tejidos, en el espacio capilar comprendido entre dos láminas de vidrio colocadas y abandonadas en el tejido celular subcutáneo. Imposible era, en vista de esto, conceder carácter alguno de especificidad á elementos tan universalmente y en enfermedades tan diversas repartidos en el organismo. Por lo cual Brodowsky, en los *Archivos* de Virchow, se expresa de la siguiente manera: « Me he extendido con intencion sobre los trabajos de Friedländer y Köster para mostrar á qué grado de aberracion puede conducir la idea de que las células gigantes constituyen la característica del tubérculo. Si quisiera añadir mis observaciones á las de estos autores, sería conducido á deducir la identidad de la sífilis, del muermo y de la lepra con la tuberculósis. Así, pues, es una ilusion pretender hallar

un criterio propio en esta cuestion; la denominacion de tubérculo es, bajo el punto de vista anatómico, completamente vacía de sentido.»

Descorazonados los espíritus por el lado de la anatomía, empréndense de nuevo las experimentaciones para provocar la tuberculósis con más rigor que anteriormente, y los resultados son siempre los mismos en cuanto á la lesion. «El tubérculo inoculado engendra el tubérculo, pero tambien lo engendran las inoculaciones verificadas con sustancias banales, encontrándose en las granulaciones provocadas por estas últimas los más característicos detalles de estructura propios de la tuberculósis verdadera.» (Hypolite Martin, *Archiv. de Phisiolog.*, 1881.)

«La forma anatómica de la tuberculósis no es específica, sino inflamatoria. Las investigaciones experimentales llevadas á cabo por tantos observadores han venido á parar á la más grande confusion, pues muestran claramente que se puede dar la tuberculósis á los animales por medios á los cuales el hombre es refractario; que con cualesquiera sustancias pulverizadas se pueden tuberculizar los conejos; y que entre la tuberculósis y otras lesiones pulmonares, la esclerósis, por ejemplo, existe una afinidad tal, que la misma causa produce una ú otra, segun el organismo en que se enasaya. (Van Peski, *Études historiques sur la tuberculosis pulmon.*, 1880.)

Puede decirse que á la hora presente no queda más que un cabo de salvacion á la especificidad de la tuberculósis: la generalizacion y el contagio. Los observadores parecen convenir en que sólo la semilla del verdadero tubérculo es capaz de propagarse por continuidad, y tambien por infeccion. Ziegler dice que los gérmenes tuberculosos esparcidos en el aire que respiramos y puestos en contacto con nuestros tejidos producen una enfermedad infecciosa é invasora, que es la verdadera tuberculósis; Klebs pretende haber llegado á aislar estos gérmenes por culturas sucesivas y á inocularlos con éxito; Schüller no sólo ha inoculado el *monas tuberculosum*, sino que des-

pues lo ha destruido con las inhalaciones de benzoato de sosa. Por último, para Conheim, el criterio de la tuberculósis hay que buscarlo en la presencia de corpúsculos especiales del género bacteria; y para Rindfleisch, su íntima esencia consiste en ser una enfermedad infectiva.

Veamos ahora si de la última palabra de la ciencia respecto al tubérculo podemos sacar algunas consecuencias que nos ayuden á resolver la cuestion que nos hemos propuesto ventilar en esta conferencia: su curabilidad. Y suponiendo desde luégo que ulteriores observaciones y experimentos no hagan retroceder la doctrina de la contagiosidad é infecciosidad del tubérculo, y aceptándola, para darla más fuerza, como conquista definitiva, ¿puede derivarse de ella la idea de su incurabilidad? De ningun modo. No hay enfermedad que, por el solo hecho de ser infecciosa y contagiosa, produzca necesariamente la muerte. La septicemia, la puohemia, los tífus, las fiebres exantemáticas, las virulencias de todas clases son curables, y su gravedad proviene del terreno en que actúan, ó sea de la predisposicion del organismo y de su intensidad cuantitativa ó cualitativa. Ademas, que siendo novísimo el concepto de la infecciosidad del tubérculo y antigua la creencia de su incurabilidad, es evidente que esta idea ha tenido su orígen en otro órden de consideraciones.

Han sido éstas, y áun todavía lo son para los que dudan de su curabilidad, la naturaleza de las lesiones, las cuales, siendo múltiples, eminentemente destructoras y no pudiendo repararse por los medios terapéuticos, arrastran el organismo á la consuncion y al marasmo.

Es verdad que la naturaleza puede curar estas lesiones; pero éxitos tan lisonjeros venían registrados como datos necrópsicos. Laennec había perfectamente observado la curacion de las cavernas, único modo de reparacion que admite, pues creía que los desórdenes producidos por el

tubérculo siguen una evolucion fatal hasta que la materia caseosa ha sido eliminada. Cruveilhier avanzó más en sus observaciones, y llegó á conocer que el tubérculo era curable en todos los períodos de su desarrollo y bajo todas sus formas, esto es, como granulacion, como agregado tuberculoso y como caverna.

Todos los autores modernos han confirmado las observaciones de Cruveilhier; y para condensar en breves palabras las opiniones reinantes en la materia, me contentaré con citar este pasaje de Charcot:

«El tubérculo puede experimentar en todas sus formas y en todos sus estados modificaciones que le trasformen en un cuerpo extraño, inerte é incapaz de dañar. A veces, despues de haber alcanzado un grado de perfecto desarrollo, se mantiene estacionario en el seno de los órganos sin modificar sensiblemente su textura y sin caer en mortificacion. En otras ocasiones el tubérculo evoluciona crónicamente desde su orígen, pierde pronto su estructura celular y se trasforma, sin haber presentado la menor traza de materia caseosa, en un pequeño tumor fibroso. O recorre el ciclo entero de su evolucion, se caseifica, la materia mortificada se evacua completamente, es reemplazada por un revestimiento de tejido embrionario, bajo el cual sobresalen mamelones carnosos, y el tejido subyacente á esta zona se trasforma poco á poco, presentando los caractéres de la inflamacion crónica: ésta es la caverna de curacion. Por último, puede no evacuarse la materia caseosa y sufrir una especie de enquistamiento; la trasformacion en este caso se verifica por la adicion ó depósito de partículas calcáreas que lo convierten en un mastic ó en un pequeño cálculo inofensivo.»

De modo, señores, que la naturaleza demuestra concluyentemente que las lesiones tuberculosas pueden curar espontáneamente en todos los momentos de su desarrollo. Y lo que la naturaleza hace por sí sola, con más razon puede hacerlo ayudada por la terapéutica. Que si la curacion siempre se verifica por los mismos procedimientos,

tiene lugar en virtud de las leyes fisiológicas, y son éstas su factor inmediato, es evidente que favoreciéndolas, quitándoles estorbos y poniéndolas en condiciones de funcionar más desembarazada y libremente, han de alcanzar con mayor facilidad el fin apetecido.

El hecho de la curacion espontánea del tubérculo debiera, desde que fué conocido, haber infundido en los prácticos una fe ciega en la posibilidad de dominarlo por los medios terapéuticos. Precisamente las enfermedades contra las cuales la ciencia es impotente, son aquellas que no presentan ejemplos de espontánea curacion. Por consiguiente, estaríamos más en lo cierto si invirtiésemos los términos de la siguiente proposicion, con demasiada insistencia repetida: se sabe cómo la naturaleza cura el tubérculo, pero está fuera de nuestra posibilidad imitarla; sustituyéndola por ésta otra: puesto que la naturaleza cura el tubérculo, nuestra intervencion debe facilitarle esta tarea.

Dicho sea esto, señores, dentro de la esfera médica; porque si tratamos de aplicar estos principios á la cirujía, cambiamos de terreno, y lo que allí era lógico y exacto, es aquí deficiente é incompleto. Lo propio de la terapéutica operatoria es obrar sobre las condiciones físicas y mecánicas del organismo; el objeto de la terapéutica médica es servirse de sus leyes fisiológicas. Por eso en cirujía la ciencia obtiene resultados superiores á los que realizar puede el organismo abandonado á sí mismo. Sin que obste á la legitimidad de este concepto racional de las dos grandes ramas de la terapéutica la circunstancia de que casi siempre la una invada el terreno de la otra, pues en el organismo no se da la division absoluta é independiente del mecanicismo y del fisiologismo.

Hay, pues, que confiar en que, conocidos hoy perfectamente los miles de recursos que la naturaleza emplea en la curacion del tubérculo, el pronóstico de esta enfermedad irá perdiendo poco á poco ese tono de fatal sentencia con que hasta ahora ha venido pronunciándose. Y lo perderá

tanto más pronto cuanto con mayor empeño nos apliquemos á diagnosticar el tubérculo en los primeros momentos de su existencia.

La confusion establecida entre la tísis y la mera tuberculósis ha contribuido sin duda alguna á difundir el pesimismo terapéutico. El tísico, ó sea el tuberculoso que ha entrado en la caquexia, con grandes destrozos orgánicos, con lesiones profundas en los principales aparatos, con reabsorciones de materias purulentas, caseosas, infecciosas, no es el tipo que debemos representarnos como susceptible de curacion. Y que éste ha sido el modelo que se ha tenido á la vista cuando se ha traido al debate la cuestion de curabilidad de la tuberculósis, es para nosotros indudable.

Sólo así comprendemos que en el Congreso de Milan se haya dicho que el tubérculo pulmonar puede curarse, pero no el laríngeo. Los que así opinan han tenido presente, al hacer esta afirmacion tan rotunda, el tísico descrito por Trousseau y Belloc, el que, siendo doblemente tuberculoso de los pulmones y de la laringe, ha caido ya en profunda caquexia.

Ahora bien; la anatomía y la clínica demuestran que, en la laringe, el tubérculo se comporta como en los demas órganos. Sus formas anatómicas no difieren de las que hemos descrito al tratar del tubérculo en general; existen granulaciones jóvenes, adultas, y caseosas, sólo que no son tan superficiales como creyó Virchow y creen muchos laringocopistas que toman por tales las trasformaciones inflamatorias de las glándulas y las papilas; existen tambien hipertrofias fibrosas, procesos escleróticos, que constituyen la porcion más importante de las alteraciones laríngeas; y, hay, por último, ulceraciones consecutivas al infarto fímico del dérmis y de los tejidos submucosos. Y la anatomía patológica, demostrando la curabilidad del tubérculo bajo todas estas formas, ha dado una demostracion que vale para todos los órganos.

La clínica tampoco ha señalado para la laringe una

marcha distinta en la manera de evolucionar la diátesis tuberculosa. Si ésta, en órganos más esenciales á la vida, en los pulmones, procede unas veces con lentitud, dando lugar á que el tubérculo se organice, se enquiste ó se vacie y se haga inofensivo; otras, por brotes sucesivos, separados por largos períodos de calma, durante los cuales se verifica la reposicion; y en no pocos casos, haciendo una pausa definitiva porque llega á agotarse la predisposicion, como sucede con otras diátesis, no hay razon para que en la laringe no esté sometida á la misma ley.

Como argumento perentorio contra la curabilidad de la tísis se hace valer la circunstancia de que, si bien es cierto que todos los especialistas han observado la cicatrizacion de úlceras laríngeas, ésta no es más que una curacion parcial, pues nuevas úlceras se abren y el proceso destructivo no se detiene; pero al razonar de este modo se echa en olvido lo que acabamos de decir: que la tuberculósis procede frecuentemente por etapas distanciadas.

Igualmente carece de fuerza la razon deducida de la imposibilidad de curar las trasformaciones escleróticas en general, y más especialmente las que provienen de la organizacion fibroide del tubérculo, porque, á pesar de ser esto exacto, la experiencia demuestra que la funcion de un órgano es compatible con cierto grado de esclerósis; y áun suponiendo que la propia de la laringe, la fonacion, se haya hecho imposible, la vida no correría peligro si la respiracion se sigue verificando por las vías naturales ó artificiales. Lo decisivo en la cuestion de que tratamos es que la naturaleza haya puesto un punto final en la evolucion tuberculosa.

La importancia que la doctrina de los tubérculos locales ha adquirido en estos últimos años, nos hace entrever la esperanza de que no hemos de tardar en ver cambiadas por más consoladoras ideas las que hasta ahora han venido reinando sobre este punto de terapéutica. Pero para que esta nueva corriente se apodere de los espíritus y los subyugue, se necesita aprender á conocer la tubercu-

lósis de la laringe cuando está localizada en este órgano. La influencia ejercida por las descripciones que de la tísis laríngea nos dejaron Trousseau y Belloc ha durado hasta nuestros dias; ni el descubrimiento del laringoscopio, poniendo la laringe á nuestra vista, ha bastado á borrarla, pues se ha continuado presentando las ulceraciones laríngeas como el signo más característico del tubérculo; es decir, que se ha hecho del tísico de laringe el tipo clásico de la enfermedad.

A este tipo hay que oponer otro enteramente distinto: la debilidad fonética, la anemia localizada á la laringe, su paresia sin causa apreciable, los catarros recurrentes, las ronqueritas persistentes, las mucosidades abundantes en la superficie del órgano, las hipertrofias epiglótica y aritenoidea, los pólipos descoloridos y blanquecinos, todos los signos, en fin, que en mi comunicacion al Congreso de Milan presenté como indicadores de la tuberculósis laríngea, que denominé hipertrófica y vegetante. No hay entónces que perder el tiempo atribuyendo á una sencilla laringítis plástica las alteraciones que descubrimos; ni tampoco para atenuar el pronóstico nos debemos mecer en la dulce ilusion nacida del exámen del pecho y del estado general; pues aunque uno y otro sean satisfactorios, ya sabemos que la tuberculósis nace muchas veces localmente, y que cuando se generaliza es casi siempre incurable.

Como habréis observado, señores, en la demostracion que acabo de dar de la curabilidad del tubérculo no he aducido ningun dato tomado de la experimentacion terapéutica, porque á mi propósito convenía mantenerme en el terreno de la pura demostracion científica. Lógico era que ántes de buscar medios para combatir el tubérculo averiguásemos si esto era posible, pues sólo procediendo de este modo podía evitarse la pérdida de tiempo y la confusion que produce en el espíritu el planteamiento de cuestiones en que todos los datos son desconocidos. Hoy, que ya sabemos á qué atenernos sobre el particular, nues-

tra tarea se ha facilitado extraordinariamente, porque, seguros de que la solucion es posible, no depende el conseguirla sino de poseer buenos conocimientos terapéuticos.

Lo expuesto en la presente Conferencia viene á confirmar principios y reglas de conducta en várias ocasiones enunciados por el director de este Instituto, por mi querido amigo D. Federico Rubio. El hombre de ciencia no debe nunca pronunciar dogmáticamente la palabra *imposible*. Que allí donde el obstáculo parece insuperable se averigua muchas veces, meditando profundamente ó emprendiendo nuevos derroteros, un error de concepto anatómico, fisiológico ó patológico, unos procedimientos irracionales ó un estudio incompleto del problema.

En la próxima Conferencia considerarémos, bajo el punto de visto práctico, la trascendental y compleja cuestion del tratamiento de la tuberculósis laríngea.

TERCERA CONFERENCIA

ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA TÍSIS LARÍNGE

SEÑORES:

Siempre que nos hallamos en presencia de una cuestion terapéutica, lo primero de que nos ocupamos es de conocer los elementos etiológicos que han influido en la produccion del estado morboso. Esta manera de proceder es eminentemente racional cuando en la nocion etiológica se procura comprender, no sólo las causas exteriores al organismo, sino tambien el mismo organismo. Me explico. El axioma de *Sublata causa tollitur effectus* sería exacto en medicina si se pudiese suprimir lo que los antiguos llamaban causa inmediata ó interna. Las enfermedades que no son meros accidentes, las que constituyen verdaderas especies nosológicas, tienen un ciclo, una evolucion que recorren fatal y necesariamente áun despues de haber cesado la causa provocadora. La accion de ésta no es más que el pretexto, el motivo para que el organismo empiece á funcionar de una manera anormal; y la funcion patológica, una vez desenvuelta, marcha con autonomía, con independencia, desligada por completo del agente exterior que la ocasionó. Por eso, cuando de causas morbosas se trata, debemos, si su estudio ha de reportar algun beneficio en terapéutica, aplicarnos con esmero á conocer

esa predisposicion, esa raíz patológica que el organismo lleva en sus entrañas, y desechar todo aquello que no se halla ligado con ésta de una manera necesaria.

Eliminamos, por tanto, de las causas de la tuberculósis laríngea todas las que vienen figurando en los tratados como productoras de ésta y de la mayor parte de las enfermedades. El frio, obrando repentinamente, los catarros, la aspiracion de vapores y polvos, el abuso de la palabra, el traumatismo, el tabaco, ejercen indudablemente una influencia nociva sobre el órgano de la voz; pero esta accion no se traduce en tísis sino en los individuos predispuestos á la tuberculósis.

Implícitamente se reconoce así por los especialistas en el mero hecho de creer que la tísis pulmonar es la causa inmediata y eficiente de la de la laringe. Para nosotros, que admitimos la tuberculósis laríngea idiopática, esta dependencia no existe más que en los casos en que la enfermedad del pulmon se haya propagado á la laringe, y áun entónces consideramos la segunda como efecto de la diátesis tuberculosa más bien que de la vecindad de la primera.

Los antiguos habían admitido una relacion de la escrófula con la tísis, que ha sobrevivido hasta nuestros dias entre los prácticos de rancias ideas y no muy al corriente de la literatura del presente siglo. Cuando Laennec creó la especificidad del tubérculo, la herencia vino á sustituir al valor etiológico del temperamento escrofuloso; el tísico llevaba en sí una semilla específica que necesariamente debía trasmitir á su descendencia, pues las especies se perpetúan por la generacion. Y como la escrófula era una especie morbosa distinta de la tuberculósis, la relacion tradicional entre estas dos formas patológicas quedó casi del todo oscurecida.

Los inmensos trabajos llevados á cabo en estos últimos años para resolver la antítesis que en la forma macroscópica presentaba la pneumonía caseosa y la granulacion; los no ménos importantes emprendidos para hallar

la característica de la segunda; el descubrimiento de la virulencia de ésta; todo ha venido á echar por tierra la especificidad del tubérculo. Ni anatómica ni fisiológicamente tiene éste un rasgo que no sea comun á la escrófula y á todas aquellas enfermedades que evolucionan á la manera de las afecciones estrumosas. El folículo tuberculoso con sus tres zonas, periférica ó embrionaria, epitelioide, y caseosa; con sus células gigantes, sus vasos linfáticos y sanguíneos obstruidos; con su paulatino engrandecimiento en masas relativamente voluminosas por la aglomeracion de unas granulaciones á otras, no se diferencia en nada de los infartos escrofulosos. La misma identidad bajo el punto de vista de la infeccion: las experiencias de Kiener han demostrado palpablemente que unos y otros productos eran inoculables y contagiosos. Por eso Thaon dice que la tísis debe considerarse como la escrófula del pulmon, y Villemin que el ganglio escrofuloso no es sino un caso particular de la tuberculósis, puesto que ésta evoluciona en las redes ganglionares como en la federacion lobular del pulmon.

Miéntras más se ha adelantado en este camino, mayor parentesco ha ido descubriéndose entre ambas diátesis. Lugol, Bazin y los autores del *Compendium* habían dicho que la tuberculósis es el período cuaternario de la escrófula, y ésta es la razon que no ha tenido presente Ferrand al negar dicha relacion, fundándose en que de la tuberculósis no se viene á parar al escrofulismo, como se va de éste á aquélla; pues los períodos de las diátesis no se invierten, ni vuelven á presentarse de nuevo cuando ya se han agotado y recorrido todas sus fases.

Y ahora, á la nueva luz que arrojan estos datos, podemos comprender por qué la tuberculósis y el escrofulismo se han confundido siempre en el terreno etiológico. La alimentacion pobre, insuficiente ó inasimilable, la debilitacion por enfermedades agudas, la falta de luz, el habitar lugares húmedos y malsanos, respirar continuamente atmósferas viciadas, descender de padres viejos, caquéc-

ticos, carciriomatosos, sifilíticos; la aglomeracion en las grandes ciudades, son causas igualmente comunes á la escrófula y á la tísis; y áun las que con ésta se relacionan más directamente, porque obran de preferencia en la edad adulta, tales como las profesiones y oficios que retardan la actividad de los vértices del pulmon, la respiracion de productos químicos, las prisiones, las dispepsias de larga fecha, la estenósis del esófago, la enajenacion mental, la diabétes sacarina, la sífilis terciaria, las numerosas gestaciones, el onanismo, los abusos venéreos, las pasiones de ánimo deprimentes, las curas mercuriales y iódicas en la época de la pubertad, coinciden con aquéllas en actuar del mismo modo, en debilitar el organismo, en engendrar una distrofia que tiene por asiento el sistema más elemental de la nutricion, el de la circulacion intersticial; en producir, en fin, un temperamento linfático adquirido ó de segunda factura.

De esta nocion patogenésica de la tísis se deriva su terapéutica, conocida en la ciencia de tiempo inmemorial, pero oscurecida en nuestros dias por el absurdo empeño de buscarle un específico. Ni áun las enfermedades mejor definidas y determinadas obedecen á una sola accion terapéutica; mucho ménos se prestarán á ello las grandes distrofias, que más que enfermedades típicas son construcciones viciosas capaces de originar familias enteras de variadas y múltiples manifestaciones morbosas.

Renovar y rehacer el organismo: hé aquí el secreto de la curacion de la tísis. Por eso la vida del campo, el habitar las montañas, la cura á la leche, al suero, á las uvas, al koumys, abasteciendo al individuo del oxígeno que en las grandes ciudades le falta, alejándole de otras muchas causas que debilitan su espíritu y su cuerpo, nutriéndolo con materiales nuevos estrechamente relacionados con el sistema linfático conjuntivo, que es donde radica la diátesis, han curado y seguirán curando la tísis. Para demostrarlo no necesitamos salir de nuestro país en busca de ejemplos recogidos en las más altas latitudes

septentrionales, en las elevadas montañas de la Suiza ó en las mesetas centrales del Asia; en Guipúzcoa, provincia que me es conocida porque la habito en los veranos, la tísis es *avis rara* entre la gente del campo; y áun tengo razones para creer que los pocos casos que se citan de tísicos que han vivido 30 ó 40 años eran afecciones crónicas torácicas, no tuberculosas.

A la influencia directa que para detener la evolucion tuberculosa tiene esta clase de vida, se agrega la que resulta del alejamiento de ciertas causas ocasionales que la favorecen de una manera indirecta. La respiracion de atmósferas impuras, de polvos, de gases, el abuso de la palabra, no engendran de por sí el tubérculo laríngeo, pero lo impulsan y agravan. De todos estos auxiliares de su enfermedad se libran los individuos que abandonan las ciudades por el campo y las montañas. Sólo así pueden entregarse al reposo absoluto del órgano, al silencio; tan benéfico en las afecciones graves laríngeas, cuanto que, como se ha demostrado en muchos enfermos traqueotomiados, no pocos han llegado á curarse con sólo el mutismo prolongado.

Siguen en importancia á estos medios las aguas minerales, terapéutica por excelencia de los cronicismos y de las grandes diátesis. Pero ¿cuáles son las que están indicadas en la tísis? Sin faltar á los más severos principios de la terapéutica, os puedo asegurar que todas. No extrañeis esta afirmacion tan ámplia, que inmediatamente daré la prueba y me concederéis la razon.

Panticosa, Urberoaga, Aguas-Buenas, Cauterets, Betelu, La Puda, Santa Agueda, Otálora, Escoriaza, Zaldívar, Kreutznach, Niederbronn, La Bourboule, Kissengen, Ems, etc.; las aguas de mar, las sulfuroso-sódicas, las cálcicas, las clorurado-sódicas, las bromo-ioduradas, las gaseosas, carbónicas, azoadas, las arsenicales, presentan en su estadística casos de curaciones.

Determinar las aplicaciones de cada una de ellas y los motivos de su prescripcion sería tarea superior á nuestras

fuerzas si no tuviésemos un criterio con el cual podemos medir sus respectivas eficacias. Este criterio es el conocimiento experimental de los efectos en el organismo de las sustancias ó agentes medicinales que entran en la composicion de aquéllas. De modo que si repasamos, aunque sea á la ligera, estas sustancias, indicadas ellas mismas independientemente y de por sí en el tratamiento de la tísis, habrémos conseguido reducir á una sola exposicion la cura hidro-mineral y farmacológica de esta enfermedad.

De la nocion del tubérculo y de la esfera orgánica en que éste se desenvuelve nace la indicacion de emplear agentes constitutivos del organismo y de accion especial sobre la celulacion, los líquidos blancos é intersticiales, tejido conjuntivo, sistema linfático glandular, etc. La cal, el azufre, el cloruro sódico, el fósforo, el hierro, el aceite de hígado de bacalao, responden á esta faz de la cuestion. Ellos dan á la célula, á los órganos, materiales de construccion, elementos somáticos que los renuevan é impulsan á un funcionalismo reparador. En cambio, otros agentes extraños al organismo, tales como el iodo, bromo, mercurio, arsénico, etc., demuelen y destruyen las nutriciones fímicas, los nódulos embrionarios, las caseificaciones, las regresiones de elementos celulares, los infartos.

No bastan estas indicaciones generales para tratar con fruto la tísis; es necesario detallarlas. Por no hacer el estudio concreto de cada sustancia, las vemos desacreditadas, ser abandonadas por algun tiempo para volver otra vez á ellas, ó sustituidas con más ligereza que profundidad por nuevos específicos.

Pongamos, sujetándonos á este principio, que es el que debe informar la terapéutica verdaderamente racional, algunos ejemplos que lo demuestran.

Fosfato de cal.

Sirve de alimento y medicina á la vez, como las sustancias nitrogenadas y las grasas; habiéndose probado por repetidas experiencias que, cuando el organismo está privado de él ó lo recibe en cantidad insuficiente, sufre en la solidez de su estructura y se altera su composicion normal. Los huesos de los animales alimentados con sustancias desprovistas de esta sal se reblandecen; las fracturas en las mujeres embarazadas se consolidan tarde é imperfectamente á causa de la gran cantidad de fosfato invertida en el esqueleto del feto; las provocadas experimentalmente en los animales se unen pronto y bien si se les administra la sal térrea.

Por grande que sea la importancia del fosfato de cal en la formacion del esqueleto, todavía es más esencial en la de los tejidos blandos. No pueden éstos formarse ni crecer si aquél llega á faltarles. Las observaciones de Smith han demostrado que se necesita cierta cantidad de fosfato para dar orígen á nuevos tejidos, aunque sean de aquellos que con el tiempo han de presentar un exceso de carbonato de cal, como sucede con las conchas de las ostras; pues el último no puede reemplazar al primero en el crecimiento de los tejidos. Por eso, aunque la sal fosfática se evidencia en todo el organismo, es más abundante en los flúidos inter-celulares, que la presentan en iguales proporciones en los herbívoros y carnívoros, siendo así que los primeros la toman en sus alimentos en menor cantidad que los segundos; lo cual demuestra que la naturaleza retiene en la trama de los tejidos las pequeñas porciones ingeridas, con objeto de atender á las más rudimentarias y primordiales funciones, á las de nutricion. Y así se explica por qué en aquellos puntos donde nuevas células van á formarse se acumula en exceso el fosfato de cal.

Estará, pues, indicada esta sustancia en los defectos de nutricion, en las asimilaciones imperfectas, en la insu-

ficiencia de la celulacion. Y como sus acciones se verifican léjos de los sistemas sanguíneos y nerviosos, es evidente que el cronicismo, la lentitud y la falta de reaccion han de ser las características de sus indicaciones. La tísis y el escrofulismo tórpido, apirético; las diarreas colicuativas, sean ó no tuberculosas; los infartos pasivos con atascamientos celulares; las cáries, las raquítis, todas las afecciones óseas indolentes; las debilidades profundas ocasionadas por grandes pérdidas de humores blancos, por falta de alimentos, por habitar lugares frios, húmedos y privados de luz; la neoplasia tuberculosa no acompañada de inflamacion periférica; las adenias de marcha perezosa con elementos anatómicos estancados por tiempo indefinido; las esclerósis fibro-plásticas, conjuntivas, paralizadas en su evolucion, y que afectan estabilidad y permanencia; todos los procesos, en fin, de celulacion deficiente, viciada, abortada, desarrollados con lentitud, sin agudeza, sin fiebre, son los que más genuinamente corresponden al fosfato de cal.

Fácil nos será ahora, teniendo presente estas acciones, precisar la clase de tísis laríngea en que está indicado. El aumento de espesor del órgano, la hipertrofia de alguna de sus partes, los edemas duros, las infiltraciones macizas, los pólipos marmóreos y blanquecinos, la decoloracion de la mucosa, la falta de signos inflamatorios, la escasez de secreciones, etc., constituyen el cuadro de la laringofimia justiciable por la calcárea fosfática.

Súlfuro de calcio.

Si la sal de cal precedentemente estudiada ejerce sus efectos en las proliferaciones induradas, en las tuberculósis detenidas en su período de crudeza, en los infartos ganglionares compactos y sólidos, la presente tiene una accion especial sobre estas manifestaciones cuando se funden, cuando han entrado en supuracion ó amenazan venir

á este estado. De qué manera modifica el súlfuro de cal en estos casos la nutricion, el estado anatómico de los tejidos y su manera de funcionar, no está averiguado todavía; pero es lo cierto que modifica notablemente el proceso supurativo, previniéndolo ántes de formarse, suprimiéndolo despues. Manifiéstase soberano en el escrofulismo con tendencia á la fusion de sus productos; en las inflamaciones crónicas de las glándulas linfáticas, de los cartílagos, de los huesos, que se acompañan de dolor y de un estado sub-agudo precursor de una supuracion que tarda en establecerse. Tambien en estas mismas lesiones, cuando han llegado al período de reblandecimiento y producen pérdidas inagotables de pus abundante en serosidad, lleno de grumos, icoroso; pues en el primer caso provoca la resolucion, y en el segundo acelera la supuracion, la vuelve más activa, la llama al exterior, promueve su evacuacion, circunscribe y limita los infartos periféricos que la entretienen. Así es que ninguna sustancia puede competir con él en los individuos que tienen predisposicion á supuraciones sucesivas, múltiples y duraderas, en lo que podríamos llamar diátesis supurante crónica, en los abcesos frios, osifluentes, profundos, rodeados de tejidos ineptos á la reparacion. En estos casos, los trabajos histológicos modernos han demostrado que el tubérculo es el fondo de la lesion, y que la persistencia de los elementos en destruirse apénas nacen, en fundirse, en convertirse en pus de mala clase, es debida á las propiedades necrobióticas de esta neoplasia.

Ahora bien; hay una forma de tísis laríngea que encaja perfectamente en este modelo. Úlceras supurantes; folículos inflamados y ulcerados; edemas blandos con ligero grado de inflamacion en la mucosa; disfagia; punzadas al hablar, al tragar, á la presion, á la tos; ronquera, fiebre héctica de reabsorcion, es el tipo de la tuberculósis en que está indicado el sulfuro de cal.

Fósforo

Administrado á dósis medicinales repetidas, aumenta el apetito, activa la circulacion, eleva la temperatura, hace traspirar abundantemente, provoca las orinas y las vuelve sedimentosas, da fuerza muscular, excita las facultades mentales, el sistema nervioso, el aparato genital. Si se traspasan estas dósis ó se continúan por mucho tiempo, sobreviene el colapso, descenso de la temperatura, y su accion difusiva se convierte en trófica; la sangre pierde su plasticidad y se hace incoagulable; la hemoglobulina se reduce, los hematies disminuyen en número; se presentan melenas, hematurias, neumorragias; degeneracion grasienta del hígado, del corazon, de los vasos, de los riñones, de los tubos nerviosos y de las células ganglionares; cáries y necrósis de los huesos en unos casos; aumento en otros de su compacidad y dureza, como ha observado Vegner.

Introducido en el tejido celular subcutáneo y en los tejidos blandos, detiene el movimiento nutritivo y formador de los elementos histológicos, y los convierte en grasa, segun las experiencias de Ranvier. Resumiendo: el fósforo aviva y excita las funciones de la inervacion, circulacion, calorificacion y generacion, para aplanarlas despues y producir, en último término, por exceso de accion la muerte de los tejidos.

La forma de tísis laríngea que corresponde á esta sustancia es aquella en que la ronquera es debida á una perturbacion funcional, en que hay tos seca, secreciones escasas, mucosa enrojecida, desarrollo de las papilas vasculares é hipertrofia inflamatoria de las glándulas, exhalacion sanguínea en éstas á los esfuerzos de tos y al más ligero contacto; un estado de la laringe, en fin, que podríamos denominar eretismo tuberculoso.

Cloruro sódico

Como todos los que llevamos estudiados hasta ahora, este agente entra en la composicion del organismo. Pero á diferencia de lo que sucede con el fosfato de cal, que predomina en los flúidos intersticiales, la sal comun abunda más en la sangre. Por la propiedad que tiene de disolver y trasformar las sustancias albuminoides, activa extraordinariamente la digestion, aumenta, por tanto, el acarreo de principios nutritivos á la circulacion y facilita el cambio de célula á célula. Bajo su influencia se hacen más numerosos los glóbulos rojos, y la cantidad de fibrina llega á ser mayor en la sangre. Finalmente, atrayendo el cloruro sódico el agua con avidez, las corrientes circulatorias se hacen más rápidas y las combustiones orgánicas se avivan con su uso.

Por eso, la supresion de la sal, á que los propietarios rusos sometieron por economía á sus esclavos, los convirtió en hidrohémicos; y su administracion á las vacas las hace más fecundas y abundantes en leche.

Esta manera de obrar explica perfectamente la eficacia del cloruro sódico en las malas digestiones y en todas aquellas enfermedades en que es preciso activar la combustion molecular y la oxidacion de la sangre. La polisarcia, los depósitos escrofulosos, tuberculosos, caseosos, embrionarios, regresivos, etc.; los exudados, los engrosamientos membranosos, las alteraciones que en la mucosa inducen los catarros crónicos; la dispepsia atónica y la lienteria, que están ligadas á las grandes caquexias, todas son del resorte de la sal marina.

En vista de estas indicaciones, fácil es de señalar su tipo laríngeo. La laringítis fímica en que convenga, ha de ser hipertrófica como la del fosfato de cal, sólo que éste exige la forma pura del proceso proliferante, sin inflamacion, sin catarro, sin estado congestivo, sin secreciones abundantes; pero como frecuentemente todo esto acom-

paña á la hipertrofia tuberculosa laríngea, y ademas una profunda dispepsia la precede ó la sigue, hay que buscar estos signos en el cuadro para administrar racionalmente el cloruro sódico.

Arsénico

Hasta aquí nos hemos ocupado de las indicaciones que en la tísis laríngea podían tener algunas de las sustancias que hemos llamado constitutivas del organismo, porque entran á formar parte de su composicion; y ahora pasarémos revista á otras que, áun siéndole completamente extrañas, ejercen tambien favorable influencia en la curacion de aquélla.

Administrado el arsénico en dósis mínimas, aumenta el apetito, activa la circulacion, da fuerza y plenitud al pulso, vigoriza el sistema muscular y ensancha la respiracion. Los habitantes de la Styria condimentan con esta sustancia sus alimentos; los hombres, para adquirir agilidad y poder trepar más fácilmente por las montañas; las mujeres, para dar frescura á su piel y brillo á sus cabellos.

En el órden terapéutico disminuye la expectoracion y la tos; cicatriza las úlceras de mal carácter y las cavernas; reduce á la normal las temperaturas excesivas; remonta los organismos aniquilados por la caquexia héctica y palustre; corrige las malas digestiones, las diarreas colicuativas; cura el psoriásis, ciertas formas de pitiriásis, de líquen y de erupciones secas; aumenta en la anemia los glóbulos rojos y blancos.

En el órden tóxico inflama el estómago y los intestinos; rebaja considerablemente la temperatura normal, paraliza el corazon, produce la degeneracion grasienta en este órgano, en el hígado, bazo y riñones; disminuye, segun las experiencias de Malassez, Cutler y Bradfort, los glóbulos rojos y blancos de la sangre, y ejerce sobre los epitelios una accion especial de destruccion y de renova-

cion, sin que su influencia se extienda más allá de la capa malpigiana.

La explicacion que hasta ahora se ha dado de la accion del arsénico tiende á considerarlo como moderador de las combustiones orgánicas, en cuyo caso el menor consumo de sustancias hidro-carburadas permitiría la acumulacion de grasa, el aumento de nutricion, y daría razon del mejor aspecto que produce en el hábito exterior, y de muchos, si no de todos, de sus efectos terapéuticos.

Pero sea de esto lo que quiera, á nosotros nos basta conocer su manera de obrar para establecer sus indicaciones en la tísis laríngea. Trasformacion dermoidea de la mucosa; úlceras superficiales, extensas ó pequeñas, con poca secrecion sero-purulenta; sensacion de sequedad, de ardor en la laringe; poco ó ningun dolor al tacto, á la deglucion, á la tos; fiebre héctica con gran elevacion en la temperatura; son los síntomas que corresponden á la accion general del arsénico y á la especial que tiene sobre los epitelios y capas superficiales de las membranas tegumentarias.

Ioduro de potasio

Absorbido é introducido en la sangre, produce una especie de fiebre artificial; el pulso adquiere fuerza y frecuencia; los capilares se desarrollan; el calor periférico aumenta; se congestiona la cabeza; aparece dolor en la frente, en la base de la nariz y de los senos frontales; los ojos se encienden y lagrimean; sobreviene salivacion, picor é irritacion á la garganta y á la laringe, ronquera. Continuando su accion y aumentando las dósis, se presentan otros fenómenos relacionados con las funciones más elementales, con la asimilacion. El cambio molecular se exagera en el sentido de la desnutricion; no sólo los materiales adiposos depositados en la trama de los tejidos desaparecen y son arrastrados al torrente circulatorio, sino tambien los elementos anatómicos extravasados, aberran-

tes, y los de nueva formacion. En muchos órganos esta influencia se extiende hasta á sus componentes fijos y normales; por eso las glándulas mamarias y linfáticas, los testículos, el cuerpo tiroides, se atrofian y sus epitelios caen en detrítus. En suma: los efectos primarios del ioduro de potasio son acelerar directamente la desasimilacion, reabsorber los líquidos y los productos plásticos intersticiales, como tambien ciertos elementos anatómicos; ejercer una accion especial sobre la mucosa de la boca, nariz, garganta, glándulas salivares y mucosas: los secundarios, ó sean los resultantes de aquéllos, necesidad de mayor reparacion, un aumento en la rapidez de la renovacion orgánica y modificaciones ventajosas en algunos estados diatésicos.

Basta lo dicho para formar idea de la importancia del ioduro en la tísis laríngea. Su accion especial sobre el órgano y su facultad de fundir los depósitos plásticos le señalan como un poderoso agente en el tratamiento de esta enfermedad.

Estará especialmente indicado en aquellas formas de tísis en que la proliferacion tuberculosa tiende á la caseificacion, pues las que evolucionan hácia la esclerósis y los productos fibroides son refractarias á la resolucion completa, y sólo en grado relativo modificables por la sal iódica. Si esta variedad de tuberculósis viene acompañada de foliculítis supurativas, muy comunes en las tísis laríngeas, de úlceras pequeñas y crateriformes (criptas y glándulas ulceradas), de secreciones con grumos purulentos, de puntos inflamados y vivamente enrojecidos de la mucosa, la indicacion será entónces más evidente.

Mercurio.

Que este metal es un agente poderoso de curacion en la sífilis, se halla hoy aceptado por casi todos los prácticos. No convienen así las opiniones respecto á su utilidad en la tísis, por muy pocas autoridades mencionada,

y sobre la cual tiene el mercurio, si no tan marcada accion como las sustancias anteriormente estudiadas, cierta restringida influencia que procurarémos precisar.

Los efectos del mercurio se han pretendido explicar por su combinacion con las materias proteicas de la sangre y de los órganos, con las cuales forma albuminatos hidrargíricos. Modificado de este modo el líquido sanguíneo, pierde su plasticidad y se vuelve delicuescente é incoagulable; los hematies dejan de funcionar, entran en inercia, llegan á ser inútiles y se destruyen rápidamente; de aquí la anemia, la postracion, el escorbuto, la albuminuria nefrítica y discrásica, la hipoglobulia, la caquexia, la desasimilacion de los elementos normales de los órganos, el aumento de la secrecion salival y pancreática, la estomatítis especial úlcero-membranosa, movilidad de los dientes, cáries y necrósis maxilares, úlceras intestinales, la suspension de los actos patológicos formativos y neoplásicos, la regresion y reabsorcion de los depósitos embrionarios y sólidos que no han adquirido derecho de domicilio en el organismo.

Como se ve por esta descripcion, hácense depender los efectos terapéuticos del mercurio de su accion patogenética; pero que esto no es exacto, lo confirma el hecho de su eficacia en las manifestaciones inflamatorias, neoplásicas, escleróticas y gomosas de la sífilis, sin provocacion de la caquexia mercurial ántes ni despues de la curacion.

Carece, pues, de fundamento la contraindicacion del mercurio en la escrofulósis y tuberculósis, nacida del temor de producir la hidrargiria en enfermos eminentemente diatésicos y que ya tienen modificada la crásis normal de su sangre.

La observacion imparcial nos conduce, por el contrario, á la idea de admitir la necesidad de una perturbacion profunda en los actos nutritivos y en la composicion de los líquidos, para que el mercurio ostente la plenitud de su accion terapéutica. Porque en la sífilis hay anemia, hipoglobulia, aplasticidad de la sangre, distrofias, y todo

esto se corrige por la cura mercurial. Y es que el mercurio, ántes de producir el empobrecimiento del líquido sanguíneo, mejora sus condiciones y favorece su nutricion. Así, Liegeois ha observado que dósis pequeñas de sublimado corrosivo administradas á hombres y animales sanos aumentaban su peso. De los experimentos de Keyes resulta: que cantidades mínimas de mercurio elevaban la proporcion de los glóbulos rojos, pero que si se continuaban por mucho tiempo la hacían descender; que la sífilis rebaja considerablemente la cifra normal de éstos, que es de cinco millones en un milímetro cúbico; que la hipoglobulia sifilítica desaparece á medida que se administra el mercurio, pues miéntras no pasa de ciertos límites aumenta los hematies; por último, que para los organismos en condiciones fisiológicas, este metal es en dósis moderadas un tónico que los vigoriza y estimula su nutricion.

Tenemos, pues, un método seguro de no dañar á los escrofulosos y tuberculosos en sus condiciones generales (plasticidad y entonacion) con la administracion del mercurio, si nos limitamos á obtener la fusion y reabsorcion de las neoplasias sin llegar á la anemia hidrargírica. La histología ha demostrado que entre el goma, el tubérculo y el infarto escrofuloso no hay diferencia de textura; y lo que sirve para resolver aquél, bien puede mostrarse igualmente eficaz en éstos.

De lo que llevamos dicho se deduce que la formacion tuberculosa ántes pide que rechaza el mercurio; pero no basta esto: hay que especializar los casos. Pertenecen á su dominio las tísis laríngeas en que la mucosa está inflamada y ulcerada, con apariencias de exudado membranoso, desprendida del tejido subyacente; en que hay catarro generalizado con secreciones moco-purulentas abundantes, y úlceras rojas, extensas, fungosas, que sangran fácilmente.

No siendo mi propósito hacer un estudio detallado de todas las sustancias indicadas en el tratamiento de la tísis laríngea, creo suficientes los ejemplos presentados para saber el criterio á que debemos atenernos siempre que se nos presente la cuestion de decidir sobre la conveniencia de otros agentes, ya vengan usados de antiguo ó que se propongan de nuevo.

Y para hacer una aplicacion inmediata de los principios que nos han guiado en el exámen que acabamos de hacer, detengámonos un momento en avalorar la importancia de una clase de medicamentos alrededor de los que se hace hoy gran ruido en las tísis pulmonar y laríngea: me refiero á los balsámicos y resinosos. Los goudrones vegetales y minerales, las breas, la creosota, la bencina, el ácido fénico, la trementina, los bálsamos del Perú, de Tolú, etc., han sido unos, son otros en la actualidad, preconizados como remedios heroicos en la tísis, administrados al interior y en inhalaciones. Pues bien; el conocimiento exacto del modo de obrar de estas sustancias demuestra que no pueden tener accion alguna para resolver, eliminar ó detener las neoplasias fímicas; la tienen, sí, en los catarros crónicos de las mucosas con secreciones abundantes; mitigan la tos, corrigen la expectoracion y la facilitan, alivian la disnea, hacen desaparecer el cosquilleo, la carraspera y otras molestias que son el tormento de los tísicos; curan, en una palabra, las complicaciones que presentan estos enfermos, y á las cuales suelen dar más importancia que á la misma enfermedad. Bajo este aspecto, el empleo de estos medios será beneficioso; pero el hombre de ciencia debe juzgar severamente esos específicos de la tísis que pululan en nuestros dias con el nombre de preparaciones á la creosota, al ácido fénico, al benzoato de sosa, etc.

El tratamiento local de la tísis laríngea tiene en laringoscopia una gran importancia. Y aunque no basta por sí solo para llevar á buen término el padecimiento, es un auxiliar poderoso de los medios generales, al que el espe-

cialista se ve siempre obligado á recurrir; pues casi todos los enfermos que le consultan vienen á su gabinete en demanda de un toque, de una aplicacion directa que les alivie sus sufrimientos.

Las sustancias empleadas con este objeto pertenecen á la clase de los astringentes, cateréticos, resolutivos, calmantes, y se usan en forma pulverulenta ó líquida.

Antes del laringoscopio, y desde la época de Trousseau, gozaron de gran prestigio las cauterizaciones laríngeas hechas con fuertes disoluciones de nitrato de plata. Por la relacion de este autor, de Bretonneau, de Pidoux y de muchos prácticos, conocemos los buenos resultados que se dicen obtenidos en el tratamiento de la tísis laríngea: los enfermos se alivian de la tos, de la disfagia, de los dolores y recobran la voz. Todas estas ventajas son, sin embargo, negadas por los más modernos laringocopistas, Stoerk, Ziemssen, Isambert, Morell-Makenzie y otros, quienes decididamente rechazan las cauterizaciones en la tuberculósis de la laringe, porque en vez de calmar los sufrimientos los exasperan, y en vez de detener aceleran la marcha del proceso tuberculoso. Explican los brillantes éxitos obtenidos por Trousseau y los que todavía siguen su práctica, suponiendo que en los casos citados se trataba de laringítis crónicas simples, confundidas con la tísis por la dificultad de establecer un diagnóstico exacto guiándose sólo por los síntomas racionales. Nosotros convenimos con la opinion de estos autores en proscribir las fuertes cauterizaciones, pues hemos visto producirse por su uso edemas colaterales é inflamaciones peri-ulcerosas que han ocasionado la oclusion rápida de la laringe y hecho necesaria la operacion de la traqueotomía. Pero si esto es cierto tratándose de las concentradas disoluciones de nitrato de plata, no sucede así cuando empleamos las débiles. Repetidas veces las hemos aplicado en la proporcion de 2 á 2,50 por 100, y siempre con buen resultado, para facilitar la deglucion y calmar los dolores sin producir los inconvenientes mencionados. Porque el

nitrato de plata tiene una accion electiva sobre la laringe de órden puramente terapéutico, que se desenvuelve con más libertad y con mejor resultado para la curacion de ciertos síntomas cuando se le despoja de sus cualidades cateréticas.

Recomiendo este tópico en primer término para tocar las úlceras laríngeas de naturaleza fímica, porque con ningun otro se modifican tan ventajosamente. Las disoluciones de tanino, de alumbre, de cloruro sódico, de clorato de potasa, la glicerina iodada, la morfina, el bromuro potásico tienen tambien indicaciones en algunos síntomas y formas de la tísis laríngea. Unos, porque coagulan la albúmina de los tejidos, oponiéndose de este modo á la desorganizacion; otros, porque curan el estado catarral de la mucosa y resuelven sus infartos ó los de las partes subyacentes; no pocos, porque descongestionan, sedan, calman, etc., justifican el empleo que de ellos se hace en laringoscopia.

Las maniobras y las operaciones quirúrgicas son á veces de intervencion necesaria en la tísis laríngea. Nada parece más apartado de la cirujía que el tratamiento de una enfermedad diatésica; y sin embargo, sólo ella puede conjurar gravísimos peligros. Los pólipos y las escrecencias tuberculosas que rellenan la laringe, obstruyen por completo su cavidad y amenazan asfixiar al enfermo, deben ser extirpados: la traqueotomía se impondrá otras veces imperiosamente, si las operaciones endo-laríngeas practicadas por las vías naturales no bastan á dar respiracion suficiente al enfermo.

Todos convienen en que estas operaciones no son más que paliativas; pero recientemente el Dr. Schmidt, en el Congreso de Milan, expuso un método quirúrgico de tratamiento de la tísis. Dicho autor se propone conseguir la eliminacion de los cartílagos aritenoides necrosados é infiltrados, y de los depósitos fímicos, á beneficio de grandes incisiones practicadas con unas tijeras de su invencion,

que tienen la forma de los fórceps laríngeos; despues de lo cual es fácil, dice, obtener la reparacion y cicatrizacion de las partes. En apoyo de su método adujo una casuística respetable.

Pudiera ser que la intervencion quirúrgica, considerada hasta el presente sólo como una indicacion de urgencia vital en las tísis laríngeas, estuviese llamada á pasar á la categoría de método curativo. Para esto sería necesario que nuestra doctrina de las tuberculósis localizadas en la laringe hiciese su camino; porque es claro que entónces, con enfermos en buenas condiciones generales, con procesos circunscritos y no invasores, la destruccion de las lesiones sería tan inofensiva para el organismo como lo son la de muchos productos linfáticos, embrionarios, fibrosos, caseosos. — He dicho.

DEL ARTE DE AMPUTAR

Entendemos por amputaciones las operaciones que tienen por fin separar un miembro de su continuidad con el organismo. Entendemos por extirpaciones las operaciones que tienen por objeto separar un órgano patológico. Tanto las unas como las otras pueden ser totales ó parciales.

Nos toca hablar de las primeras y desentendernos de las segundas, que sólo mencionamos para establecer sus diferencias, indicando la línea divisoria que las separa.

Teniendo por objeto las amputaciones separar un miembro de su continuidad con el organismo, es claro que de dicho objetivo primero nacen otros objetivos subsiguientes; unos impuestos por la enfermedad que se trata de corregir, y otros por las condiciones fisiológicas y anatómicas de las partes.

Todas estas cosas, todos estos objetivos constituyen verdaderas imposiciones; y una vez dadas, entra la terapéutica quirúrgica á discurrir y procurar los medios de satisfacerlas.

La enfermedad impone la cantidad y extension del miembro que se haya de sacrificar. La fisiología y la anatomía, el modo y forma cómo se ha de efectuar el sacrificio.

Toda operacion es un acto *à fortiori* que constituye

una violencia material y moral. Y así como al que le asalta un bandolero pidiéndole la bolsa ó la vida, procura, á serle posible, dar la menor suma, así el terapeuta, cuando el afecto morboso le pide el sacrificio del miembro ó de la vida, procura, en cuanto le es posible, sacrificar la extension menor de miembro.

Por desgracia, no son infrecuentes las ocasiones en que tenemos que entregar toda la bolsa; y ya por la extension de las lesiones, ya por su naturaleza, obligarnos á sacrificar la totalidad del miembro.

Entran despues la fisiología y la anatomía á estrecharnos el campo de la accion, y en los límites que nos quedan hacernos entablar nuestras funciones artísticas.

Toda amputacion ataca esencialmente la continuidad de las partes; pero como en las extremidades superiores é inferiores existen conjunciones inter-óseas ó articulaciones, á las amputaciones que no exigen la division de huesos y que entran por sus coyunturas las denominamos amputaciones por contigüidad, y más propiamente amputaciones por desarticulacion, ó desarticulaciones sólo, implicando, sin embargo, tácitamente la idea de amputacion.

Tenemos, pues, segun esto, dos modos de amputar: por continuidad y por contigüidad, ó, lo que es lo mismo, por amputacion y por desarticulacion.

¿Cuál de estos modos es el preferible? Comparados en sí mismos, parece preferible la desarticulacion, aunque es difícil decidir por las estadísticas este asunto; la razon anatómica favorece la desarticulacion, miéntras la razon fisiológica se inclina con variedad, unas veces á la amputacion y otras á la desarticulacion. En general, queda por tanto el problema sin resolver; pero en particular no sucede así, y en su virtud, exige cada caso su determinacion, que la resuelve entónces, más que la razon anatómica ó fisiológica, la razon patológica de donde surge la indicacion.

En igualdad de circunstancias debemos optar por lo que permita el menor sacrificio, llenando, se entiende, la

indicacion terapéutica con menor desuso del resto del miembro.

No siendo necesario atacar la continuidad de los huesos en las desarticulaciones, el instrumental se reduce á muy poco; casi al de las operaciones comunes.

En las amputaciones se dividen los troncos vasculares del miembro, y por tanto hay que prevenir la hemorragia que por ellos debe efectuarse. Contamos con varios medios para conseguirlo, desde el torniquete hasta el aparato de Esmarch.

Salvo algun caso excepcional, la experiencia nos permite aconsejar la abstraccion de todos estos medios. El mejor torniquete para las amputaciones es un buen ayudante que comprima la arteria. No siempre se dispone de un ayudante, pero hablamos de lo corriente. Un cirujano que carezca de buenos ayudantes, es como si careciese de instrumental. Debe tenerlo. Hay casos, como en los campos de batalla, en que no se puede disponer de quién sepa comprimir un vaso, y sólo entónces ó en análoga circunstancia deberá recurrirse al torniquete. El torniquete no declara que tenga bien interrumpido el círculo sino hasta despues de dividido el vaso. Si, ya herido, sale sangre, es preciso suspender la operacion, aflojarlo, volverlo á colocar y atornillar, y en todo esto la hemorragia persiste y puede sobrevenir una desgracia. Aunque esté bien colocado, los movimientos del paciente suelen desplazarlo y originar los expresados peligros.

El vendaje de Esmarch es más seguro; pero las amputaciones son operaciones rápidas, y, comprimida la arteria por mano inteligente, ni se pierde sangre, ni tenemos que temer la parálisis vaso-motora que provoca el aparato de Esmarch, y que tanto intranquiliza por el lado de las hemorragias consecutivas.

No despreciamos el invento de dicho cirujano; lo usamos y lo continuarémos usando en las resecciones, en las extirpaciones y en los demas actos operatorios en que sea preciso emplear mucho tiempo y convenga tener exangüe

y clara á la vista la region en que se actúa. Mas en las amputaciones lo considero innecesario y ménos ventajoso que la simple compresion digital.

En cualquier amputacion van los peligros de la hemorragia creciendo en la misma razon que los otros géneros de peligros; todos van aumentando del extremo á la base. Dicha ley comprende lo mismo los riesgos inmediatos que los mediatos. Así, hay más posibilidad de una hemorragia amputando la pierna que amputando el pié; más amputando el muslo que la pierna, etc.; y tanto en el acto operatorio como en los dias subsiguientes á la operacion.

Por lo demas, el arte es hoy dueño absoluto de las hemorragias inmediatas y consecutivas de las amputaciones, salvo el caso de que el paciente sea hemofílico. Por fortuna, esta condicion morbosa es rara y puede averiguarse ántes de decidir la operacion.

Desde luégo se alcanzan las razones por qué las hemorragias son ménos peligrosas cuanto más se alejan de la base del miembro; los vasos son de menor calibre, sus energías más leves, sus ramificaciones ménos importantes.

La compresion digital que ha de interrumpir el círculo deberá hacerse siempre en la raíz del miembro, ya se ampute hácia la extremidad, ya más hácia la base. En este punto la arteria es única; más abajo suele dividirse, ó dar troncos secundarios que harían incompleta la interrupcion del círculo, si por bajo de ellos se hiciese la compresion.

Bajo el mero aspecto del arte, puesto que en las desarticulaciones no hay que atacar la continuidad de los huesos, parece que se debe empezar por ellas la enseñanza. Pero siendo las desarticulaciones más difíciles, generalmente, que las amputaciones por continuidad de hueso, parece que por éstas debería empezarse, siguiendo la máxima de caminar de lo fácil á lo dificultoso. No dudo que en ejercicios de operaciones sea discreto seguir este órden; pero, en exposicion didáctica, simplifica bastante dar las

reglas comunes, y así queda poco que añadir á cada amputacion ó desarticulacion particular.

Amputaciones son las unas y las otras; ambas llevan por objeto separar cierta extension de un miembro. La preferencia de una ú otra se establece en la indicacion de sacrificar la extension menor posible. Así, si desarticulando llenamos la indicacion terapéutica con menor mutilacion, desarticulamos; si amputando por hueso ahorramos mutilacion, amputamos. Como quiera que los huesos y las articulaciones son sucesivos y alternos, se comprende bien que unas veces ahorramos mutilacion desarticulando, y otras amputando.

Aparte de esta comunidad en los motivos de eleccion, comienzan despues las diferencias.

Por regla general, en las desarticulaciones resulta improcedente lo que se llama método circular, en tanto que el método á colgajo es tan adaptable á las unas como á las otras, con ligeras variantes.

No se parte de estos principios en los artes ó libros de operar, y de ello resultan muchos daños. Cada topografía exige un plan determinado de accion, lo mismo en arte militar que en el arte quirúrgico. Se dice, por ejemplo: Desarticulacion de la primer falange del dedo grueso. Método circular: hácese así y de tal modo. Método oval: ejecútase de tal y tal suerte. Método á colgajos: se practica de esta y esta y de la otra manera. De aquí resulta una aparente riqueza de recursos; pero lo que resulta realmente es una complicacion innecesaria y una enseñanza infausta, porque dice y enseña á hacer las cosas de muchos modos que no convienen en manera alguna hacerse. Gracias que el sentido comun rechaza por intuicion los malos consejos, aunque tengan la autoridad que les presta hallarse impresos en tratados didácticos; pero de todas suertes es muy posible, y sucede en efecto, que esos caractéres sumisos y aplicados, que aprenden lo que les enseñan, descansando en la autoridad, obren segun ella y procuren realizar las torpezas del consejo.

Supongamos á un cirujano que, asistiendo un paciente de cáries de la primera falange del dedo grueso, ve indicada la desarticulacion. Entiende que puede hacerse por el método circular y procede en su virtud á realizarlo. Hace su incision en redondo, va á disecar la piel, y la estrechez del círculo no lo facilita; con mil apuros y malas maniobras despega lo que puede y como puede dentro del canuto aquél formado por una piel hinchada y gorda. Va á revolverla para buscar la coyuntura más atras, le es materialmente imposible, teme que sea impericia lo que en suma es mala enseñanza, se azora y, tienta aquí, corta allá, concluye aquello por ser una desdicha.

Puesto que cada topografía tiene un plan de ataque, uno sólo debe darse, el más simple, el más seguro.

Dedos. — Se desarticulan las terceras falanges á colgajo palmar, lo mismo en los piés que en las manos. Penétrase con el filo del bisturí perpendicularmente sobre la articulacion, manteniendo en flexion la falange. Para caer en la coyuntura, conviene no seguir precisamente la línea del ángulo que forma la flexion, sino un poco más abajo.

La práctica en el cadáver es necesaria en esta simple operacion, como en todas. De escribir mal á escribir bien hay mucha diferencia: operar mal, lo hace cualquiera á costa del paciente; operar bien, sólo lo hace el que lo ha practicado muchas veces en el cadáver. Siempre es más difícil y más grave hacer una operacion que cortar una levita, y, sin embargo, nadie pretende cortarla en paño bueno sin ensayarse muchas veces en una tela sin valor.

Puesta en flexion la última falange, queda precisamente formando el ángulo de flexura el borde superior de la extremidad de la segunda falange: hay, pues, que hacer la incision trasversal tres ó cuatro milímetros más abajo para caer en la coyuntura. La incision debe hacerse corrida, manteniendo los otros dedos en un plano más inferior para que juege libre el bisturí. Denomino incision corrida la que se practica á modo de arco de violin cuando corre

sobre la cuerda. El bisturí se aplica de talon y se desliza hasta la punta. La fuerza empleada debe ser leve, pero en proporcion con el grosor y resistencia particular de los tejidos del operado, pues ya se comprende cuán distinto espesor y consistencia tiene el dedo de un marinero que el de una señorita. Haciendo la operacion bien, en este primer paso de bisturí, debemos entrar en la articulacion. Se violenta un poco la flexion y se acaban de dividir los ligamentos laterales. Colócase el talon del bisturí detras de la cabeza de la falange que se amputa, y se verifica otra incision corrida, pero no perpendicular al dedo como la primera, sino horizontal y paralela á la misma falange. En esta incision debe quedar tallado el colgajo y concluida la amputacion. Aunque son pequeñas, conviene ligar las dos arteriolas colaterales, y si no dan sangre ni se ven, cauterizar sus puntos correspondientes.

Si la enfermedad impide el colgajo inferior por hallarse invadido, conviene amputar por continuidad sobre la segunda falange.

Amputacion de la segunda falange.—Puede aquí optarse por un colgajo inferior ó superior, ó bien dos, superior é inferior, más cortos; y áun si la alteracion de los tejidos obligara, laterales, ya de un lado ó ya de otro.

Si conviene un solo colgajo, harémos una incision trasversal á nivel del punto donde determinemos serrar el hueso. Esta incision primera deberá cortar la piel y los tendones. Se entiende que si el colgajo ha de ser palmar, la incision trasversal será dorsal; si el colgajo que procuremos ha de ser dorsal, la incision primera ha de ser palmar, etc. Llegando con ella al hueso, se aplicará una sierra fina á la línea de falange descubierta; una vez aserrada, penetrarémos por entre la division con el bisturí y tallarémos el colgajo. Para obtener dos, el procedimiento es bien sencillo. Se incinde circularmente el dedo, y de los diámetros opuestos de esta incision profunda circular, ya á las partes laterales, ya superior é inferior, se hacen partir

ascendiendo dos incisiones longitudinales de una extension próxima al diámetro de la circular. Resultan así dos colgajos cuadrangulares que se disecan y levantan; por bajo de su base se dividen las correderas fibrosas y los tendones, se sierra el hueso, se ligan las colaterales y se adaptan los colgajos resultantes, y que son superior é inferior si las incisiones fueran laterales, ó laterales si las incisiones fuesen superior é inferior.

Desarticulacion de los segundos artejos y falanges.—Se procede en un todo segun dijimos de las terceras.

Amputacion de las primeras falanges.— Se ejecuta de igual manera que las segundas.

Desarticulacion de las primeras falanges, ó sea de los dedos.

Los dedos gruesos y los pequeños de la mano y pié permiten la desarticulacion á uno y dos colgajos, ya externo, interno, superior ó inferior. El dedo índice se presta mejor á un solo colgajo externo, suponiendo la mano en supinacion. En el pié, la desarticulacion del dedo grueso y pequeño debe evitarse á toda costa. Quedan las cabezas de los metatarsianos muy prominentes y expuestas á roces y contusiones, dificultando de un modo considerable la progresion, dejando al operado en situacion muy penosa. En unos casos hemos sustituido dicha operacion por la reseccion de la falange; en otras, por la amputacion oblicua del metatarsiano. Del primer recurso hemos obtenido resultados muy satisfactorios.

Los segundos, terceros y cuartos dedos del pié, así como los terceros y cuartos de las manos, se prestan mal á la desarticulacion. Sus comisuras quedan muy por delante de las líneas de coyuntura; los tejidos dorsales son escasos y delgados, miéntras que los plantares y palmares son gruesos y fuertes. Tal disposicion restringe los modos de ataque, reduciendo la desarticulacion á un método mix-

to, que se denomina impropiamente método oval, y que más se acerca á esta figura ⊽.

Importa la correccion que acabamos de hacer, porque la impropiedad de la palabra por un lado, y la inexperiencia por otro, suelen dar ocasion á dejar sin proteger la cabeza del metatarsiano ó metacarpiano al pretender ejecutar el llamado método oval.

La operacion se reduce á lo siguiente: Separados los dedos vecinos en el grado posible, con un escalpelo estrecho, se verifica una incision circular que corte la flexura inferior y las partes laterales y superior de la piel á nivel de las comisuras inter-digitales. De la parte superior de dicha incision circular se corre otra longitudinal hasta el ángulo que forma la cabeza del hueso tarso ó metacarpiano, resultando esta figura de raqueta Ϙ. Despégase por diseccion la parte recta y los ángulos que forma con la curva. Dóblase forzadamente el dedo, tirando algo de él al mismo tiempo. La articulacion permite así separar bastante las superficies articulares, y fácilmente se penetra entre una y otra, incindiendo profundamente con la extremidad del escalpelo un centímetro por bajo del ángulo articular. Se atacan á uno y otro lado los ligamentos laterales, y se luxa el dedo, sacando por la abertura el extremo de la falange. Córrese de plano por detras el escalpelo y córtanse los tendones flexores. Se facilita la operacion enganchando con un tenáculo los ángulos de la piel, y manteniéndolos separados por ayudantes. Las arterias colaterales pueden retraerse y quedar escondidas; si los chorritos de sangre no guian para prenderlas y ligarlas, se cauterizará con la punta del termo-cauterio el sitio correspondiente. Como del nivel de la flexura inferior y de las comisuras inter-digitales á la línea de conjuncion articular queda mucho espacio, resulta un hueco profundo que, por más que se cubra con la piel suturando la incision circular y la longitudinal, no deja de favorecer el remanso del pus, dificultando la cicatriz por primera intencion. En el llamado método oval clásico se favorece aún más este

remanso; el pus no tiene otra salida que por rebosamiento, y se le obliga á minar hácia el metacarpo, y más aún hácia el metatarso. En efecto, cualquiera podrá ver que la herida quirúrgica representa exactamente una cavidad en forma de cuchara, la cual se reduce á un túnel hueco cuando se suturan sus bordes. Algo corrige esta mala disposicion la manera como aconsejamos proceder; pero en el pié, dada su natural posicion en cama, de la que resulta el centro de gravedad en el talon, no podemos darnos por satisfechos sin arbitrar algun recurso que evite el inconveniente del remanso y la filtracion hácia la cabeza del hueso y las partes profundas. Estudiando este asunto, no hemos podido discurrir otro remedio que el de dividir el diámetro plantar de la incision circular por otra incision análoga á la dorsal. Se coloca perpendicularmente entre la comisura posterior de ambas heridas un drenado de cerda que salga por el dorso y por la planta y se suturan por delante las incisiones; de este modo el túnel tiene un desagüe por su fondo y base, disminuyendo en lo posible los indicados inconvenientes.

Nada digo respecto á las operaciones sobre los huesos metacarpianos y metatarsianos en particular, porque las operaciones que en ellos pueden efectuarse no son amputaciones, sino verdaderas resecciones, áun dado caso que se extraigan por la articulacion. Ya, cuando se actúa sobre todos los del pié ó de la mano ó sobre los cuatro últimos de ésta, se efectúa una amputacion.

Amputacion del metatarso y metacarpo.—La disposicion anatómica de la una y de la otra extremidad, en el metatarso y en el metacarpo, varían tanto, que puede decirse poco en comun de sus amputaciones. Esto poco, sólo se refiere á la amputacion por continuidad de ambos emparrillados óseos. La amputacion por el cuerpo de estos huesos es muy poco frecuente, y casi está en desuso. En la mano, no defenderé que merezca la pena preferir ésta á otras amputaciones. No obstante, si con amputar el me-

tacarpo por su centro podemos salvar el dedo grueso, recomendarémos con ahinco que se ejecute la operacion con preferencia á otras.

Respecto al metatarso, nó hay dudas. Dos centímetros de metatarso que podamos conservar, dejan un resto de pié más útil que el que resulte desarticulando.

La amputacion debe hacerse siempre que se pueda por dos colgajos, uno dorsal y otro plantar. Segun lo permitan las partes, así proporcionarémos sus magnitudes. Si hay tejidos, convendrá que tengan ambos la misma magnitud; de no, tallarémos uno pequeño y otro mayor; y si tan sólo podemos disponer de la planta, con un colgajo plantar nos resignarémos.

Conviene advertir que, en este caso, el colgajo necesita ser bien largo, aprovechando las carnes hasta la línea de flexura de los dedos; de otro modo nos expondríamos á dejar la herida sin cubrir.

Tallado el colgajo superior, si hay de dónde, disecado y doblado, y si no incindiendo desde luégo con energía hasta topar en hueso por la línea deseada, de modo que en el corte quede dividida la piel y los tendones, pasamos á perforar los espacios inter-óseos y dividirlos á través en la misma línea que trazamos con la incision primera. Hecho esto, comenzamos á serrar los metatarsianos, sucesivamente del último al primero, y no todos á la vez, porque se mueven y no resulta el aserrado limpio. La sierra de dentistas podría facilitar y abreviar la ejecucion. Serrados los cinco huesos, perfeccionarémos con el escalpelo la division trasversal de los tejidos musculares y fibrosos. Se dislocarán los fragmentos óseos hácia adelante, y pasando por detras el escalpelo se tallará el colgajo inferior de lo profundo á la piel. Acto continuo se ligan las arterias que dan sangre ó se cauterizan los puntos de su corrida, se adaptan los colgajos y se practica la sutura.

De igual suerte, *mutatis mutandi*, se procede para amputar por continuidad el metacarpo.

Desarticulacion tarso-metatarsiana (1). — Hácese á colgajos, principalmente plantar. Se tallan de la forma y manera que expusimos en la operacion antecedente. Lo esencial en esta desarticulacion estriba en conocer la línea quebrada que, partiendo de la apófisis del quinto tarsiano, corre las junturas articulares de los cinco, con el cuboides y las cuñas. Dicha línea es ligeramente curva, pero se interrumpe en el punto que corresponde á la extremidad posterior del segundo hueso del metatarso, que entra como en una muesca angular cuya base corresponde á la cara anterior de la segunda cuña y los lados á la primera y la tercera. Las meras descripciones son inútiles para ejecutar la operacion con limpieza; pero la práctica en el cadáver la facilita hasta el punto de poderla hacer con los ojos vendados. Si al pretender llevarla á cabo en el vivo, se viese el operador detenido por la extremidad del segundo metatarsiano, sin encontrar pronto su línea de juntura, no debe insistir en el empeño, sino echar mano á la sierra y salir pronto y sin tanteos de la dificultad.

Desarticulacion medio-tarsiana. — Hácese tambien á uno ó dos colgajos, de la manera ántes descrita. Se procura tactar la prominencia del escafoides hácia el borde interno del pié, y la del cuboides hácia el externo. Este último punto de guía no suele tactarse sino en las personas de piel delgada; pero está en la mitad del espacio que media entre el maleolo y la apófisis saliente del quinto

---

(1) Esta desarticulacion, y las que siguen, suelen llevar el nombre del primer cirujano que las practicó ó las propuso. Así, llámase á ésta desarticulacion de Lisfranc, á otra de Chopart, á otra de Pirogoff, etc.

Omito estos nombres, dándoles el anatómico exclusivamente, tanto por no sobrecargar la memoria como para evitar, en lo que esté de nuestra parte, los perniciosos efectos de la vanidad, que ha complicado inútil y puerilmente el arte operatorio por el afan de dar cada uno su nombre á pretendidos procedimientos.

metatarsiano. No es difícil, una vez tallado el colgajo superior y cortados los tendones, dar con la juntura, que sigue una línea recta, aunque más adelantada, en la parte correspondiente á la cabeza del astrágalo.

Ligadas las arterias y adaptados los colgajos por puntos de sutura, deberá procederse á hacer la tenotomía subcutánea del tendon de Aquíles, para evitar la retraccion posterior del talon. Igual consejo se extiende á las amputaciones que subsiguen.

Desarticulaciou sub-astragaliana. — Pudieran estar afectados alguna vez todos los huesos del tarso, excepto el astrágalo; y como éste forma la llave de la articulacion de la pierna con el pié, convendría mucho conservarlo, para que resultase un muñon más apropiado y útil. La operacion, en puridad, es la misma anterior, á la que se agrega la reseccion del calcáneo. No tenemos que advertir, por ser cosa de comun sentido, que los colgajos superiores é inferiores deben en cada una de las operaciones descritas tener la magnitud proporcionada para cubrir el diámetro vertical del pié en el punto en que se ampute.

Desarticulacion-calcáneo-tibial. — Esta amputacion y la que antecede no pueden determinarse *à priori*. Pocas veces podemos, en un pié profundamente enfermo, saber, ántes de poner las partes al descubierto con el bisturí, si queda algun hueso sin dañar en medio de los otros próximos dañados. Son, por tanto, operaciones de ocasion, y que tenemos que determinarlas sobre el campo. En su virtud, si, procediendo á hacer la desarticulacion medio-tarsiana, nos encontramos, por ejemplo, con el astrágalo ileso, pero con el calcáneo enfermo, para defender lo más posible el grado de mutilacion y no desarticular por los maleolos, dejamos ilesa la conexion de la pierna con el astrágalo y resecamos total ó parcialmente el calcáneo, atacando su juntura por debajo del astrágalo y cortando

la atadura del Aquíles. Pero podemos encontrar ileso, no el astrágalo, sino el calcáneo, y en este caso aprovechamos las condiciones de este hueso á favor de la menor mutilacion. Queda, pues, demostrado que no son estas operaciones de las que pueden predeterninarse, sino operaciones casuísticas, que se hacen, cuando se da el caso, una vez al descubierto los tejidos, y examinando á vista el estado de las partes.

Ahora bien; resulta, en contra de lo que se enseña por los autores de las dichas operaciones, y contra lo que se enseña en los libros, que el colgajo superior ó dorsal es idéntico al que se practica para la desarticulacion medio-tarsiana, ó igual al que se emplea para la desarticulacion tibio-astragaliana, porque una ú otra operacion son las solas que podemos determinar *à priori*, corrigiéndolas luégo de abiertos los tejidos, ya con el fin de quitar al astrágalo dejando el calcáneo, ya á la inversa, conforme el mal reclame.

Con lo dicho en cuenta, no hay que decir que si para estas últimas operaciones resulta en un caso el colgajo superior demasiado largo, y en otro corto, esto se corrige fácilmente dando la proporcion debida al colgajo inferior, ya que por fortuna, en toda esta serie de desarticulaciones, se talla en el último tiempo y estamos en aptitud de darle la dimension proporcionada.

Puestos ya en el caso de hallar cariado el astrágalo é ileso el calcáneo, deberémos conservar este hueso importante y, para conseguirlo con el menor trabajo, se procederá así: Se ataca la juntura tibio-tarsiana como para desarticular el pié; líganse los vasos que dan sangre; dislócase, y atácase acto seguido la línea de articulacion calcáneo-astragaliana y calcáneo-cuboidea; libre el calcáneo de sus conexiones, queda unido á los tejidos del talon y del Aquíles. Acto seguido se talla el colgajo plantar y córtase el tendon de Aquíles. Con una sierra se resecan las prominencias maleolares y una lámina de hueso que separe el cartílago articular de la extremidad de la tibia; se atrae el

calcáneo y se afronta con dicha superficie aserrada, y en la direccion y forma apropiadas, para que resulte una superficie correspondiente cruenta, se asierra otra lámina del calcáneo. Examínanse las partes por el lado hemostático; se liga ó cauteriza lo conveniente, se corrigen y adaptan los colgajos, dejando el drenado oportuno, y se fija el calcáneo en inmovilidad con la tibia, cual si se tratase de una fractura que se quiera consolidar. Para ello vendamos con escayola, dejando una abertura para el desagüe.

Desarticulacion tibio-tarsiana. — Tállase un colgajo anterior curvo, que comienza debajo de un maleolo y concluye en el otro. Disécase y levántase. Divídense los tendones en la línea de flexura; la articulacion es ámplia y se ataca por entre la polea del astrágalo. Divídense los ligamentos maleolares. Vuélcase el pié; córtase el tendon de Aquíles con cuidado, para no degollar la piel delgada que lo cubre; diséquese el calcáneo y despréndase de las ataduras que se fijan á su porcion plantar. Déjense los tejidos del talon y parte de la planta, cortando aquí al través, constituyéndo una como boca de horno.

Hágase prolijamente la hemostasia, y reséquense con la sierra ambos maleolos. Practíquese con el bisturí una puncion por encima de los tejidos del talon, métase por ella un drenado de cerdas. Sutúrese el colgajo superior con la boca de horno, cerrándola á modo de portezuela.

Aunque es cosa de sentido comun, por un exceso de dogmatismo se habla sériamente en toda operacion de la posicion del cirujano.

El que carezca de la intuicion necesaria para no saber dónde ponerse en cada acto de la vida, no debe ser cirujano. Dirémos, sin embargo, para no romper del todo con la costumbre, que en las operaciones de manos y de piés, el enfermo conviene que esté acostado, y el médico delante de la mano ó pié. En las amputaciones de la pierna y muslo, al lado externo del miembro en que opere.

Amputacion de la pierna. — Puede hacerse en cualquier punto de su longitud. En los pobres, que no cuentan grandes recursos para proveerse de buenas piernas artificiales, vale más amputar por la parte media, sacrificando alguna longitud de miembro, en gracia de que puedan valerse cómodamente de un pilon, que es cosa barata, útil y sencilla. De todas suertes, la operacion no varía, cualquiera sea la altura á que se practique. Puede hacerse por corte circular, por uno ó dos colgajos, y por incision circular, interrumpida por un pequeño colgajo triangular.

La adopcion de estos medios no debe responder al capricho, sino á las condiciones morbosas de las partes.

Método circular. — Se emplea un escalpelo de medianas dimensiones, y no esos formidables cuchillos, restos del arte rutinario. Con un cuchillo grande no se corta más ni más pronto que con un bisturí. La incision no es precisa ni se lleva á medida del deseo. Con el bisturí se traza rápidamente un semicírculo que divide la piel en la mitad de su extension, y acto continuo el otro semicírculo. El dolor quirúrgico varía mucho con relacion al modo de dividir los tejidos, y aunque el cloroformo evite al dolor que pase al centro subjetivo del paciente, no por eso deja de producir las vibraciones nerviosas que son causa del dolor mismo. Estas vibraciones son más bruscas ó más suaves, más ó ménos intensas, segun las condiciones del agente que determina la vibracion. Un escalpelo mal afilado, al hacer una herida, produce más vibraciones dolorosas que otro de buen filo. El corte practicado dulcemente con un escalpelo movido por mano perita es menor que el causado por un cuchillo largo, cuya fuerza útil varía en relacion á la palanca, y que la mano no puede graduar. Por éstas y otras muchas razones que omito, por no ser largo, debemos dejar relegados los cuchillos de amputacion á los arsenales, conservando sólo el estrecho de dos filos, por ser indispensable para ejecutar rápidamente los

colgajos que se tallan por puncion prévia, ó *trasfixion*, como dicen los extranjeros.

Dividida la piel, se la diseca con el mismo bisturí, despegándola en redondo de la aponeurósis, en una extension suficiente para cubrir con descanso, sin traccion ni violencia, el círculo cruento que ha de resultar de la amputacion. Se remanga la piel, y como tiende á desdoblarse, para no entorpecer al cirujano con los dedos de los ayudantes que pugnan por sujetarla, y que no se les resbale, lo mejor es tener dispuestos 20 centímetros en cuadro de tela de caoutchouc, perforado en el centro por un pequeño agujero. Cortado el manguito y remangado, se mete el pié del enfermo por el agujero de la tela, se corre hasta el manguito, y como el agujero estrangula suavemente la línea circular de tejidos sobre que actúa, lleva la retraccion al punto que el cirujano desea, y allí sigue actuando automáticamente, sin permitir escurrimientos ni variaciones. El ayudante puede entónces mantener las puntas de la tela á distancia del operador, y no estará encima de él y del operado de una manera fatigosa. Sobre estas ventajas resulta otra mayor, y es, que protege por arriba los tejidos dejándolos libres de la accion del bisturí.

Por la línea de presion de la tela córtanse con el mismo bisturí los músculos, ya en una sola capa hasta el hueso, ya en más de una, si nos conviene irlas retrayendo en cono, lo cual se facilita mucho por la tela. Llegando á los huesos, por ser dos, se ataca el espacio inter-óseo dividiendo de punta músculos, ligamento y periostio. Se introduce de arriba abajo por la abertura practicada un pedazo de venda, y con ella se retraen las carnes inter-óseas. Aplícase la sierra, divídese el peroné, y despues la tibia; se afloja la compresion digital de la arteria, se ligan los vasos y, una vez seguros de la hemostasia, se perfecciona la seccion de la tibia, matando la espina con las tenazas incisivas ó con un corte oblicuo de la sierra. Sutúrase la piel, dejando un punto inferior libre para el drenado.

Amputacion circular con un colgajo triangular anterior. —Este procedimiento, discurrido por nuestro compatriota Argumosa, sólo difiere del anterior en que, ántes de dividir circularmente la piel, se talla un pequeño colgajo triangular que cubra ámpliamente la cara interna de la tibia; de los lados de la base de dicho triángulo parten las incisiones semicirculares, procediendo por lo demas como en el caso anterior.

Practicada la sutura, queda el triángulo en la parte superior, y la línea de sutura se divide por consiguiente en forma de Y, quedando por tanto ménos expuesta al roce de la extremidad del hueso.

Amputacion por colgajos. — Estando la pierna descarnada por delante, el colgajo anterior resulta formado sólo por la piel, y esto obliga á tallarlo del exterior á lo profundo por virtud de diseccion con bisturí.

Estando por detras las masas musculares de la pantorrilla, los colgajos posteriores pueden hacerse rápidamente por trasfixion. Esto es, punzando con un cuchillo como los inter-óseos por el lado externo de la pierna, sacando la punta por el lado interno para salir cortando hácia abajo el colgajo en la magnitud deseada.

Debe advertirse que los colgajos posteriores de la pierna por su misma carnosidad se doblan mal y se adaptan peor, por lo que conviene siempre combinarlos con un colgajo anterior, aunque sea corto.

Desarticulacion fémoro-tibial. — El método circular da aquí imperfectos resultados. Necesita un manguito de piel extenso, y queda irregularmente fruncido. Es preferible hacer la operacion á dos colgajos; primero el anterior, por diseccion, abrir la juntura, cortar los ligamentos cruzados y tallar de lo profundo á la superficie el colgajo posterior. Ligada la poplítea y alguna articular, se extirpa ó no la rótula y se adaptan y suturan los colgajos.

Amputacion del muslo. — Se ejecuta por el método circular. Puede hacerse tambien á colgajos; pero fuera de exigencia patológica no resulta conveniente, á causa de que aumenta mucho la superficie cruenta, ya extensa de suyo en toda amputacion de muslo.

Nada hay que añadir en particular sobre lo dicho respecto á la amputacion circular de la pierna.

Como en el muslo sólo existe un hueso, la amputacion en sí es más simple. La tela ó lámina de goma perforada resulta de más ventajosa aplicacion en esta parte, y ella casi guía al cirujano en las líneas de corte, porque á medida que se profundiza va constriñendo los tejidos, retrayéndolos, resguardando los ya cortados y exponiendo limpiamente al filo los que deban ser sucesivamente atacados.

Desarticulacion coxo-femoral. — Esta operacion reclama el método á doble colgajo. Ni el llamado oval, ni ningun otro propuesto por el lujo de inventiva, tiene útil aplicacion. Los colgajos deben ser antero-externo uno y postero-interno el otro. Las exigencias del padecimiento pueden, sin embargo, obligar á que avancen más ó ménos hácia los diámetros vecinos. De todos modos, esencialmente la manera de obrar difiere poco, y lo que se diga del primero, con leves alteraciones que el sentido comun declara, se puede aplicar á los demas.

Con un cuchillo estrecho, puntiagudo y de dos filos, se penetra con resolucion por delante del centro del hoyo de la nalga, á nivel del borde superior del gran trocánter, y con el dedo pulgar de la mano derecha se fija dicho borde y se dirige atravesando en túnel el cuchillo, por la gran muesca que queda entre la cara interna del trocánter y el cuello del fémur; síguese penetrando, y se llevan los dedos de la mano izquierda al triángulo de Escarpa para tactar y pulsar la femoral; húndese con el dedo y córrese el cuchillo para sacar la punta por delante y al lado externo de la arteria. Si se ha ensayado la operacion en el cadáver, se

llega á adquirir la suficiente destreza para ejecutar este tiempo velozmente, dejando la arteria ilesa en el borde interno de la herida. Fuera ya la punta del cuchillo, se taja de un solo golpe el colgajo antero-externo. Los ayudantes, prevenidos con pinzas de presion continua, acuden á colocarlas sobre los vasos abiertos. Si la femoral, como debe, ejecutando bien lo dicho, queda visible latiendo hácia el borde interno de la herida, se la pasa una aguja de Deschamps armada con tripa, se liga y se corta un centímetro por bajo.

Acto seguido, remangando el colgajo, se ataca la articulacion con bisturí; se corta el ligamento intra-articular, se luxa la cabeza del fémur, y poniendo el cuchillo entre el cuello del hueso y la superficie dividida, se taja el colgajo posterior interno. Aplícanse pinzas de presion en las bocas de los vasos, se ligan con calma, se lava bien la gran superficie cruenta con disolucion fenicada. Se cauteriza con el termo lo que se juzga necesario, se sutura y drena por los puntos declives.

Desarticulacion carpo-metacarpiana. — Es una operacion teórica que ninguna ventaja ofrece sobre la siguiente.

Desarticulacion radio-carpiana. — Hácese á dos colgajos; tambien á uno si la necesidad lo exige; no se apropia aquí el método circular. Tállase el colgajo anterior por diseccion; se levanta; córtanse los tendones; ábrese la línea articular; se atacan los tendones radiales, cubital y ligamentos laterales; se luxa la mano hácia adelante; se dividen los tendones posteriores y se talla el colgajo posterior, de la superficie al centro ó vice-versa. Aflójase la compresion de la humeral, que ejecuta el ayudante; líganse la radial y cubital; se denudan los nervios de dicho nombre y el mediano, separándolos de los tendones; se dividen lo más alto posible; se sierran las apófisis estiloides del cúbito y del radio; se lavan las partes y se suturan los colgajos.

Amputacion del antebrazo. — Puede hacerse á cualquier altura, por el método circular ó de colgajos. Nada hay que decir especialmente sobre ellas.

Desarticulacion cúbito-humeral. — Debe preferirse el método á colgajos. Se talla con bisturí, por diseccion, el anterior; se levanta; se cortan las ataduras musculares por bajo de las epitrócleas y en la flexura. Se ataca la articulacion por el lado radial y luégo por el opuesto. Una vez abierta, se ligan las arterias, se talla el colgajo posterior por diseccion, córtase el tendon del tríceps; se procura dislocar el antebrazo, dividiendo los tejidos fibrosos que resten y se opongan.

Amputacion del brazo. — Se presta mejor al método circular que al de colgajos. Nada hay que decir particularmente respecto á la amputacion de dicho miembro. Puede ejecutarse á cualquier altura que la enfermedad exija. Sólo debemos advertir que, en las amputaciones bajas, el bíceps, al perder su atadura inferior, se retrae considerablemente y, como el tríceps queda atado al húmero, esto no sólo desiguala la superficie de seccion, sino que la piel, arrastrada con el bíceps suele dejar al húmero descubierto. En las amputaciones más altas, quedando menor extension de bíceps libre, la retraccion tambien es menor y menores las consecuencias. Advertido el hecho, deberá tenerse en cuenta, tomando más extension de manguito por delante y dividiendo el tríceps á mayor altura.

Desarticulacion escápulo-humeral. — Fuera de alguna circunstancia morbosa que lo impida, el modo propio y más conveniente de hacer la operacion es á dos colgajos, uno deltoideo y otro más pequeño, axilar. Se traspasa de atras á adelante la base del músculo deltoides, penetrando por su borde posterior y sacando la punta del cuchillo por el anterior. La perforacion debe pasar por bajo de

la bóveda coraco-acromial, para lo que es preciso que un ayudante mantenga el brazo algo elevado.

Una vez que la punta del cuchillo asoma por delante, se taja afuera un colgajo de la extension y forma próxima al mismo músculo deltoides. Se levanta el colgajo y se ataca la articulacion, que generalmente suele aparecer ya abierta. Dividida la cápsula, el tendon de bíceps y los que se atan á las tuberosidades del húmero, se disloca fuertemente éste, lo bastante para meter el pulgar izquierdo dentro de la herida y comprimir la humeral contra los tejidos y la piel, presos entre el pulgar por dentro y los demas dedos por fuera. Hecha así la compresion preventiva, se pasa el cuchillo entre el húmero y las carnes, tallando el colgajo interno. Como la arteria esté bien sujeta, no se pierde casi sangre; su boca queda á la vista, se prende con las pinzas y se liga; líganse tambien algunos ramos de la acromial y otros ménos importantes; se adaptan los colgajos, drénase y sutúrase.

La llamada amputacion del omoplato es una extirpacion, y por lo tanto no nos ocuparémos de ella.

Como toda clasificacion, si clara en sus términos medios, está algo desvanecida y confusa á los extremos, resulta que hay siempre un punto, donde la cosa no se puede asegurar que sea pez ó que sea rana. El miembro viril se encuentra ahora en este caso; es órgano, y su separacion del cuerpo constituye una extirpacion. Es miembro, y miembro que campea morfológicamente con cierto aislamiento independiente, por lo cual su separacion resulta una amputacion. Valgan estas razones opuestas, ya que en las dos partes hay impropiedad, para resignarnos á tratar aquí de la

Amputacion del miembro. — En ésta como en todas, y quizás más que en todas, ha hecho gala la inventiva quirúrgica de infinidad de métodos impertinentes; circular en uno, en varios tiempos, ya con el bisturí, ya con el

estrangulador, ya con el cuchillo galvano-cáustico, ya con el asa galvánica, ya hasta con el romo termo-cauterio.

Ménos con el último, he amputado el órgano de todos modos. El estrangulador no lo hace mal, pero su obrar es largo y cruel. El cuchillo galvánico da un resultado peor que el bisturí ordinario. El asa es engorrosa, larguísima en su accion, dolorosa é insegura, ya porque la pila determina extra-corrientes, ya por mil causas que, miéntras se averiguan y corrigen, tienen en brete á operador, ayudantes y á todo el mundo.

Los puntos que dificultan la operacion son los siguientes: hemorragia; flojedad é infijeza de la piel; retractilidad de los cuerpos cavernosos; oclusion consecutiva de la uretra.

Con decir los medios de que nos valemos para obviar dichos inconvenientes, resultará descrita la operacion. Con un vendolete de franela muy fina, de un centímetro de ancho por 15 á 25 de largo, segun el caso, vendamos el miembro oprimido, desde la raíz hasta el punto que reclama la seccion.

La sangre detenida hincha los cuerpos cavernosos, produciendo una media ereccion que dilata el campo operatorio. La venda, ademas, suspende el curso arterial y fija la piel, oponiéndose á sus muecas y deslices, arrastrada por el corte. Tómase con una compresa el miembro por el glande, y sujétase algo tirante con el pulgar é índice izquierdo, miéntras el dedo medio, extendido, apuntala el balano por un lado. Con unas tijeras fuertes y de largas ramas se corta á través, de un solo golpe, piel, uretra y cuerpos cavernosos. Como la tijera sea apropiada y el dedo medio apuntale diestramente el balano para evitar su huida, basta un solo golpe. Si el cirujano es ménos diestro, podrá necesitar otro segundo; pero, de todos modos, la operacion es tan rápida y la compresion de la venda entorpece tanto la sensibilidad que, áun haciendo la operacion sin cloroformo, resulta casi indolente. Separado el miembro, se liga la dorsal y las cavernosas. La primera fácil-

mente; no así las segundas, cuyas bocas no exceden, sino que se ocultan en el centro de dichos cuerpos, siendo necesario la mayoría de las veces contentarnos con cauterizarlas. De uno ú otro modo, la hemostásis queda asegurada. Búscase la uretra y se divide por bajo y alto dos milímetros, de modo que resulte su abertura así ⊙. Acto continuo, con una fina aguja curva se dan dos puntos á la derecha y otros dos á la izquierda de las incisiones uretrales, que toman á su lado respectivo la piel del miembro. Déjanse estos puntos flojos y sin anudar. Suéltase la venda; corríjese con disolucion de percloruro de zinc la sangre que viertan los cuerpos cavernosos; caso contrario, lávese la herida con agua fenicada y ciérrense suavemente los cuatro puntos de sutura. La piel viene hácia adentro; una rápida cicatrizacion por primera intencion evita trabajos plásticos ulteriores; la uretra queda ámpliamente abierta y sin tendencias á perder su abertura. No se coloca sonda permanente. Al enfermo se le hace orinar en un baño de asiento lleno de agua tibia y no se le coloca apósito ninguno.

FIN

OBRAS DE CARIDAD

HECHAS Á LOS ENFERMOS DEL INSTITUTO

Secretaría particular de S. M. . . .	Un aparato ortopédico.
Excma. Sra. Doña M. del P. . . .	Una mandíbula artificial.
Sr. D. L. F.	Un par de muletas.
Sr. D. José Rivas.	Varios aparatos ortopédicos.
Sra. M. de A.	Varios.
Sr. D. N. G..	100 reales.
Sr. D. N. Castillo.	Varios.
Sr. D. F. R.	Varios.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS

	Páginas.
Organizacion de las clínicas.	1
Disposicion de las camas.	2
Mobiliario.	3
Utilidad de los aparatos de suspension.	3
Modificacion en el régimen.	3
Carencia de enfermeros.	5
Organizacion del dispensario.	5
Consultas de especialidades.	6
Laboratorios.	6
Trabajos de anatomía patológica.	7
Trabajos histológicos.	7
Obras propuestas.	7
Individuos que componen el Instituto.	8
Método de enseñanza.	9
Crítica andaluza.	10
Observacion independiente.	11
Las coxalgias son más graves en los adultos que en los infantes.	12
Modo de pasar visita.	14
1.ª Observacion. — Teodoro M.	14
2.ª Observacion. — Gervasio M.	18
Modo hipocrático de escribir las historias.	20
Conferencias.	22
Publicaciones.	25
3.ª Observacion. — Abertura gástrica.	26
4.ª Observacion. — Muñon doloroso.	34
5.ª Observacion. — Enrique V.	47
Resultado final de los estudios clínicos.	57

Páginas.

Cuadro estadístico de enfermos. 60
Cuadro estadístico de operaciones. 66
Historia de una puhogenia idiopática. 67
Historia de una atresia de la vulva y la vagina 70
Historia de un exostósis ebúrneo de la region temporal. . 71
Epitelioma de la laringe y traqueotomía 79
Muertos por la operacion. 81
Muertos por accidentes de la operacion. 81
Muertos por la enfermedad que trataba de corregir la operacion. 84
Historia de una nefrotomía. 84
Enfermos no operados. 98
Señores que han verificado operaciones. 99
Cloroformizaciones. 100
Curas antisépticas. 101
Tuberculósis laríngea. 105
Epiteliomas de la laringe. 105
Historia de un epitelioma oculto en el pilar derecho de la faringe 106
Historia de una muerte ocasionada por la laminaria. . . 108
Cuadro de enfermos del dispensario. 118
Trabajos de anfiteatro. 119
Autopsias 122
Autopsia de una estrangulacion intestinal. 122
Otro caso de estrangulacion. 124
Peritonítis ocasionada por un epitelioma uterino. . . . 128
Autopsia de quistes ováricos en los últimos progresos. . 130
Historia de una enferma de quistes ováricos 133

CONFERENCIAS ACERCA DE LA TÍSIS LARÍNGEA

POR EL DOCTOR ARIZA

Primera conferencia 137
Anemia tuberculosa 148
Catarro tuberculoso 149
Hipertrofia tuberculosa 150
Parálisis tuberculosa. 153
Ulceraciones tuberculosas. 155

	Páginas.
Ulceraciones aftosas	157
Pseudo-tubérculos miliares	158
Aspecto sintético de la tuberculósis laríngea	159
Segunda conferencia	161
Tercera conferencia	177
DEL ARTE DE AMPUTAR	197
Dedos. — Desarticulacion de las terceras falanges	202
Amputacion de las segundas falanges	203
Desarticulacion de los segundos aortejos y falanges	204
Amputacion de las primeras falanges	204
Desarticulacion de los dedos	204
Amputacion del metatarso y metacarpo	206
Desarticulacion tarso-metatarsiana	208
Desarticulacion medio-tarsiana	208
Desarticulacion sub-astragaliana	209
Desarticulacion calcáneo-tibial	209
Desarticulacion tibio-tarsiana	211
Amputacion de la pierna	212
Método circular	214
Amputacion circular con un colgajo triangular	214
Amputacion por colgajos	214
Desarticulacion fémoro-tibial	214
Amputacion del muslo	215
Desarticulacion coxo-femoral	215
Desarticulacion carpo-metacarpiana	216
Desarticulacion radio-carpiana	216
Amputacion del antebrazo	217
Desarticulacion cúbito-humeral	217
Amputacion del brazo	217
Desarticulacion escápulo-humeral	217
Amputacion del miembro	218
Obras de caridad hechas á los enfermos del Instituto	221

RESEÑA DEL SEGUNDO EJERCICIO

DEL

INSTITUTO DE TERAPÉUTICA

OPERATORIA

DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

RESEÑA DEL SEGUNDO EJERCICIO

DEL

INSTITUTO DE TERAPÉUTICA

OPERATORIA

DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

POR

DON FEDERICO RUBIO Y GALI

EL EXCMO. SEÑOR

D. RAFAEL ARIZA Y ESPEJO

Y

D. SERAFIN BUISSEN

MADRID

ENRIQUE TEODORO, IMPRESOR

Amparo, 102, y Ronda de Valencia, 8

Á DON FRANCISCO MENDEZ ÁLVARO

Le quiero dedicar el libro que saliere.

Me consta que no le agrada la notoriedad; que le da tres higas de la fama, y que, sin quererlo, tiene la sordina que cabe en nuestra tierra, algo empolvada con el soplar de los envidiosos.

Pero deseo, ya que me pongo, que el libro valga algo. Y ya vale para mí llevando á la cabeza su querido y respetable nombre.

Tengo ademas otro motivo.

Estoy en el campo.

Es Julio.

La esterilidad del año, infecundo al extremo.

Pasa la vista las dilatadas hojas de los cortijos. Ni una espiga, ni un rastrojo. Solitarias las eras. Echados los animales, en tierra los hocicos. Es preciso suspenderlos por la cola para que se levanten y enseñen sus espeluznados caparazones.

De noche no se escucha nada.

Ni las cigarras *chirran*, ni maullan los mochuelos, ni cantan las ranas, ni se oyen los cuclillos. No los hay.

La Naturaleza duerme.

Vengo cansado.

Tengo pereza. Me envuelve como el capullo al gusano sequeron.

Acuérdome de Ud., marchito por fuera con el venteo de sus setenta y seis años, tan lleno de vida y de dulzura por dentro.

Se me pone delante su trabajar continuo, metódico y fructífero, hecho desinteresadamente, sin prometerse medro, honra ni beneficio, fuera del puro de ocupar la vida que le concede Dios en cultivar la ciencia por el bien que pueda rendir á las criaturas.

Y al acordarme de eso me da vergüenza, rompo la pereza, sudo con el esfuerzo y el calor que hace, tomo la pluma y... ya veremos lo que sale.

Usted no puede negar que tiene parte en la obra. Por eso se la dedico.

Si, como temo, sale abortada ó monstruosa, yo, que la he de parir, sufriré las pedradas.

Federico Rubio.

RESEÑA DEL SEGUNDO EJERCICIO

DEL

INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

PERSONAL DEL INSTITUTO

Cirujano consultor

Excmo. Sr. D. Juan Manuel Sanchez Bustamante.

Profesores matriculados

Ldo. D. Vicente Santolino.
Ldo. D. Manuel Zuriaga.
Ldo. D. Eduardo Carranza.
Ldo. D. Eusebio Grau.
Ldo. D. Manuel Gracian.
Ldo. D. Perfecto Chapado.
Ldo. D. Ignacio Camps.

Profesores ayudantes

Dr. D. Juan de la Sota.
Dr. D. Eduardo Gurrucharri, Médico-Director de los baños de Sobron.
Dr. D. Ramon Morales Bravo.
Ldo. D. Ambrosio Rodriguez.
Ldo. D. Manuel Castillo.
Dr. D. Eugenio Gutierrez.
Ldo. D. José de Burgos.

Profesores alumnos

Dr. D. Serafin Buissen.
Ldo. D. José Gil y Valero. †
Dr. D. Adolfo Moreno Pozo.
Excmo. Sr. D. Rafael Ariza y Espejo.
Dr. D. Ricardo Egea, Decano del Hospital de la Princesa.
Dr. D. Federico Rubio y Gali.

Fallecimiento de D. José Luis Goyena.

El año pasado tuvimos el sentimiento de perder á nuestro compañero D. José Luis Goyena, jóven licenciado que acudió afanoso á Madrid desde Andalucía para ampliar sus estudios en el Instituto. Hijo único de una familia distinguida, lleno de ilusiones sobre el porvenir, justificadas por su aplicacion y por los triunfos adquiridos durante su carrera, le sorprendió una pulmonía doble, que, cortando el hilo de aquella interesante vida, dejó sumidos para siempre en el dolor y en la triste soledad á sus ancianos padres.

Biografía de D. José Gil y Valero.

En el año presente tambien ha pagado el personal del Instituto su contribucion á la eterna vida.

El 20 de Mayo falleció, á consecuencia de un aneurisma de la aorta, el profesor alumno D. José Gil y Valero. Contaba veintisiete años.

Criatura sencilla, no tuvo tiempo ni se halló en condiciones para dejar en el mundo ninguna estela que señalara su paso. Pero en lo más profundo de las entrañas de su madre, en el corazon mio, en el de sus compañeros y de sus clientes, deja una herida abierta que marca al pertinaz punzar de su dolor que algo se arrancó de nosotros con violencia.

José Gil, hasta por su nombre y apellido comunes, nació para pasar inadvertido.

Le ví sin conocerle al tiempo de nacer. Le volví á ver veinte años más tarde, y no lo conocí hasta despues de un año de estarle viendo diariamente.

Era un arca lisa de madera, en la que con dificultad podía sospecharse que estuviese tan llena de oro fino.

Quiero..., que me consuela, contar aquí su historia.

Hallábame una noche en la botica del Potro, que así la conocen en Sevilla.

Descompuesto y anhelante entró un sargento precipitadamente, preguntando si había un médico.

—¿Qué ocurre? —le contesté.

—Mi mujer parió; vino un flujo tan horroroso, que ántes

de poder hacerse nada por el médico quedó muerta. La estuvo examinando un rato, y viendo que no daba señales de vida, se fué. He entrado en la alcoba, y contemplando á mi mujer, me he figurado si respira. Tenga Ud. la bondad de venir.

Fuimos.

La casa estaba próxima. En una alcoba del piso bajo se hallaba una mujer jóven sobre un lecho encharcado de sangre. Una lagarata en el suelo dificultaba acercarse. Un recien nacido, sin vestir, estaba acurrucado y quieto entre unos lienzos. Observé á la señora, la pulsé, y no advertí cosa que diese certeza de la vida, pero tampoco de que no pudiera ser el síncope profundo de una hemorragia fulminante. Mandé por amoniaco; miéntras tanto descubrí y moví el cuerpo, le espurreé agua fría; el pecho se levantó como al mover de una ligera inspiracion; yo tambien cobré aliento, é introduciendo la mano, extraje una placenta. Al dolor, la paciente volvió en sí. El marido llegó; me despedí prescribiendo lo más urgente y que avisaran á su facultativo.

Veinte años despues, se presentó una señora en mi consulta.

— ¿Me recuerda Ud.? — me dijo.

— No, señora.

— Soy la mujer de aquel sargento de artillería que tomaron por muerta. ¿No se acuerda usted? Junto la botica del Potro.

— Sí, es verdad; ya lo recuerdo. ¿Y qué se le ofrece á usted?

— El niño aquel ha concluido la carrera de médico. Ahora se examina. Mi marido ascendió, y es teniente coronel. Mi primo el señor Obispo ha ayudado á los estudios, y yo deseo que tome Ud. á mi Pepe de ayudante.

La solicitud me disgustó. Diariamente me hacen iguales exigencias, y de acceder á ellas sumaría un regimiento de ayudantes. Entónces tenía cuatro, y me sobraban lo ménos dos. Por otra parte, ¿cómo negarse á una madre que

con tanta cordialidad me pedía un favor, animada por los vínculos que establece un suceso como aquél?

— Tengo muchos ayudantes y tocan á muy poco. Si lo que su hijo desea es aprender, dígale que venga á la consulta. En nada más puedo favorecerle, porque visito poco.

— Dios se lo pague. Vendrá desde mañana.

En efecto; al día siguiente, á la hora precisa de comenzar la consulta, se presentó el muchacho.

— Soy José Gil — dijo, mirando al suelo.

Su aire corto y su aspecto de seminarista, me previnieron desfavorablemente.

Juzga el hombre más veces por impresiones que por fundamentos lógicos.

— Pues siéntese Ud. — le contesté secamente.

Sentóse en el rincon más apartado.

Entraron y salieron los enfermos. Habíame olvidado de que estuviese allí. A las cuatro de la tarde me sorprendió su voz diciendo:

— ¿Me puedo retirar?

— Vaya Ud. con Dios.

Al día siguiente, á la una en punto de la tarde, entró mi nuevo ayudante con sus ojos bajos.

— Muy buenos días, señor.

— Téngalos buenos.

Se sentó en el rincon, y tampoco me dí cuenta de su estancia hasta las cuatro, que se levantó repitiendo las mismas palabras que el día ántes. De este modo pasó un año. Mis antiguos ayudantes entraban y salían, hablaban entre sí, recibían órdenes, y me daban cuenta de los operados y enfermos que visitaban bajo mi direccion. El novicio no había desplegado los labios, ni pronunciado más palabras que las referidas.

— ¡Diantre de zanguango! — solía yo decir.

Un día, al entrar una señora enferma de la matriz, recordé que la presencia del silencioso ayudante era indiscreta. Miré á su rincon para decirle que nos dejara solos, y estaba el rincon vacío. Entónces advertí que, habiendo

concurrido en el espacio del año otras enfermas en iguales circunstancias, nunca me había estorbado el neófito. Era seguro que se retiraba silenciosamente, sin necesidad de que yo se lo ordenara. Tal acto de discrecion me dió que pensar. Sin duda que estaba atento, que discurría con delicado acierto cuándo podía presenciar la consulta y cuándo no. Algun mérito encontré en ello, porque contrastaba su conducta con la de los otros ayudantes, á los cuales, en casos análogos, tenía que mandarles retirar, ó cuando ménos hacerles señas con la cabeza.

Mi prevencion seminarista comenzó á desvanecerse. Al otro día le recibí con ménos sequedad, y fijé los ojos en el rincon. Allí estaba con las piernas juntitas, los brazos pegados al cuerpo, como si quisiera ocupar el menor espacio posible. A poco se levantó silenciosamente, cogió un libro de un estante y se puso á leer. Cuando entraba algun enfermo seguía con los ojos en el libro, pero inclinando la cabeza como para no perder palabra. Dando el reloj las cuatro, se levantó, puso el libro en el sitio de donde lo había tomado, y diciendo:—Señor, ¿se le ofrece á Ud. alguna cosa?—se fué, hasta el otro día en punto de la una.

—Pues, señor—pensé—gran cualidad es esta de exactitud tan constante. Luego, ¿se parece este niño á los desastrados de algunos de mis ayudantes, que me toman los libros, los dejan en cualquier parte, y gracias cuando no se los llevan y se olvidan devolverlos?

Al día siguiente, vino un niño enfermo.

—Gil.

—¿Qué manda usted?

—Como este enfermito han venido ya muchos. ¿Sabe usted lo que padece?

—¿Es una coxalgia, señor?

—Sí; es una coxalgia que puede diagnosticarse bien, teniendo práctica, por la mera actitud y el modo de andar. Reconózcalo Ud. y haga el interrogatorio.

Desnudó al enfermito, lo reconoció y lo interrogó con precisa concision.

El mismo día vino á la consulta otro enfermo de coxalgia ya en tratamiento, y cuyo aparato estaba descompuesto.

—Gil, ¿puede Ud. quitar y aplicar de nuevo el aparato?

—Señor, veré si puedo.

Tomó el esparadrapo, lo cortó al hilo, trazando la figura con matemática exactitud; lo reforzó en los extremos inferiores; vendó al enfermo bien, colocó su aparato y le dió la fuerza de extension más apropiada.

Miré de hito en hito á José Gil, y fué la primera vez que le estudié por dentro. Un aparato de esos, es fácil cosa colocarlo mal; pero colocarlo bien, es una difícil facilidad. Cortar el esparadrapo, adaptarlo en la direccion y altura oportuna; vendar de modo que ni peque por mucho ni que falte; que resulte desigualmente graduada la presion para que en conjunto venga á sujetar por igual el cono del muslo sin descomponerse á poco, y bastando á contrarrestar las fuerzas de extension y contraextension del aparato; colocar cada una de sus partes en el sitio preciso, conforme las circunstancias del mal, su agudeza, los orificios fistulosos, etc., constituyen un conjunto de varias necesidades á que hay que atender para llenar las indicaciones en cada caso, de modo que produzcan el resultado apetecido.

—Amigo Gil, ya veo con gusto que no ha perdido Ud. el tiempo, y que ha estado muy atento á la consulta.

Sus ojos negros y grandes volvieron á fijarse en el suelo. No eran los ojos fríos, parados por falta de vigor interno; eran los ojos de la inteligencia velados por el abatimiento, que en los párpados producen el respeto y la modestia.

Efectivamente; no la frialdad primera mia convertida en pasion, es la declaracion de la verdad más acendrada. José Gil ha vivido mi vida cinco años; las notas sinfónicas de su carácter, de su talento, de su corazon, de su moral con lo referido, ya están dadas.

Era un arca de madera sencilla rellena de oro puro.

Prudente. Respetuoso. Observador profundísimo. Aplicado con teson al estudio. Exacto sobre toda comparacion.

Inteligente en cuanto la inteligencia puede ejercitarse. Desinteresado. Modesto hasta la oscuridad. Frío de carácter por fuera; alma nacida para la gratitud y para el cariño de culto interno, tomando como religion el trabajo, y cifrando su norte en el severo cumplimiento del deber.

Duro cual soy en la disciplina con mis ayudantes, jamás tuve cosa que reprender á Gil. Operado ó enfermo que le encomendase, borrado quedaba ya en el círculo de mis inquietudes. El lo celaba, lo previa y lo prevenía todo; si pobre, que sólo desvelos y trabajos, como si rico, que honorarios y crédito le produjera.

Encargado del difícil puesto de profesor del Dispensario, allí demostraba cada día su enorme caudal de conocimientos en el diagnóstico. Sus compañeros y comprofesores lo reconocíamos y declarábamos.

Don Ricardo Egea y D. José Gil eran los relojes del Instituto. Ya mi buen amigo estaba enfermo, muy enfermo; tras largas noches de insomnio, aporreado por la tos y la disnea, ántes de salir el sol, las lluvias y el frío lo cogían en la calle. Iba á visitar sus clientes para estar ya á las ocho en punto en el hospital; permanecía allí trabajando hasta las doce, almorzar y ver algun necesitado hasta la una; asistir desde esta hora hasta las cuatro á mi consulta; visitar despues hasta la hora de comer; y estudiar hasta que se lo permitía la tos y la fatiga.

Y no había medio de separarle del trabajo. Cuantas veces, constreñido por el respeto que me tenía, suspendía sus labores, se agravaba. La violencia moral que se imponía, le era más penosa que la violencia física que le ocasionaba el trabajo. Cuando por componenda y transaccion recababa de él que hiciera algo, pero que no fuese al Instituto, llegada la hora se afligía, se inquietaba, no podía estar, y acababa por suplicarme que no lo sujetara á tal martirio.

Carecía de imaginacion, y por ello mismo quizá gozaba de un juicio notablemente sólido. No inventaba, pero andando el tiempo hubiera hecho algun descubrimiento;

observaba con la propia insistencia de su carácter. En cambio, todo lo aprendía sin ninguna dificultad. Para esto de aprender sus aptitudes eran generales, lo mismo para las ciencias exactas, que para las naturales, que para las metafísicas; con igual facilidad aprendía historia que aprendía idiomas. Entre mis libros hay algunos en ingles, y como no pudiera entenderlos, tomó maestro por un mes solo.

—¿Para qué—le dije—ha tenido Ud. maestro tan poco tiempo? ¿Qué diantres ha podido aprender?

—No pretendo más que traducir—me contestó.

En efecto; ya traducía regularmente.

Estos hombres sencillos, nacidos para el bien, sabios sin que lo sepan ellos mismos, virtuosos por propia naturaleza, ¡cuán útiles son!

¡Cuán difícil llenar el vacío que ellos dejan!

Parece desde que falta que estoy en la soledad. ¡Y cuán sombría no será la de su madre! Ahora sí podrá decirme:

—¡El niño aquel ha acabado la carrera!

Organizacion del Instituto.

Nos evita hablar de la organizacion del Instituto haberlo hecho en la RESEÑA del año anterior.

En el presente podemos añadir que ha terminado, y hemos recibido el nuevo Anfiteatro anatómico y el depósito de cadáveres.

Ambas oficinas resultan á nuestra satisfaccion, excepto en su emplazamiento, que peca por próximo á las Salas del poniente del Hospital, cosa irremediable por nosotros dado el pié forzoso del área exterior y la existencia del cuerpo edificado que había necesidad de aprovechar.

Las obras nuevas de la fachada han terminado. Formalidades administrativas han diferido admitirlas aún, manteniéndonos en las dificultades consiguientes á la falta de local.

Nos anima la esperanza de que, concluida ya la obra,

no es probable se retarde su habilitacion para el servicio, entrando entónces el Instituto en una situacion más desahogada y compatible con su desarrollo.

Cursa el expediente para la construccion de la cámara de desinfeccion, é igual sucede á la solicitud que traemos de que se enmaderen los pisos de nuestras Salas clínicas.

Entre tanto hemos hecho cuatro cajas de palastro que cierran herméticamente. Con ellas iremos supliendo la cámara de desinfeccion, á beneficio de las fumigaciones de ácido sulfuroso, sirviéndonos ademas para aislar y conservar sin putrefaccion los cadáveres que por diligencias judiciales y otras causas suelen retenerse en el depósito.

Inscripcion única.

Llegado el segundo curso, y declarado por todos los inscritos del año anterior el deseo de continuar en el Instituto, entendimos que no resultaba conveniente ni equitativo gravar á estos individuos con la exaccion de nuevos derechos.

Realmente, en el Instituto, el principal y único propósito se cifra en hacer el bien posible á los dolientes, y como medio, difundir y perfeccionar el conocimiento terapéutico de las enfermedades.

Cuando el Estado da su enseñanza en los centros oficiales hasta el grado de licenciado ó de doctor, recibe por dicho servicio el precio que establece; y al conceder dichos grados superiores, previo pago y aprobacion de los actos, declara al graduado explícita é implícitamente con toda la aptitud necesaria para ejercer. Nada puede ya exigirle más que el abono de la contribucion que le corresponda, como á todo ciudadano, para levantar las cargas del país.

El Instituto no puede en rigor, ni en rigor reclama semejantes derechos; pero como para su sostenimiento exige algunos gastos, ya que no de personal, de material, resulta conveniente que dichos gastos cargen en la parte posible sobre los individuos que reciben los servicios. Declarada en justicia social gratuita la asistencia hospitalaria, los en-

fermos, que son precisamente los primeros beneficiados, están exentos de toda obligacion; pero no así los profesores que voluntariamente van á ampliar sus conocimientos, sintiendo que por más que la ley los considere en su ficcion como dotados de la suma de todos, en algo les convenga ampliarlos.

Bajo este aspecto, y miéntras el Estado carezca de fuerzas para establecer la enseñanza gratuita en sus varias esferas, la incripcion con el carácter y fines expuestos puede mantenerse; pero al cursar un profesor en el segundo, tercero ó cuarto ejercicio, ya el servicio que recibe del Instituto se compensa y áun declina por el servicio que dicho profesor proporciona á los enfermos y al Estado mismo. En efecto; los que se encuentran en dicho caso pasan á la categoría de ayudantes y de maestros, y más que abono de derechos merecen recompensa.

Tales son las razones por qué se ha establecido la inscripcion única. Hecha la primera, ya no sólo tiene derecho el profesor de continuar perteneciendo al Instituto indefinidamente por cuantos años desee, sino que el Gobierno y todos los que se interesan por el bien del país deben darse por muy satisfechos.

La misma inscripcion única desearíamos que se fuese rebajando hasta sustituirla por otros requisitos no pecuniarios. Cuando el país prospere más y no se nos haga cargo de conciencia echar sobre el Estado un leve peso más, ó cuando la ilustracion, dirigiendo la caridad de las buenas obras, las haga personalmente, con discernimiento y propio estudio, quizá nos permita desenvolver el Instituto sobre base más amplia y desahogada, y entónces seguramente que haremos la antedicha sustitucion.

En la actualidad, una de las dificultades que hay que vencer consiste en no cerrar las puertas de modo que no se pueda entrar, ni abrirlas de manera que entren y salgan los primeros á que se les antoje, sin interes, sin amor al estudio, y sin cualidades para el trabajo continuado y serio.

Las labores que allí se hacen entrañan grandes respon-

sabilidades. El profesor á quien se le encomienda la asistencia y direccion de un enfermo, y que va un día y falta tres, pierde el hilo de la observacion.

Otro profesor le sustituye, pero en el concepto de suplente, y resultan todos perdidosos; el médico, su anterior trabajo; la ciencia una observacion bien hecha, que pudiera contribuir á su adelanto, y el enfermo las ventajas que debería lograr en su salud.

Método de enseñanza y disciplina moral.

El método de enseñanza en el segundo curso, ha sido el mismo que seguimos en el primero. Enseñanza familiar y mutua. Aun hemos quitado á las conferencias, que ya se redujeron á meras conversaciones, el pequeño resto de cátedra que conservaban, no dándolas en días y sillon determinados, sino ya á la cabecera del enfermo como nota clínica desprendida del mismo, ya en corro con motivo de cualquiera duda, etc. Cada vez estamos más convencidos de la sencillez y utilidad de este método. Sólo tiene el inconveniente del desórden; pero como los asistentes son profesores que no necesitan iniciarse en los principios, el saltar aquí de una materia á otra conforme el órden de la ocasion, no ofrece perjuicio. Y áun creo mejor este sistema aplicado á las enseñanzas elementales, porque bien puede el profesor establecer una serie de temas en sus materias y otra serie entre sus discípulos, para que sin falta del preciso órden se pueda seguir la enseñanza familiar y mutua.

La grave dificultad de ello no estriba aquí sino en que el maestro necesita carecer de amor propio, no curarse de aparecer ignorante en algunas cosas, y tener un cierto fondo de saber, para que no sepa tanto ó más que él el alumno más aventajado.

Pero esto es nada en comparacion con otro género de ideas que sobre la pedagogía quirúrgica nos han preocupado en el presente año. Nos las ha sugerido el estudio de nuestro propio interior y el de las condiciones de mis queridos colegas.

Siempre habíamos creido que la inteligencia pura servía para poco si no estaba acompañada de otras condiciones.

Habíamos encontrado en el camino de la vida algunos hombres de extraordinaria instruccion y talento que no servían para maldita de Dios la cosa. Habíamos encontrado en este género variedades y contrastes infinitos. Ya una persona muy entendida en agricultura que no sabía criar una espiga, y se arruinaba y arruinaba á todo el que se le acercase.

Ya un individuo serio, reposado, sesudo, en cuyas conversaciones se descubría un conocimiento y un verdadero culto por la moral más severa, y que sus actos resultaban inmorales y torcidos. Si ello hubiera sido hipocresía, nada tendría de extraño; pero no, eran personas sinceras, que seguramente sentían lo que decían, pero que al obrar, ya por el estímulo de una pasion ó por las sugestiones de otros sentimientos interiores, empleaban todo su talento en convencerse á sí propios que aquello que efectuaban estaba muy arreglado á la moral y á la justicia.

Tuvimos, siendo estudiantes, un compañero, un camarada tan bueno, tan noble, tan alegre y de tan claro ingenio, que su trato era una delicia. Nos quisimos como hermanos, y le sigo queriendo lo mismo despues de muchos años há que ha muerto.

Le conocía por dentro como por fuera; adivinaba lo que pensaba y por qué lo pensaba. Sobre el cariño me tenía respeto. Entraba en la desmantelada casa de pupilos donde vivíamos, y al entrar le conocía si venía de jugar, si de la cátedra, del anfiteatro ó de galanteos. En los casos pecaminosos, como sabía que yo le adivinaba, hacía por poner otra cara distinta, y en aquella artificial modificacion se conocía, como si estuviera escrita, la cosa que deseaba ocultar. No hay que decir que, al ver que no podía ocultarme nada, unas veces se enfadaba, otras se afligía, y siempre acaba, como si yo fuera su padre, por prometerme sinceramente la enmienda. Con esto basta para demostrar si conoceríamos todos los escondrijos de su alma. Era

un alma buena, era una criatura hecha de bondad y de alegría. Le quité la aficion al juego. Huérfano, generoso y estudiante, cuando le conocí había ya derrochado casi todo su peculio; lo dejé generoso convirtiéndole en ordenado para los gastos; pero como era ademas muy tentado de la risa, se metía en unos berengenales de tal clase que á la vez, y á veces en un día mismo, le pasaban cosas por donde en una parte resultaba personaje de sainete, en otra de drama y en otra de tragedia. ¡Diablo de hombre! Nadie más que él sufría los apuros; no se afligía por sí, pero en verdad se afligía por las víctimas. No tengo que decir cuánto le amonestaba ni cuánto me prometía la enmienda. Todo lo quería resolver ofreciendo su blanca mano, como si esto valiese con todos los estados. Ya para evitar el castigo que amenazaba á alguna la proponía huir con ella, y en fin, yo no sé ni cómo salimos con pellejo, ni cómo una persona tan buena se liaba hasta el punto de cometer tamaños desafueros.

Estos ejemplos, tomados del natural, tienen infinitos grados en la realidad de la vida, y demuestran que el talento, en su encarnacion práctica, necesita, para que se realice como talento, muchas otras condiciones. Que á la bondad sucede exactamente lo mismo, pudiendo resultar malo un hombre bueno. Porque ¿qué le importaba al marido burlado que mi camarada fuera un alma de Dios, y que no por intencion dañada, sino que por flaqueza, le robaran la calma y el honor?

Pues ¿qué importa á nosotros ni á la sociedad que una persona tenga un talento desmedido y envidiable, si por apático, si por otro defecto, resulta estéril ó averiado? Luego no hay en la educacion científica (porque realmente aprender una ciencia es educarse para ella) que atender sólo á la mera instruccion, sino que tambien, y muy principalmente, á la disciplina que tienda á apropiar, ordenar y desenvolver todas las otras condiciones que el talento y la instruccion necesitan para ser utilizables y fructíferos.

La inteligencia es cosa innata; la instruccion se adquie-

re ejercitando las facultades intelectuales á virtud de un método lógico; pero la disciplina de que hablamos es cosa más delicada y más difícil. Desde luégo resultaría erróneo, ridículo y hasta contraproducente establecerla por medio de preceptos y admoniciones.

Despues de haberlo meditado, no encontramos más recurso lógico y eficaz que el de la influencia del ejemplo. Al perezoso, al inconstante, es difícil convertirlo en diligente riñéndole las faltas. Por otro lado, tratándose de hombres con la carrera concluida, que nada pueden temer de los exámenes ni de la aprobacion escolar, la amonestacion resultaría, cuando ménos, impertinente.

Pero el ejemplo no puede darlo una sola persona, y aquí estriba la mayor dificultad. Un individuo, siquiera sea reconocido como jefe y superior, pierde la virtud de su ejemplo si tras él otras personas siguen diversa conducta. Todavía ocurre otra dificultad mayor, y consiste en la imposibilidad de que se reunan en un mismo individuo todas las cualidades necesarias para ser dechado que pueda imitarse en todas las cosas.

Bajo este punto de vista, la pérdida de José Gil es una pérdida irreparable. Su exactitud y devocion en el cumplimiento de sus deberes, unido á las mismas cualidades que adornan al Dr. Egea, permitieron en el primer ejercicio que nos quedase á este respecto muy poco que desear. El mayor número de los miembros del Instituto siguieron el ejemplo, y los que no, sintiendo dentro de sí el vacío que produce la propia insatisfaccion, se retiraron silenciosamente. Grandes cualidades son las referidas, que, juntamente á las virtudes de la aplicacion y la modestia, llenan las primeras condiciones; podemos contar para maestros de ellas en el próximo ejercicio, á más del doctor Egea, con los doctores Ariza y Buissen. Ambos señores trabajan por el mero culto de sus aficiones y por el sentido íntimo que se desarrolla en los hombres superiores, que los lleva á buscar el goce del espíritu en la contemplacion del bien que puedan hacer.

Otra cualidad más difícil aún de disciplinar, es la de la *iniciativa*. En esto, la mayoría peca por falta. La falta de iniciativa depende en casi todos de la misma virtud de la modestia, unida á un infundado respeto de superioridad. Profesores que ejecutan bien y desahogadamente muchas operaciones, al hacerlas en nuestra presencia se cohiben y entorpecen. En la misma visita que por turno, y para desenvolver en los profesores las condiciones de libertad é iniciativa, hemos dispuesto que semanalmente se pase por un profesor distinto, pudimos advertir cuánto les solía encoger y entorpecer que estuviéramos delante.

Ha sido necesario para desarrollar esta parte de la educacion que algunas veces nos hayamos ausentado, ó pasado á otras camas, haciéndonos los entretenidos. Aparte de los doctores Ariza y Buissen, que como consumados en muchas cosas, y muy particularmente en sus respectivas especialidades, están dotados de toda la iniciativa necesaria, sólo puedo darme por satisfecho respecto á dicha cualidad de los Sres. Ambrosio Rodriguez y el Dr. Gutierrez, los cuales, continuando con cargos de profesorado en el ejercicio venidero, es de esperar que desenvuelvan en sus colegas la condicion que á ellos les adorna.

Para que el exceso de la iniciativa no peque en atrevimiento, la disciplina con que contamos es muy poderosa. Basta una broma, una oportunidad, cualquier insinuacion de crítica ligera, para que al punto vengan las cosas á su nivel.

Exactitud, constancia, aplicacion observadora, iniciativa prudente; ya tenemos aquí cuatro virtudes, sin las cuales pierde mucho valor la instruccion y el talento. Pero tampoco bastan. Necesítase de la modestia para que la iniciativa no se trasforme en inconsiderado atrevimiento, ni dé pábulo á que la necia y peligrosa vanidad se apodere del espíritu. Nada es tan fácil como caer en esta mala tentacion. Nada tan difícil como prevenirnos y defendernos de este defecto; defecto que por sí sólo basta y sobra para esterilizar, todas juntas, las demas condiciones

y virtudes. Para educar á los demas en este punto, el mejor medio es educarnos nosotros á nosotros mismos, é imponernos la penitencia de la pública confesion cada vez que caigamos en error. Necesítase para esto mucha fuerza de voluntad, despreciar la fama adquirida y haber hecho dejacion de todo deseo de crédito y de medro. Cosas son todas graves, pero que las reclama la santidad del magisterio en un asunto que sólo puede enseñarse por el ejemplo.

Todavía es más difícil la educacion quirúrgica en lo que respecta al valor. En infinitas ocasiones, no sólo corre peligro la vida del enfermo, sino que tambien la del cirujano. Hagamos caso omiso del riesgo de las inoculaciones, de los contagios, etc., porque para arrostrarlos sólo se necesita el freno del pundonor. Ocurren á veces peligros de otro género, y contra los que hay que desarrollar distinta clase de energía.

Asistía el Dr. Rives, médico de Cámara bastantes años hace, á un militar fogoso, y algo brutal como marido, que causó á su mujer, estando en cinta, un gravísimo disgusto. En consecuencia, la acometió una eclampsia. Llamado Rives, citó á consulta, y se acordó que tomase un baño templado la señora. Tan grave estaba, que en el baño falleció. El marido, probablemente por atenuar y oscurecer su culpa, le pareció muy cómodo echársela al baño y los doctores, y desenvainando un espadin corrió tras el pobre Rives, que salvó milagrosamente rodando las escaleras.

El Dr. Bustamante, catedrático nuestro en Cádiz, tuvo que extraer una placenta por motivo de hemorragia, y le tocó la fácil desventura que entre tanto falleciera la paciente. El marido, sin entender que había muerto su mujer no por la operacion, sino á pesar de la operacion, acometió á Bustamante; éste huyó ensangrentado y en mangas de camisa, seguido por las calles del esposo con una navaja abierta.

Para ser cirujano se necesita muchas veces ir á Roma por todo; el peligro del crédito, de la honra y de perder

la clientela, se ofrece por desgracia con harta frecuencia, y hay que saber arrostrarlo, so pena de convertirse en un tímido pacato, y en un egoista que, por salvar la responsabilidad, eluda el cumplimiento del deber. Adquirir la energía necesaria es casi imposible. Algo vale la educacion del ejemplo, pero verdaderamente se necesita tener cierta aptitud orgánica independiente de la buena voluntad. En nuestro país, educado perpetuamente en los azares de la guerra y las plazas de toros, no es difícil poseer dureza suficiente de carácter para desempeñar las cruentas y peligrosas funciones del cirujano. Pero no basta: se necesita adquirir el hábito de discurrir serenamente en medio del conflicto, y que todo esto no se haga á expensas de endurecer el corazon, sino, al contrario, á beneficio de afinarlo. Hay quien llega á mostrar fuerza y energía en tales casos, y que hasta hace gala de rudeza, ya en palabras, ya en manotadas y amenazas; esto depende, más que de falta de caridad en el profesor, de la tension violenta con que fuerza su espíritu para dominar la situacion. Conozco algunos cirujanos de fondo muy honrado y benigno que caen en el defecto indicado, y que, como se ve, no lo cometen por mala voluntad, sino por la irremediable perturbacion en que se coloca el alma.

Es preciso ser operador para conocer toda la violencia del esfuerzo que se emplea para acometer empresas tan peligrosas. Nada tiene, por consiguiente, de extraño que á veces no pueda el sistema nervioso con tanta carga y que se desenvuelva el delirio quirúrgico.

En las naturalezas nuestras meridionales, el peligro es mayor que en las frías razas del Norte.

De nosotros podemos decir que, cuando en una operacion nos ocurre algun trance apurado, sin saberlo nos echamos á cantar. Es una válvula de desahogo que se abre, y que nos permite entre tanto seguir discurriendo, dueños de nosotros mismos.

Durante esas durísimas funciones, el profesor tiene que educar con el ejemplo. Declarar lo que hace, cómo lo

hace y por qué lo hace. Anunciar los peligros que se avecinan y de qué manera va á salvarlos. Necesita en último término saber resignarse con humildad ante lo imposible, y en primero poner el amor propio debajo del amor al enfermo.

Si todas estas cosas son dificilísimas de suyo, ¿cuánto más difícil no ha de ser doctrinarlas é imbuirlas en los demas? No obstante, los casos repetidos, el ejemplo oportuno en cada ocasion, dan una pauta que no deja de ejercer su influjo.

El azoramiento, prevaricacion del ánimo que nubla la inteligencia, se comunica de unos á otros como el pánico en los ejércitos; es el principal contrario que necesitamos evitar.

En el ejercicio de que voy dando cuenta, nos ocurrió la sensible desgracia que paso á referir.

Historia de una operacion, y muerte en ella del operado.

Pidió entrada en la clínica para ser operado Alberto Aza, de dieziocho años de edad, natural de Pola de Lena. El lado derecho externo de su rostro estaba monstruosamente deformado. El ojo, abortado de la órbita. La region temporal levantada y asimétrica en mucho con la izquierda. La malar y zigomática muy tumorosas. La nariz prominente y dos veces ancha sobre lo natural. La bóveda palatina borrada, abatida y fungosa hácia la region posterior. Examinamos detenidamente al enfermo y tomamos los antecedentes. A los deudos que le acompañaban les manifestamos que no podíamos decidir sin previa meditacion y estudio si el caso era operable ó no.

Quedó el paciente en el Instituto para resolver dicho extremo, y no sólo procuramos hacerlo con todo el cuidado posible, sino que expusimos en dos largas conferencias, dadas en días diversos, todas las ideas que el caso nos había sugerido. Las conclusiones resultantes eran éstas. Se trataba de un fibro-sarcoma desarrollado en el seno maxilar, que durante los dos años desde que fué advertido, suponiéndole otro más de existencia inapreciada, sumaba

tres de antigüedad, en cuyo dilatado tiempo había venido invadiendo en su crecimiento las regiones vecinas, elevando monstruosamente el carrillo, insinuándose por debajo del arco zigomático, levantándolo é hipertrofiándolo, corriendo por allí á ganar la fosa temporal hasta rellenarla. Que hácia las partes interiores llenaba y ensanchaba la cavidad derecha de la nariz, aplastando y borrando la izquierda, asomando un lóbulo por la ventana anterior derecha, y rebosando tambien por la posterior á la faringe.

Opinamos que condenado el paciente, víctima de gravísimos y continuos dolores y ya anémico, á una muerte pronta y cierta, el ánimo se hallaba violentado entre el deseo de socorrer al enfermo y el temor de una peligrosísima y aventurada operacion. Hicimos público exámen de conciencia sobre el particular, no fuese que el mismo interes que las dificultades despiertan nos llevara más allá de lo posible. Veíamos en las hemorragias el mayor peligro.

Había que atacar muchas regiones rellenas por el tumor, y si sangraba una, todo el tiempo necesario que había de emplearse en atacar las otras, por poco intensa que la pérdida fuese, sumaría al cabo una cantidad incompatible con el mantenimiento de la vida. Estudiando este punto, nos pareció que podría vencerse evitando herir el parénquima del neoplasma; liberándolo primero de la region temporal y malar, previa reseccion del arco zigomático, disecando por las vecindades las tuberosidades que sobresalían en el carrillo y masetero, y aislado así por despegamiento ó diseccion, atacar rápidamente las conexiones huesosas del maxilar superior derecho, que siendo el centro, punto de partida y como cuartel general del neoplasma, al hacer la avulsion de dicho hueso quedaría aquél aislado en su mayor parte, y sólo pendiente de los puntos que se hubiesen desarrollado en la faringe. Si resultaba así, las partes externas despejadas, y el gran espacio que la avulsion del maxilar con todo lo nasal y palatino dejaban libre, nos permitiría buscar los vasos que sangrasen y

dominar sus flujos, así como atacar ya á campo abierto la region faríngea. Declaramos tambien que la operacion no era de tal clase que permitiera en modo alguno recomendarla al paciente, que sólo podíamos exponer la posibilidad incierta de la ejecucion, al mismo tiempo que sus inmediatos y graves peligros.

Citados los deudos y el interesado, haciéndoles sentar delante de los miembros que componían el Instituto, les hicimos una sucinta relacion del resultado de nuestras investigaciones. «No aconsejamos la operacion á Uds., porque las probabilidades no se inclinan al éxito. Si el interesado, si Uds., ántes que renunciar á toda esperanza, prefieren recurrir á cualquier medio, una operacion gravísima é incierta se puede proponer. Ella es tal, que constituye una copa muy amarga. Desearía que no la aceptaran, pero si la aceptan, nuestro deber es beber la parte que nos toca.» La contestacion firme y sin vacilar del enfermo, fué que estaba decidido á todo. El que hacía de jefe de los deudos, dijo: « Las instrucciones del padre del enfermo son que prefiere la muerte de su hijo á verle como está.»

A pocos días se procedió á la operacion.

El enfermo estaba profundamente cloroformizado, lo cual aumentaba su palidez anémica. Sus ojos, desigualmente cubiertos por los párpados; respiracion lenta y tranquila; su pulso, lento tambien y blando, delineaban un cuadro de reposo acentuado con la sujecion del aliento de los espectadores.

Hice la primera incision para atacar el puente zigomático. Resecado, acometí la region temporal. Varias tuberosidades blanco-amarillentas denunciaron la presencia del tumor; prolijamente pude despegarlo sin perder sangre alguna; seguí por él á beneficio de las incisiones convenientes, y lo desalojé de la region masetérica. Ya estaban libres las ramificaciones externas; había que atacar el tronco en el hueso maxilar y luégo las raíces. Acometí primero la articulacion del ángulo externo del coronal

con el pómulo. Despues el ángulo interno por la apófisis montante y el cuadrado de la nariz. Ultimamente la sínfisis inter-maxilar. Con unas pinzas abarqué cuanto pude del hueso, tiré de pronto y con fuerza para que al desprenderse de la avulsion resultase el acto hemostático.

Vino tras la tenaza, no el tronco, la cáscara solamente. Una parte del maxilar, que, adelgazado, formaba la corteza. Agarro la otra parte del hueso, que por parecer fungosa hácia la boca, no cáscara, sino tumor tenía que ser. Arranco entre los garfios un pedazo de neoplasma, pero queda firme todo el racimo colgante que ántes desprendí de las regiones exteriores, y que sólidamente se continuaban hácia adentro. Suspendo y examino.

El operado se mantiene en profunda anestesia. Las fuertes tracciones no han producido en él más efecto que el que pudiera producir en un cadáver.

La respiracion tranquila, pero más lenta. El pulso regular, pero más lento, más pequeño y más blando.

No hay sangre por ningun lado. Abro la boca del paciente; extraigo algunos restos de la bóveda palatina. La masa neoplásica queda limpia de tejido huesoso. Se extiende é insinúa por la parte lateral derecha de la faringe. Es, por tanto, preciso atacar esta region á la manera que lo hicimos con la temporal.

Con unos bisturís que discurrimos con motivo de cierta operacion en la bóveda palatina, y que con frecuencia nos hacen buen servicio, fuimos despegando unas veces y disecando otras las antedichas conexiones, cuidando mucho, como puede suponerse, no herir la carótida. Lenta, laboriosa fué esta parte de la operacion; pero con ella el tronco, representado por la parte de neoplasma que ocupaba el maxilar y la fosa nasal, quedó movible, de modo que la mano abarcaba todo el racimo externo é interno, quedando pendiente hácia arriba por algunas raíces.

Había pasado en esto demasiado tiempo.

La cloroformizacion, aunque suspendida hacía tiempo, ejercía profundamente su accion.

El ojo izquierdo, cerrado é inmóvil; su pupila, dilatada é insensible. El ojo derecho tapado algo de arriba por el párpado, caido, descubierto en lo demas, sin expresion y sanguinoso. La cara convertida en un antro calado hasta las fauces, relleno por multitud de tuberosidades blancuzcas, matizadas con sangre.

La respiracion tranquila, lenta, corta. El pulso más lento, más blando, más pequeño.

No hay hemorragia.

—Si la orilla está todavía léjos, vamos á fondo — dije para mí.

Reconocí las partes. Estaban unidas y pendientes de la parte alta y posterior de la fosa nasal y la bóveda faríngea. Allí no cabía por el momento diseccion; estaba mi dedo á los alrededores del esfenoides y de la porcion basilar del occipital, y escarbaba entre láminas huesosas.

—No volver á dar más cloroformo — dije.

—Hace mucho tiempo que no se da — me contestó el Sr. Burgos.

La respiracion era más corta, más lenta.

—¡Se va á morir el enfermo!— me dijo á media voz azorado un ayudante.

Yo seguía despegando con mi dedo.

—¡Se va á morir! — repite.

Le miro, y veo dibujado en su semblante el azoro con que el pánico quirúrgico comienza. Éranos preciso tener los cinco sentidos en la operacion, pero tambien lo era evitar que el desórden y el terror perturbase el entendimiento. Y á la media voz del ayudante, mirándole con faz severa, en voz alta contesté:

—¡Vive Dios! Si no muere un enfermo en esta operacion, ¿en cuál ha de morir?

Seguí escarbando con los dedos y disecando con el bisturí, librando aquella última raíz de las partes circundantes. Todavía duró esta etapa más de un cuarto de hora. El pulso era imperceptible. La respiracion rara, la piel fresca.

Quedaba sólo un punto adherido como del espesor del dedo grueso, que entraba rellenando y dilatando el seno esfenoidal. Bien reconocido, parecía poderse desprender por avulsion; en efecto, hice una traccion mediana de la masa, y cedió. En el mismo momento el enfermo hizo una inspiracion más fuerte, despues una espiracion. Luégo ninguna. Fué la última.

Esta leccion de firmeza y energía por el ejemplo, esta impasible y hasta inhumana calma, yo no sé si puede ser hija de que á todo se acostumbra el hombre. Lo que puedo decir, es que los días siguientes estuvimos enfermos.

Era el primer operado que durante nuestra vida azarosa había fallecido en el acto operatorio.

En resúmen: la educacion quirúrgica abarca dos esferas: la intelectual y la disciplinaria. La primera puede adquirirse por medio de la aplicacion, del estudio, de la observacion, de la palabra y de la lectura; la segunda sólo se infunde por virtud del ejemplo, dado por muchos, en cada uno de los círculos morales que comprende; siendo indispensable que no falte ninguno de dichos círculos, porque una sola cualidad deficiente basta para esterilizar los efectos útiles de las demas condiciones. Conseguir lo dicho es sumamente difícil, y sólo se logra estando muy atento á las faltas propias, confesándolas y poniendo mucho cuidado en no caer nuevamente en ellas.

Completo culto á la verdad.

Creo que si á lo ya expuesto se agrega un culto completo á la verdad, las ciencias médicas, y sobre todo la terapéutica quirúrgica, podrá ir rápidamente hácia la posible perfeccion.

No pretendo decir que los escritores no se encuentren inspirados del deseo de exponer y afirmar lo que estimen verdadero, ni ménos que pretendan engañar á nadie con hechos falsos. No, esta imputacion sería calumniosa; lo que quiero decir con esto de completo culto, es que se

cuide mucho de no aumentar ni disminuir el volúmen, el color, ni la trascendencia de las cosas. Por ejemplo. Un profesor aplica el bicarbonato de sosa en polvo sobre unas amígdalas inflamadas, y porque pasó el período flegmásico naturalmente, ó porque el bicarbonato, en efecto, produjo el beneficio, se alegró del suceso; repitió el ensayo otra ó más veces, y quizá sin percibir que alguna vez dejó de dar resultados, lleno de entusiasmo escribe bajo su influjo que es un medio eficaz y seguro para curar los infartos crónicos de las amígdalas. Seguramente que al obrar así no pretendió asegurar hechos inexactos, ni ménos engañar á nadie; pero por desatender el principio que proclamamos, ello es que á nosotros mismos nos ha hecho empolvar la garganta de varias personas inútilmente.

Infusion débil de hojas de belladona contra las faringítis eritematosas.

Por seguir una conducta si no más honrada más parsimoniosa, hace muchos años que sobre este particular de las anginas no nos hemos atrevido á publicar el resultado de algunas observaciones, temiendo que fuesen hijas de la casualidad mejor que de la eficacia del remedio. No lo inventamos de seguro; probablemente en alguna parte lo leimos. Ello es que desde casi el principio de nuestra práctica comenzamos á administrar en las *anginas faríngeas eritematosas*, que por cierto son bastante graves, una cucharada cada cuatro ó cinco horas de la infusion ligera de hojas de belladona. Un grano por libra de agua hirviendo. Nuestra experiencia particular nos tiene satisfechos del remedio, lo cual no obsta para que alguna vez haya dejado de ser útil, cual ocurrió en el caso del Sr. Ruano, diputado á Cortes, cuya angina terminó por gangrena. Conviene, pues, tenerse de la mano en esto de dar á los hechos más valor del estrictamente observado. De otro modo, la verdad se oscurece y la ciencia embroza su camino con muchas cosas que entorpecen la marcha.

El culto completo á la verdad obliga á estar dispuestos á seguir las consecuencias de los hechos tanto tiempo y por todo el camino, hasta donde alcance nuestra vista, y

aunque los resultados lejanos nos quiten la satisfaccion de un triunfo temporal. Este sacrificio es necesario si la verdad ha de imperar por encima de todo; sacrificio duro y que necesita cierta abnegacion.

Para dar el ejemplo, declararé ahora lo que nos consta haber ocurrido, ya favorable, ya adverso, en algunos pacientes del ejercicio anterior.

Continuacion de la observacion de Teodoro M. (1)

Ha continuado en nuestras clínicas agravándose lentamente el padecimiento local. El escroto se hizo asiento de unos pequeños como diviesitos sin área inflamatoria, que, al comprimirlos, daban una gota de pus. El lado izquierdo de la cara y la region infra-maxilar se infartaron, dando lugar á puntos indurados que, uniéndose, se convirtieron en difusos, y supuraron un poco aquí y allí, algo más sobre la glándula submaxilar. Siguiendo la dolencia este curso imperturbable, sobrevino un ataque de erisipela que abarcó todo el rostro, cuello y cuero cabelludo. El enfermero de la Sala, hombre que nunca había demostrado timidez, tomó aprension al paciente, y al ser reprendido por descuidarlo, manifestó que tenía una fuerte aprension de ser contagiado. Cuatro días despues cayó efectivamente el enfermero en cama, acometido de erisipela en la cara y la cabeza, de que estuvo tan grave que fué necesario administrarle.

La sala de hombres fué infectada de erisipela, de aquí pasó á la sala de mujeres, á punto que tuvimos necesidad de suspender las operaciones. Ya nos haremos cargo más adelante, particularmente de éste y de otros contagios que hemos tenido precision de combatir.

Siguiendo á grandes rasgos la historia del paciente, añadiremos que salvó de los peligros de la erupcion, quedando debilitado, y lo que es más singular, con una paresia de los músculos de los párpados.

Dicha paresia hacía que, al ordenársele que cerrara los

---

(1) Publicada en la RESEÑA del primer ejercicio, pág. 14.

ojos, los abriera más, principalmente el derecho, haciendo un visaje extraño. La paresia ha venido disminuyendo, pero sin cesar del todo, de manera que duerme todavía con el ojo entreabierto.

Parece, por tanto, resultar de aquí que, á la manera como la difteria ataca é inutiliza ciertos filetes nerviosos, las erisipelas de esta clase pueden atacar y afectar tambien otros filetes.

Creemos digno consignar que, á poco de ser acometido este enfermo de la foliculítis en su escroto, se nos quejó el enfermo de la cama inmediata anterior de igual padecimiento. En efecto, así era; mas por fortuna sus pequeños puntitos, supurando lentamente, no dieron lugar á induraciones y terminaron bien. En Teodoro M. terminaron despues de largo tiempo, pero dejando el testículo indurado y adherido.

Entre otros muchos tratamientos empleamos las cauterizaciones punticulares sobre los focos más indurados de la cara y del cuello; todos cicatrizaron supurando poco, pero no así una practicada sobre la glándula submaxilar derecha. En este punto, con escasa supuracion relativa, hubo pérdida de tejidos, pérdida cavernosa que penetraba hasta la superficie de la cara interna de la mandíbula. Un día, en el acto de la cura, por el orificio del antro salió sangre, que el practicante pudo contener; la hemorragia se repitió por la tarde y por la noche. A la visita de la siguiente mañana hallamos al enfermo postrado y con una plasta de sangre coagulada y endurecida por efecto del percloruro de hierro que le habían aplicado.

Limpiamos y curamos la parte cuidadosamente, reconociendo que la hemorragia debía venir de lo profundo, y que, á repetirse, no era posible dominarla pronto y con seguridad sin abrir aquéllo y poner el fondo del antro al descubierto. Así ordenamos que se hiciese, caso de sobrevenir nueva hemorragia. Hora y media despues, concluida la visita y hallándonos en conferencia, fuimos avisados de que el enfermo estaba echando sangre á borbotones. Fui-

mos á la Sala, hicimos preparar el termo-cauterio, dilatamos el antro: la sangre venía por detras y debajo del borde de la mandíbula hácia su rama. No era chorro intermitente, sino continuo y grueso, por lo que supusimos provenir de una vena corroida. Aplicamos sobre el punto un tapon de algodon mojado en aceite esencial de trementina, otros secos despues, un vendaje, y la sangre quedó suspensa. Ordenamos que trajeran pedazos de agárico, ó sea yesca vegetal, que es la sustancia que mejor se adapta para suspender tal clase de hemorragias, y ordenamos que, caso de reaparecer, pusiesen un pequeño circulito de yesca seca sobre el punto por donde manara el flujo. Observadas las referidas instrucciones, fueron bastantes para dominar el accidente, y sin mayores pérdidas, dos veces ó tres que en distintos días próximos se presentó de nuevo. Despues no hemos vuelto á ser perturbados por tan grave accidente.

La herida resultante del antro y de su dilatacion se ha convertido en una ulceracion excavada de grandes mamelones que supuran poco, de bordes algo vueltos, de color limpio encendido, pero sin ninguna tendencia á la cicatrizacion; su aspecto actual no es el de un epitelioma, ni ménos de una úlcera fungosa, ni ménos de una úlcera asentada en tejido canceroso ni encefaloideo. Pero es una úlcera que más crece que mengua, y que para salir del paso no sabemos cómo denominarla si no la echamos á la cuba de los turbios, dándola el nombre de úlcera cancroidea.

Ya puede suponer el lector que no habremos estado con los brazos cruzados delante del enfermo. Desde el cauterio hasta el arsénico, desde el alcanfor *loco dolenti* y al interior hasta el bicloruro mercúrico al interior y al exterior, desde el iodoformo hasta el azufre, la memoria no puede recordar cuánto en el espacio de un año largo se ha empleado. No queda más consuelo que la seguridad de que la asistencia en el Instituto ha prolongado y prolonga aún su triste vida; triste en verdad, pero que el interesado lucha por conservar, y nosotros por alargar.

Continuacion de la historia del muñon doloroso (1).

Esta enferma, al parecer, y segun consta en la RESEÑA del año anterior, quedó curada. Volvimos á verla en el Dispensario á principios del curso actual. Venía diciéndonos que sentía otra vez dolores fuertes y continuos en el tronco y costado derechos.

El carácter de sus dolores, al apreciarlos por la referencia de la interesada, eran semejantes á los que acusan los enfermos de zona. En efecto; ciertas manchas, y áun vesículas repartidas por el costado, abonaban la suposicion; pero no mejorando, y teniendo más confianza en los conocimientos del Dr. Olavide que en los escasos propios, le encomendamos la asistencia de la enferma. Mucho ha ocupado y preocupado su atencion. Una erupcion llegó á sembrar el tronco de la paciente. Poseo una copia exacta hecha por el escultor D. E. Zofio, que debo á su generosidad. Lo que más fatiga es el dolor acerbo, insistente, sordo á toda medicacion, y que algo esta vez logró modificar el Dr. Olavide á beneficio de las pulverizaciones de cloroformo, cosa que nos resultó ineficaz cuando el dolor residía en el muñon. Actualmente, se halla la interesada en baños.

Necesidad de combatir pronto y con energía las neuritis periféricas.

Este caso fué uno de los primeros que produjo en nosotros la creencia de que las irritaciones periféricas de los nervios, cuya causa material actúe mucho tiempo, van ganando camino de la circunferencia al centro, llegando á irritar las células medulares, y áun cerebrales, ocasionando así lesiones permanentes de los órganos que presiden las funciones de la inervacion; actos reflejos que ya no son fugaces, sino estables y continuos.

Tanto ascenso han llegado á dar á esta doctrina los varios casos que hemos tenido en las clínicas, que nos sentimos impulsados á emprender una conducta quirúrgi-

---

(1) Publicada en la RESEÑA del primer ejercicio, pág. 34.

ca muy activa apénas, por consecuencia de una lujacion, de una fractura próxima á superficie articular, de una artrítis seca, una amputacion, una herida de aponeurósis ó una cicatriz, se presenten en cualquier enfermo síntomas neuropáticos que resistan algun tiempo, no muy largo, los tratamientos médicos racionales. Para nosotros no cabe ya duda de que en todos estos casos, si se espera y se espera, el mal nos gana de la mano, se hace central y se convierte en incurable.

En la clínica, en el Dispensario y en la práctica civil hemos tenido, y tenemos actualmente, bastante número de enfermos que abonan nuestro quizás atrevido pensamiento. La suerte de los enfermos á que nos referimos ha resultado muy triste, tanto que bien merece prevenirse, áun á costa de operaciones quirúrgicas de gravedad, que sólo lleven un propósito meramente profiláctico.

Nosotros hemos visto un enfermo que, á consecuencia de la lujacion del hombro de un lado, padece hoy la atrofia del opuesto.

Tenemos en la Sala de mujeres una enferma que, con motivo de una fractura próxima al carpo derecho, tiene su brazo atrofiado é inútil, neurálgico el brazo opuesto, y en camino de atrofiarse y de perder su uso.

La Cirugía debe hallarse autorizada en casos tales para hacer lo que hace ya el oftalmólogo, á fin de evitar la pérdida de un ojo amenazado por *simpatías* del compañero.

El cirujano debe, creemos firmemente, amputar un miembro, hacer la neurotomía, extirpar una cicatriz, cuando una parte, con insistencia dolorosa, amenaza por propagacion ganar la médula, y de allí pasar á los cordones correspondientes del lado opuesto.

Y esta conducta debe adoptarse con tiempo, que si se acude tarde ya no queda otro porvenir que el de la pobre mujer objeto de la historia actual. De esperar es que el Dr. Olavide publique la observacion correspondiente al tiempo que la ha seguido, porque de su inteligencia debemos prometernos un trabajo importante.

Continuacion de la historia del epitelioma de la laringe y traqueotomía (1).

Refiérese á D. A. Barcenilla, individuo del cuerpo de Alabarderos. Le dejamos operado de traqueotomía, que fué imprescindible practicar por haber llegado al extremo de la asfixia. Como dijimos, obtuvo de la operacion el beneficio posible, dejándolo en la Sala durante el verano. Al principiar el ejercicio de que voy dando cuenta se hallaba en regular estado, tanto que ni él ni la familia demostraban deseos de que se emprendiese la operacion radical. Así trascurrieron los meses de Octubre y Noviembre. Ya en Diciembre comenzó á ponerse tumefacta la laringe, engrosando de modo que formaba tumor al exterior. Entónces hice al interesado algunas discretas indicaciones, las bastantes para que las hubiera recogido á estar en ánimo de operarse. No se dió por entendido; y como mayor insistencia de nuestra parte no sería discreta, envolviendo la responsabilidad de la imbuicion, nos abstuvimos, medicinando y observando.

En Enero se presentaron dolores á la deglucion, y se infartaron las amígdalas y submaxilares.

El enfermo á su vez nos hizo algunas indicaciones, que recibimos haciéndonos distraidos.

Ya no era posible la extirpacion.

En Febrero tuvo una hemorragia, y arrojó los cartílagos cricoides. La deglucion fué imposible, viéndonos en la necesidad de alimentarlo con la sonda esofágica. Por este medio pudimos mantenerle hasta el último trimestre del ejercicio.

Las amígdalas, la base de la lengua, los pilares, la faringe, las glándulas cervicales y los tejidos circundantes, formaban una masa única difusa.

Continuacion de la historia de un exostósis ebúrneo de la region temporal (2).

Dando cuenta en la RESEÑA del año pasado de este interesante caso, expusimos nuestras dudas acerca del éxito definitivo de la operacion.

---

(1) RESEÑA del primer ejercicio, pág. 79.
(2) RESEÑA del primer ejercicio, pág. 71.

Recomendamos que vuelva á leerse dicha historia, para articularla ahora con su complemento.

Entre otras cosas decíamos: «En los meses que han pasado no apreciamos que haya vuelto á crecer ni elevarse »la porcion del cráneo que se rebajó con la operacion.

»Y ahora, preguntemos:

»¿Volverá á crecer el hueso?

»¿Habremos con la operacion suspendido sus progresos?

»¿Habremos conseguido evitar que el padecimiento llegase á la altura de deformidad enorme que en el otro »enfermo recordamos?

»Pende del tiempo poder decir si la operacion cura la »enfermedad ó si se reduce á una mera paliacion.»

Ha pasado el tiempo, y diré aquí lo que el tiempo ha declarado.

La enferma fué dada de alta en buena situacion respecto á su salud general y al acto quirúrgico sufrido. Sobre la cicatriz de la herida dijimos que, por lo que al cuero cabelludo se refería, la incision se cicatrizó, uniéndose los bordes cruentos, pero quedando despegado el espacio comprendido entre la superficie huesosa de reseccion y la cara interna del pericráneo. Dijimos tambien que en dicho espacio se retenía alguna secrecion linfoidea, la cual buscaba paso por un punto de la herida.

Habiendo encargado á la interesada que no dejase de vernos semanalmente, y estando al servicio de una familia conocida, hemos tenido la fortuna de seguir la historia.

En efecto; continuó segregándose la serosidad linfática entre el cuero cabelludo revestido del pericráneo y la superficie ósea. El espacio en que se efectuaba el fenómeno secretorio era mucho menor que el correspondiente al área total de la base resecada del exostósis, resultando, por tanto, que algo debía haberse adherido hácia la circunferencia entre las partes duras y las blandas. Sin embargo, la secrecion continuó, y á veces, perdiendo el carácter puramente seroso, lo presentaba sero-puriforme, pero no parecido al de la caries. Más adelante, el punto por

donde salía fué aumentando de extension, sin que fuera debido á corrosion ulcerativa, sino como dependiendo de la retraccion de las partes inmediatas. Agrandando, fué descubriéndose una superficie ósea, blanca, limpia, con las señales y rayas del corte de la sierra, cual si hubiese sido recientemente hecha la operacion. Al crecer la abertura tomó una forma irregular, algo en semi-luna, largo de un centímetro, ancho, medio en la parte central. Entónces el cuero cabelludo no volvió á levantarse en forma de bolsa, ni cual ántes, comprimiéndolo, daba paso á mayor suma de secrecion.

Era dudoso si se había adherido ó no; las demas partes al ménos estaban coaptadas.

Así pasaron muchos meses, quedando nuestro ánimo satisfecho respecto á que en tanto tiempo no se advertían señales de nuevo crecimiento óseo, ni hácia la circunferencia de reseccion, ni hácia el centro. La enferma no se mostraba tan contenta. Tenía una úlcera detras de su oreja, y aunque no le dolía ni le molestaba, supuraba, exigía cura y un ligero apósito anti-estético.

Hácia el mes de Marzo notamos que el borde anterior de la abertura se adelgazaba y sumía como al mismo nivel del hueso. En Abril era ya un hecho innegable; no sólo estaba piel y hueso á un nivel, sino que el de la piel iba más bajo. Desde entónces comenzó á montar una lámina ósea y á deslizarse hácia delante. Sin embargo, estaba fija y continua á las partes adyacentes.

Pero el proceso iniciado, que semejaba como si el borde anterior del cuero cabelludo, adelgazado á manera de filo, fuera minando por debajo de la superficie ósea y cortándole una lámina, continuó así hasta mediados de Mayo, que, pareciéndonos móvil, pudimos fácilmente extraerla.

A los pocos días quedaba establecida la cicatriz perfecta.

Parece resultar de la historia que antecede que los exostósis ebúrneos de la region temporal pueden y deben resecarse en los principios mejor, y áun cuando hayan adquirido considerable volúmen. Parece que no es preciso

correr los riesgos de calar el hueso hasta la superficie cerebral, bastando cortarlo al posible nivel de la superficie externa de la bóveda del cráneo. Parece que el pericráneo, aunque se desprenda unido á las capas restantes del cuero cabelludo, no se adhiere ni intima con la superficie ósea aserrada. Parece que la naturaleza desarrolla un proceso de eliminacion y reparacion que se verifica lentamente, en virtud del cual levanta una lámina ósea, por debajo de la que efectúa una cicatriz perfecta y definitiva. Resulta, finalmente, que por la operacion, no sólo se consigue quitar la parte del hueso sobrecrecida y exuberante, sino que suspende la marcha de crecimiento en el plano óseo que resta subyacente.

Creemos tambien digno llamar la atencion acerca de otros dos puntos.

Refiérese el primero á que la lámina eliminada no tenía todo el espesor de la cubierta ósea, ni toda la extension de la circunferencia resecada. La esquirla, ó lámina del secuestro, es blanca y limpia, de figura irregular, desigualmente cortante, delgada y dentada en los bordes. El mayor espesor corresponde hácia el centro y parte posterior, que será como de dos y medio á tres milímetros. La cara externa, lisa, está marcada por la huella de la sierra; la cara interna, ménos lisa, no presenta los caractéres de la superficie craneana.

El secuestro ofrece su mayor extension, que es de delante á atras, dos centímetros y medio de largo, y uno de arriba á abajo, hácia el borde posterior. Como se nota, áun teniendo en cuenta lo que haya podido perderse por las supuraciones y por la necrobiósis lenta de otra porcion de hueso, no corresponde la lámina expulsada á la circunferencia de seccion, que fué como de una naranja mandarina.

En su virtud, es preciso suponer que al fin una parte del pericráneo consiguió adherirse al hueso, y que otra parte no, la del secuestro.

Refiérese el segundo punto al modo y forma con que la

naturaleza, viéndose impedida para verificar la cicatriz por encima del hueso, introdujo las partes blandas por entre el espesor del mismo, como en trabajo de zapa, logrando así levantar y expulsar la capa superficial, y llevando á cabo por debajo la cicatrizacion.

Este especial procedimiento eliminativo y reparador, lo hemos observado varias veces. En las primeras pensé que la esquirla estaba suelta de suyo previamente, y que las partes blandas sólo habían hecho el oficio de empujarlas y trasportarlas. En efecto; cuando una causa traumática corta ó separa una porcion ósea de su matriz, puede el organismo necesitar sólo empujarla hácia el exterior, como sucede en la eliminacion de una espina, de la esquirla aislada de una fractura, de una bala ó de cualquier otro cuerpo extraño. Pero no se reduce á esto principalmente lo que en el caso actual se ha efectuado. En éste, como en otros, la naturaleza ha verificado la reseccion primero, y despues ha eliminado lo que ella misma había conseguido ántes dividir. Cuando estos procesos se verifican en partes óseas superficiales, cual el cráneo y cara interna de la tibia, pasa la escena á telon corrido, y puede presenciarse y observarse fácilmente tal como queda expuesto, y como describimos en el caso de Enrique Valle, incluido en la RESEÑA del año anterior.

Continuacion de la historia de Enrique Valle (1)

Dimos de alta completamente curado á este individuo, y el tiempo, no sólo ha confirmado el suceso, sino que ha venido á superar las esperanzas. La pierna ha quedado firme. Su cortedad se suple perfectamente con un zapato de alza, y el interesado no necesita más auxilio que el de un baston de mano. El estado de su salud es floreciente, y parece más jóven que cuando fué á consultarnos sobre su aneurisma.

---

(1) RESEÑA del primer ejercicio, pág. 47.

Entre otras ventajas, ofrece el Instituto la de permitir el estudio de los padecimientos en una serie continua, y sobre ejemplares diversos y sucesivos. Esto permite confirmar, corregir y ampliar las doctrinas sobre los conocimientos ya adquiridos, ofreciendo copia sólida de instruccion, con las demas ventajas consiguientes. Así, por ejemplo, en el curso pasado tuvimos ocasion de ver la artrítis seca de la rodilla derecha padecida por Gervasio M., cuya causa, consistente en la conformacion viciosa de su pié plano, pasó mucho tiempo inadvertida para todos nosotros, hasta que, por casualidad, dimos con ella.

Confirmacion, correcciones y ampliaciones sobre puntos de doctrina sentados en el curso anterior.

Al final del presente ejercicio se dió entrada á un enfermo afecto de artrítis seca de la rodilla; y al punto mismo de la primera visita, y apénas reconocida la articulacion, nos dirigimos á examinar el pié, sospechando desde luégo, por la forma y caractéres que ofrecía la rodilla, de encontrar, como encontramos, la causa de su padecimiento en la mala conformacion del pié.

Artrítis seca de la rodilla por responsabilidad de pié plano.

Con este segundo caso, no sólo queda confirmado un punto etiológico de importancia, sino que evita al práctico dudas relativas al diagnóstico, y excitaciones y tanteos en el tratamiento, aportando una nota de contribucion para el cuerpo de la ciencia constituida, y varios beneficios para el paciente y para otros que se hallen en su caso, no siendo el menor el tiempo que ahorran. La artrítis seca consecutiva á un reumatismo, la que procede de alguna distorsion, de lujacion reducida, etc., reclaman otros medios terapéuticos. Esta de que tratamos, sólo la quietud, la aplicacion del calor húmedo, el amasamiento suave é insistente, los movimientos pasivos y un zapato ortopédico apropiado.

No son de menor importancia las correcciones que se obtienen sobre el resultado de unos medios comparados con los mismos en otros casos al parecer análogos. Por este camino de investigacion se llega á inducciones que obligan á separar cosas que, de naturaleza idéntica, sin

embargo son distintas en otros conceptos condicionales, ya que no esenciales.

Sobre dicha materia tenemos muchos puntos que indicar. La cosecha recolectada ha sido abundante. Demos cuenta de algunos.

Epiteliomas rupiformes ó costrosos.

Todos los escritores, al tratar de los epiteliomas, indican varios modos de ellos, ya por lo que respecta á las regiones en que generalmente aparecen, ya por la manera diversa cómo comienzan y se desarrollan, ya por la diversidad de fenómenos que manifiestan en su curso, etc.; tales variantes tópicas y fenomenales sólo parecían unirse por el vínculo comun de la fatalidad del término, que todas, si el arte quirúrgico no intervenía á tiempo, paraban en la muerte. Desde hace años habíamos venido observando que, entre tanta variedad de epiteliomas, se daban tres tipos principales: uno que excrecía y que desarrollaba sus procesos de la piel hácia fuera, haciéndose como vegetantes y excrecentes. Otro que se desarrollaba tambien al exterior, pero extendiéndose algo más sobre el plano, ofreciendo de comun con el anterior el cubrirse por las costras de sus detritus á modo de ciertas erupciones pústulo-crustáceas. Y otro, finalmente, que, dirigiendo su camino hácia el interior de la piel y los tejidos subyacentes, difundíase por entre ellos de tres modos distintos: por vecindad, por salto á las glándulas de la region, y por vecindad y salto juntamente. En este último tipo, de una, otra ó de las dos marchas combinadas, no veía el carácter costroso que en los tipos anteriores, pero no había sacado de dicha observacion ninguna consecuencia.

La práctica nos inclinaba, sin embargo, á concebir mayores esperanzas de éxito quirúrgico respecto á los epiteliomas vegetantes. En ese confuso recuerdo que da la repeticion de los hechos que confiamos exclusivamente á la memoria, nos parecía ver por la calle vivos bastantes operados de años atras de las primeras formas, y pocos de la tercera.

BIBLIOTECA DE ANDALUCIA · Granada ·

Como quiera que la presencia de un objeto conocido despierta vivamente la imágen de los otros anteriores análogos, y hasta de los pensamientos á que nos dieron ocasion, los casos del Instituto han revelado á nuestro entendimiento algunos puntos que parecían dormir oscuros y velados.

Desde luégo recordamos bien que las formas vegetantes y las formas opuestas que caminaban hácia la profundidad, difundiéndose de cualquier modo, todas las tratábamos por extirpacion, siempre que en estas últimas los ganglios, aparentemente afectados, pudieran extraerse.

Recordamos asimismo que la forma costrosa no vegetante, y que corroía gran extension de superficie, la declarábamos casi inoperable, hablando á los interesados un lenguaje poco animoso relativamente al éxito. Cuando alguna que otra vez el paciente exigía la operacion, accedíamos extirpando toda la region, si era posible reponerla con medios autoplásticos.

Despues de confirmar en los acogidos en el Instituto los tipos indicados y sus variantes, pudimos darnos cuenta de algunos fundamentos explicativos de las diferencias, y que permitían razonar la terapéutica, haciéndola más apropiada á cada caso.

Primer tipo.

Epiteliomas vegetantes ó excrecentes con tendencia á cubrirse de una costra más ó ménos gruesa, á veces tan gruesa como la de las erupciones pústulo-crustáceas.

Hemos tenido, entre otros, dos de estos enfermos, ambos ancianos, de piel sucia y marchita, con indicaciones salpicadas en el rostro aquí y allá de placas sucias, elevadas por epitelium estratificado, ásperas y resistentes al tacto; dichas placas, unas pequeñas, otras mayores, estaban firmemente adheridas al dermis, de manera que para desprenderlas hubiera sido preciso hacer sangre. Pueden despegárselas en parte lavándolas con una disolucion alcalina, ó ablandarlas con otra disolucion de ácido acético y raspándolas.

El dermis no está ulcerado, pero el epidermis que lo cubre, hipertrofiado, proliferando sucesivamente nuevas células, superpone las unas á las otras, á modo de excrescencia, ménos dura que el callo y de color más sucio.

Unidos á estos caractéres ofrecían dichos pacientes una excrescencia mayor, costrosa y puriforme, debajo de la que se ocultaba una superficie ulcerosa, fungiforme y desigual. En un individuo, la totalidad del afecto adoptaba la forma cónica á dos centímetros de base, y tan prominente que semejaba un cuerno nacido hácia una comisura del labio superior. En otro, el labio inferior estaba cubierto, grueso, revuelto á afuera, costroso, y por bajo fungoso, sanguino-purulento y crateriforme.

El primero fué tratado así: se ablandó el cono por medio de cataplasmas emolientes, se desprendió con espátula, apareciendo la superficie excrecente ulcerada. Con la misma espátula se raspó duramente, poniendo cruenta la parte. Sobre la misma sangre se pasaron distintas veces bolitas de algodon empapadas en cloruro de zinc líquido puro (1). Colocada despues una compresa con vaselina, se repitió igual modo de cauterizacion cuatro veces á desiguales intervalos, de tres á siete días. La curacion se verificó fácilmente y sin deformidad.

El segundo fué tratado por extirpacion, á modo de trasfixion. Con un bisturí delgado y cóncavo por el corte se atravesó de fuera á adentro el labio, cerca de la comisura derecha. Revuelto éste, pasó rasando el bisturí toda la longitud del mismo labio hasta la comisura izquierda, quedando así el borde libre extirpado con el tejido enfermo y la costra que le cubría. Un pedacito de seda protectora, una almohadilla de algodon y una venda, cubrió la herida despues de ligados los vasos labiales. El mero aseo con agua y los mismos apósitos permitieron la cicatriz perfecta, sin dejar deformidad.

(1) En otras ocasiones he manifestado que obtengo dicho líquido dejando cloruro de zinc sólido al contacto del aire para que se liquide con su humedad.

Podrá objetarse que éstas son úlceras fungosas y no epiteliomas; pero puedo asegurar, no sólo que son tales epiteliomas verdaderos, sino que de esta misma clase los he visto muchas veces, en sus últimos progresos, corroer, destruir é invadir con todos los rigores y con el mismo fin que cualquier otro tipo.

La diferencia en ellos no es genérica ni específica: es una diferencia de familia. Consiste en que crecen para afuera durante mucho tiempo; en que, durante ese largo período, las células epiteliales se desecan, mueren pronto, y no emigran ni son absorbidas. Pero más tarde, entre los mamelones fungiformes, se fraguan erosiones, antros más profundos tapados por las costras, y en estos antros células vivas que al fin proliferan hácia el interior, tumefacen el territorio vecino, lo convierten en teatro neoplasmático, pasan sus productos á los linfáticos, á las glándulas y á la sangre, y sobreviene la infeccion y la caquexia, si ántes los progresos meramente corrosivos no toparon un vaso ó destruyeron otra parte necesaria para el juego de la vida.

Segundo tipo.

Epiteliomas que se desenvuelven hácia la superficie, ganando en extension ó esparciéndose grado á grado hasta invadir espacios considerables; tambien se cubren de costras, por lo general más delgadas que en el tipo anterior y ménos completas. La superficie ulcerada es poco excrecente, más bien aparece algo corroida ó excavada; á veces se eleva hácia unos puntos, miéntras por otros hay defecto de nivel. Las costras cubren unas partes y faltan en otras, dejando la úlcera descubierta; no da pus, sino un icor sero-sanguinolento, purihémico, pero no verdaderamente puriforme. Caracteriza casi patognomónicamente dichos epiteliomas el marco de la ulceracion. Lo forma un reborde indurado é incruento, que dibuja ondulaciones desiguales en magnitud, grueso y altura. Dicho marco suele hallarse interrumpido en uno ó varios puntos, por haberle excavado la ulceracion que se extiende. Parece el itinera-

rio del epitelioma y la divisoria ostensible del territorio invadido. De la circunferencia externa de este marco suelen partir ráfagas eritematosas, más ó ménos vivas y extensas, colorando la piel de las proximidades.

Cuando este tipo no se observa en sus primeros períodos y aparece por vez primera al práctico ocupando extensas superficies de la frente ó rostro, se les suele denominar *úlceras cancroideas*, *ulcus rodens*, *úlcera voraz*, y áun confundirlo con el *lupus excrescente*.

Al cabo ganan tambien hácia lo profundo, atacando los huesos y las partes subyacentes; invaden así los conductos naturales y se despliegan en las cavidades internas. Ni curan espontáneamente, como suele el lupus, despues de haber destruido piel, cartílagos y huesos, ni dejan cicatrices fibrosas, ni estrechan la boca, la nariz y los párpados, cual acontece en ciertos lupus; enfermedad que, por otra parte, puede confundirse con estos epiteliomas cuando se les ve en sus progresos sin observar la marcha desde los principios.

Del tipo que nos vamos ocupando hemos tenido ocasion de ver en el Instituto bastantes ejemplares y en sus diversos períodos. Entre otros, dos en el párpado inferior, uno en la mejilla, otro sobre el puente zigomático, ganando el ángulo externo del ojo. Otro ocupando toda la frente, y toda la region maxilar y nasal del lado derecho.

Dijimos hace poco que en nuestra práctica anterior á la que nos ha sugerido el Instituto, extirpábamos estas úlceras si no eran muy extensas y si podíamos cubrir la herida por alguna operacion autoplástica. En caso contrario, las declarábamos incurables.

Los efectos obtenidos con el tratamiento en el primer tipo, nos indujo á ensayar el cloruro de zinc líquido en estas ulceraciones, y los resultados han sido tales que, por lo inesperados, casi todavía no nos atrevemos á publicarlos sin sentir cierto empacho.

El primero en quien lo empleamos, fué en el enfermo de la mejilla. Levantada bruscamente la costra con la espá-

tula, pasamos la bolita de algodon, mojada en el cáustico, sobre la superficie cruenta, y cubrimos despues la parte. Levantado el apósito pasados cuatro días, volvimos á levantar otra nueva costra, repitiendo la operacion, notando cada vez que la costra era menor y la superficie cruenta más normal, hasta la cuarta vez, que todo había cicatrizado perfectamente y sin notable pérdida de sustancia.

El segundo enfermo tenía el epitelioma en el párpado inferior. Era caso de blefarotomía seguida de autoplastia; pero dado el hecho anterior, y teniendo presente la escasa pérdida de sustancia resultante, nos creimos autorizados para ensayar dicho medio, por más que dificultaba su empleo la proximidad del globo del ojo. Raspamos la superficie, poniéndola cruenta, y con unas bolitas muy pequeñas y apretadas de algodon, conducidas con la pinza de curas, tocamos la superficie, enjugándola seguidamente á fin de que el cáustico, mezclado y extendido con las lágrimas y la sangre, no fuese á obrar sobre el ojo. A pesar de las precauciones no pudimos evitarlo del todo: algo entró en el ojo, produciendo dolor, más lagrimeo y el disgusto para nosotros consiguiente. No obstante, y aunque la conjuntiva palpebral y ocular se inflamó, no pasaron las cosas de cierto límite; y como, por otra parte, al levantar el apósito viéramos la ulceracion satisfactoriamente modificada, nos animamos á proseguir el mismo género de cura hasta su término. Este individuo ofrecía en la sien otro epitelioma de igual clase casi microscópico; bien caracterizado por su marquito y por su costrita central, un refregon y un solo pase de cloruro bastó para hacerlo desaparecer en flor, sin necesidad de más.

El nuevo suceso nos animó á emplear el tratamiento en otro epitelioma del párpado inferior que, si más pequeño, resultaba más difícil de combatir á causa de hallarse en el mismo borde libre del párpado, desde cuyo punto corroido se extendía hácia afuera y algo hácia la conjuntiva. En este caso debilitamos la concentracion del cloruro, procuramos que el algodon no estuviera muy

impregnado, y que la bolita fuera muy apretada y muy pequeña. Sin embargo de tales precauciones, las conjuntivítis óculo-palpebrales nos dieron que hacer, y ya por esto, ya porque nos obligaba á repetir la operacion á mayores intervalos, ya porque usábamos un cloruro ménos activo, ello es que, dada la pequeña extension del neoplasma, nos costó bastante tiempo y paciencia poderlo dominar. Áun así, y á pesar de haber obtenido una cicatriz perfecta, todavía hubiéramos deseado, para mayor seguridad, haber atacado más enérgicamente la conjuntiva.

Observacion de Francisco Muñoz

Entre otros curados, el caso más decisivo y satisfactorio correspondió á Francisco Muñoz, natural de Villafranca, provincia de Córdoba. Sesenta y cuatro años de edad; labrador.

Hizo la historia que todos. Una costrita en la sien, que el enfermo rascaba, que aumentó con el tiempo, picando algo y doliendo á veces, acentuando las molestias, dando humedad á veces, á veces sangre, cayendo la costra, presentando una úlcera debajo, volviendo á cubrirse, y siguiendo de tal suerte burlándose de médicos, de medicinas, de ungüentos de comadres y de emplastos.

Al tiempo de la entrada, la costra que cubría la ulceracion era espesa y llenaba el espacio que media desde delante de la oreja al ángulo externo del ojo, y del nivel del borde inferior del pómulo al arranque de la fosa temporal.

Ablandamos la costra por medio de cataplasmas emolientes á fin de hacer ménos doloroso su desprendimiento; quedó descubierta una ulceracion de igual tamaño y forma que la costra, y con los caractéres que ántes describimos. Hicimos la aplicacion del cloruro líquido por medio de la bola de algodon, y cubrimos la parte con seda protectora y gasa fenicada. La operacion, aunque el enfermo era duro, resultó bastante dolorosa. Pasados cinco días, al descubrir las partes, ofrecían un aspecto igual: una costra dura parecida á la anterior y algo más firme, hizo necesario reblandecerla por medio de cataplasmas; pero esta vez fué

preciso aplicarlas cuatro días para conseguir limpiar la úlcera. Ésta se presentaba con igual carácter y como si el cloruro no hubiese producido efecto.

Hicimos una segunda cauterizacion, pero no paseando simplemente el algodon mojado en el cloruro, sino tocando y volviendo á tocar, de modo que penetrase el cáustico. Pasada una semana, la costra nueva permanecía seca, dura, y dando señales de no desprenderse en mucho tiempo. Era, sí, más compacta y ménos conchuda que la anterior. Otra semana de cataplasmas y algunas violencias, lograron separarla. La úlcera en general nos pareció lo mismo; en el fondo estaba ya descubierto el tejido fibroso que cubre la cara externa del pómulo, con lo cual nos desconsolamos pensando que no podíamos perseguir más el neoplasma con el cloruro, y que teníamos necesidad de recurrir á una extensa y amplia extirpacion de aquellas partes y las vecinas, echándonos á discurrir de qué modo y por qué sitio mejor podrían sacarse los tejidos para la reposicion autoplástica. Tocamos, sin embargo, aquel día con cloruro la superficie cruenta muy ligeramente, y cubrimos las partes con su apósito. A los dos días lo levantamos, no para ver la úlcera, sino para echar planes sobre el dibujo de las incisiones y colgajos; pero suspendimos el proyecto al ver la úlcera sin costra, mamelonada de mejor manera, y cubierta por carnes de buen aspecto la superficie del pómulo. Entónces decidimos seguir observando, y de día en día los tejidos vinieron rápidamente en proceso franco, reparador, hasta efectuarse una cicatriz perfecta, sin gran hundimiento ni pérdida de sustancia, y con leve retraccion de la comisura externa de los párpados hácia la sien.

Explicacion de los motivos del crédito de los curanderos en la cura de los cánceres.

En presencia de los hechos referidos y de otros que omito en obsequio á la brevedad, hemos podido darnos cuenta del fundamento en que ha descansado el crédito de algunos curanderos, á quienes en todas las épocas y

países ha concedido el vulgo la virtud de curar los cánceres con ciertos polvos y con ciertas pastas.

Simplicidad sería que ahora nos desayunáramos ni pretendiéramos hacer comulgar á nadie con la noticia de que las pastas y sustancias cáusticas pueden destruir los tejidos. Esto es obvio; pero en el fondo de esto hay algo que salta y que conviene analizar. ¿Es la accion de los cáusticos meramente *secadora* ó separadora de unos tejidos de los otros, á modo del bisturí, con relacion á sus efectos? ¿O en esto de matar por combustion unas partes se determinan fenómenos secundarios distintos sobre las otras?

Cuestionario sobre la accion de los cáusticos en el tratamiento de los epiteliomas.

¿Son estos efectos convenientes ó perjudiciales? ¿Cuándo, cómo y por qué?

¿Es indiferente un cáustico ú otro? Si sí, ¿por qué sí? Si no, ¿por qué no? Hé aquí un programa fácil de hacer y no tan fácil de contestar.

Práctica empírica de los curanderos.

Sin imitarla en sus rudos y estúpidos procedimientos conviene estudiar la práctica de los curanderos, porque generalmente se funda en hechos adquiridos de generacion en generacion, aplicada sin conocimiento ni juicio, pero que arranca en su orígen de la misma ciencia antigua. Así encontramos, en la grosera operacion de los *despaletillados*, el *masaje* ó amasamiento, perdido desde la medicina de los árabes, resucitado hoy por la terapéutica contemporánea.

Estudiando la composicion de los polvos y pastas cáusticas, se advierte que son sustancias recomendadas en clásicos más ó ménos antiguos, y algunas constituidas por verdaderas fórmulas oficinales en sus determinadas y oficiales proporciones. Puede inducirse por su composicion hasta la mayor ó menor antigüedad de orígen de las unas y de las otras. Por ejemplo; ciertos polvos se componen de ceniza de sarmientos y cal viva. Los amasa el curandero con su propia saliva, adornando el acto de muecas y salutaciones. Bien se ve que tales drogas y tal procedimiento vienen trasmitidos de generacion en generacion,

desde una época anterior á la química, desde ántes de Dioscórides, probablemente desde las edades más remotas.

Otros polvos se componen de arsénico y precipitado rojo, manifestando ya su orígen relativamente reciente. Hay quienes lo que usan es la mantequilla de papel; otros los polvos de Rouselot en sus mismas proporciones oficinales, demostrando patentemente que la práctica fué tomada de receta de boticario ó médico.

El estudio desapasionado de la cosa, manifiesta que el vulgo ha puesto hasta aquí su confianza de mejor grado en tales personajes que en los facultativos comunes. Sobre el prestigio del secreto, explica la preferencia otros motivos: la tradicion y la costumbre, cuya fuerza es mayor aún que la del mismo secreto; los éxitos obtenidos alguna que otra vez; el lenguaje prudente de duda y de reserva empleado por los médicos, contrastando con el de seguridad y firmeza con que los curanderos alientan á los pacientes.

No será ocioso analizar estos motivos. De ello puede resultar algun beneficio para la práctica.

Prestigio del secreto.

Lo desconocido no se admite por el hombre sino á duras penas. Natural é intuitivamente, donde está lo desconocido allí está llenándolo la propia imaginacion con la primera creacion mental que se le ofrece; y cuando nada consiga imaginar, llenará el hueco con el nombre de Dios. El horror al vacío que decían los antiguos físicos, se realiza en verdad en la gran esfera de la mente. Dad un secreto, y por lo mismo que ignoramos qué sea, al punto aparecerá como muy grande, como muy extraordinario é importante.

Así, la mayor recomendacion de una cosa es ser secreto.

Unanse á esta fuerza intuitiva y natural los efectos de la educacion trasmitida de unas generaciones á otras, que para mí tengo por cierto que no respondo á la mera educacion personal que haya recibido, sino que en mi interior

retoñan, como en el interior de cada uno, los efectos de la educacion de toda la serie de nuestros antecesores.

Ni el estudio, ni el cultivo de las ciencias, ni el hábito de las dudas que sugiere, alcanzan á contrapesar esta natural é intuitiva inclinacion á llenar con algo lo desconocido. En mi juicio es un estímulo interno, racional y conveniente, que nos hace laborar y seguir el trabajoso camino de la ciencia, sin desmayar ante sus obstáculos y defecciones. Cuando ese instinto, vivísimo siempre en el ignorante, desmaya y se borra en el instruido, enferma, y enferma juntamente del cuerpo y la razon, parándose en en el cuerpo hipocondriaco, en la razon escéptico. Así, puede cualquier observador ver comprobado cómo el escéptico está juntamente hipocondriaco.

Pero ello es que de la noble virilidad sale la lujuria, como de la cualidad esta intuitiva que nos lleva á dar realidad y existencia á lo desconocido sale el fanatismo, y sale la credulidad y bobería.

La dificultad está en pararse en los justos linderos de estas cosas. Tan difícil, como que no el vulgo, hasta los sabios pecan aquí, y acaso tantas veces como de los santos dicen pecar algunos libros ascéticos.

Ahora mismo, recuerdo tener un opúsculo no sé donde (1). Pienso, temiendo la infidelidad de mi memoria, que debe ser de hácia fines del pasado siglo. El caso es que está escrito por un médico é impreso por mandado del *Protomedicato*. Dicho médico había adquirido mucho crédito en la cura de los cánceres, haciendo secreto de sus medicinas. La fama llegó á oidos del Gobierno, que encomendó el asunto al Protomedicato, quien despues de hacer las correspondientes informaciones, certificada la

De cómo los Protomedicatos pueden ser vulgo, y asimismo nosotros.

(1) Realmente que no nací para erudito. Tengo ciertamente el opúsculo; lo he leido más de una vez, y ni recuerdo el nombre del autor, ni el año de la impresion, ni en qué parte lo guardé. Estantes de mi librería hay en el campo, donde escribo esta RESEÑA; estantes en Sevilla y en Madrid.

exactitud, ofreció y convino con el facultativo cierto precio por la publicacion de su secreto. El opúsculo de que hablamos es el que lo revela. Consistía en una fórmula de polvos escaróticos comunes, en que entraba en parte, me parece, la cal viva. A nuestro antiguo Protomedicato no puede acusársele de vulgo, y pecó, no obstante, de bobería en aquella ocasion; los polvos esos y otros mucho mejores los tenía en su Farmacopea. No hay más sino que no eran secreto.

Pero quizá hubiese más. Del librillo aquel se desprende que el médico no era un bribon; era un empírico ó práctico á modo de su época, que había llegado á la aberracion fanática sobre las *virtudes* de sus polvos. Y nada más natural ni fácil de comprender.

Si quieres ser amado, ama. Si quieres ser creido, cree.

Los que llevan su creencia hasta la credulidad fanática, se constituyen en unos D. Quijotes que, á fuerza de hablar y adorar su Dulcinea, convierten en Sanchos á todos los que le escuchan

En tiempos del buen facultativo estaba muy atrasado el estudio de los neoplasmas. Lipomas, fibromas, adenomas, sarcomas, escirros, encefaloides, epiteliomas excrecentes y no excrecentes, todo entraba en un mismo saco. Aplicó los polvos una vez, obtuvo éxito; y como entónces, al igual que ahora, la palabra cáncer estaba asociada á la idea de incurabilidad, al ver sus curas se creyó en la posesion de específico infalible. Volvió á emplearlo, se repitieron los triunfos, matizados de algun que otro insuceso; pero no importaba: el hecho era que curaba á muchos. Creció con esto su entusiasmo, y su fe se propagó entre beneficiados y no beneficiados, corrió la fama y convirtió en Sancho Panza al mismísimo Gobierno, que es muy posible fuera la prima ó mujer de algun ministro parte en el suceso; enviaron el negocio fuertemente recomendado al Protomedicato; hizo éste sus inquisiciones y averiguaciones; resultaron ciertas, y cátate ya tambien al Protomedicato convertido en Sancho, y á mí, que tantos años des-

pues, al leer la portada del librejo, lo compré en un baratillo con afan, creyendo ántes de leerlo, puesto que el Protomedicato lo daba por seguro, que entre las empolvadas hojas iba á encontrar los polvos de la madre Celestina!

Pero despues de todo, ¿qué es lo que resulta?

Pues resulta en puridad que destruyendo de uno ú otro modo localmente ciertos neoplasmas, y áun ciertos epiteliomas, y áun ciertos patohistos de mayor gravedad, se curan ciertos y determinados enfermos.

Resulta asimismo errada por exageracion la doctrina de que los llamados *cánceres* sean todos incurables.

Errores de doctrina sobre la curabilidad é incurabilidad del cáncer.

Esta doctrina, errónea tanto por el sujeto á que se refería como por lo absoluto de su afirmacion, Dios sabe cuánto mal ha producido y cuánto ha atrasado la terapéutica.

El error de sujeto es patente, y lo mismo ocurre todos los días. Sucede en la materia lo que suele cuando le dan un palo á un individuo tomándolo equivocadamente por otra persona; sólo que en el ejemplo puede caerse en la cuenta y con los neoplasmas no. De todos modos, el error de tomar un *zanatohisto* (cáncer mortal) por un *cancohisto* (neoplasma grave, pero curable por el arte), es de menor trascendencia que tomar por cáncer mortal un cancohisto ú otro neoplasma más sencillo; quiero decir, *es peor dejar los neoplasmas abandonados que tratarlos enérgicamente, áun caso que no sean benignos ni curables.*

Como esta última conducta era la de los curanderos, miéntras que los médicos comunes seguían la opuesta, de aquí el algo más que sospechamos resultaba de la lectura del opúsculo.

La relacion de algunos casos clínicos nos condujo á hablar del modo cómo habíamos tratado ciertos tipos de epiteliomas. A grandes rasgos procuramos describirlos, resultando de lo expuesto que en los excrecentes, en los que se elevaban sobre el nivel de la region cubriéndose por una costra, y en otros que, adquiriendo mayores

extensiones, y aunque no excrecentes, solían en sus principios, y ántes de desfigurarse por su considerable desarrollo, cubrirse tambien por costras más ó ménos completas y densas, en estos tipos el mero toque de sus superficies con el cloruro de zinc líquido nos había producido sorprendentes resultados. Concluíamos preguntándonos el cuándo, el por qué y el cómo de estos efectos terapéuticos; y surgiendo en primer término la cuestion del empleo histórico de las sustancias cateréticas, nos metimos en la digresion que habrá agotado la paciencia del lector. No suprimo lo ya escrito, porque alguna doctrina arroja que esclarece lo que vamos á añadir.

Tercer tipo de epitelioma, y sus tres variantes.

Quédanos por manifestar que en el tercer tipo de epiteliomas, en los que no son excrecentes, ni costrosos, ni proliferan hácia afuera, no hemos usado, ni siquiera ensayado, la accion del cloruro de zinc líquido. Alguna vez, de las tres formas de este último tipo, la primera, la que forma un nódulo duro más ó ménos extenso, pero limitado al parecer ó no difuso, en cuanto pueden apreciar los sentidos, hemos empleado el cloruro de zinc, pero no líquido, y á modo de simple toque, sino en forma sólida, en aplicacion estable, prolongada, 24, 48 y más horas, y repitiéndola, á ser preciso, una, dos ó más veces, segun los casos. En las formas difusas del referido tipo, ya la difusion fuese en territorio continuo, ya á saltos, afectando las glándulas, ya de una y otra manera á la vez, hemos recurrido al bisturí siempre que hubiera posibilidad anatómica; esto es, siempre que por sentido y por juicio pareciera probable llevar los cortes más allá de los límites de los tejidos enfermos, de modo que el organismo quedara en aptitud de ejercer las funciones esenciales para la vida.

Este resúmen de nuestra conducta en cada circunstancia exige alguna explicacion, y es la que procuraremos dar al tiempo que discurramos acerca de los puntos pendientes. El bisturí, el cauterio actual (hierro candente, termocauterio, galvanocaustia) y el cauterio potencial (cáusticos

químicos), tienen una accion comun y muchas diferenciales. Tratar por extenso de esto, sería demasiado prolijo. Por otra parte, mucho de lo que habíamos de decir es ya sabido. Bástenos afirmar que el bisturí *seca*, separa, divide, y los cáusticos potenciales, desorganizando una parte, provocan á la naturaleza para que la elimine una vez desorganizada, entrando en la categoría de cosa extraña y muerta.

El bisturí, pues, separa inmediatamente, y la naturaleza despues une y repara las superficies anormales resultantes.

Acciones primitivas y consecutivas de los cáusticos químicos.

Los cáusticos químicos no separan desde luégo. Una vez que desorganizaron las partes, tardan por lo general cinco, seis, ocho ó más días en producir la hendidura ó línea divisoria que corta los vínculos de continuidad entre la porcion cauterizada y las vecinas. Luego, como se ve, la accion química no es simplemente secadora ó separadora cual la del bisturí; es desorganizadora en primer término y separadora de un modo secundario, debida esta segunda accion, no al cáustico en sí mismo, sino á los efectos provocados en la naturaleza. El bisturí corta y desprende. El cáustico químico ni corta ni separa: desorganiza solamente de un modo *particular á cada sustancia cáustica*. Hé aquí, conforme á nuestro pobre juicio, el punto cardinal.

Las verdades más simples son las de mayor alcance y trascendencia. Hay en su sencillez la seguridad de su certeza, y partiendo de un punto cierto se camina lógicamente sin probabilidades de errar.

Desde luégo se afirma por sí mismo que si los cáusticos no separan, sino que obligan á la naturaleza á que separe, la obliga al mismo tiempo á que reponga, y es evidente que para ello ha de despertar en las partes una accion fisiológica *recorporativa*. Cuando separamos por medio del bisturí, no sabemos más sino que á la vista y al tacto parecen normales las superficies por donde procuramos el aislamiento, pero verdaderamente no contamos sino con un mero parecer; carecemos de criterio objetivo

para quedar seguros, teniendo que atenernos á ulteriores y lejanos resultados. Cuando obramos por cauterizacion química, sobre los datos de los sentidos tenemos el criterio proporcionado por la misma naturaleza. Si la separacion se efectúa dentro de territorio enfermo, no subsiguen los actos de recorporacion ó se presentan visiblemente aberrados. Con esto se nos ofrece clara la indicacion, unas veces de abstenernos, otras de repetir la aplicacion cáustica.

Que cada sustancia de éstas tiene un modo particular de obrar es evidente. Unas desorganizan más, otras ménos; unas apénas llevan su accion más allá de la superficie, otras penetran profundamente. Unas ablandan y forman detritus semi-líquidos; otras desecan y producen la momificacion. Unas atacan y desprenden el epidermis, cual sucede al amónico; otras encuentran una barrera infranqueable en el epidermis córneo, cual acontece con el cloruro de zinc. Unas matan totalmente la parte sin que ningun átomo de su propia sustancia pase al torrente circulatorio; otras, como el arsénico, son absorbidas y hasta pueden producir envenenamientos. Es, pues, evidente, y como evidente conocida, la proposicion que asentamos:

Cada sustancia cáustica tiene su modo particular de obrar.

Claro está que, genéricamente, todas desorganizan, pero en diferente grado y modo, que es el punto que sostenemos y de que vamos á ver si derivamos la doctrina de aplicacion práctica.

En los epiteliomas excrecentes ó rupiáceos, el epitelium proliferante (cualquiera sea la causa que determine dicha proliferacion anormal) (1) se deseca prontamente, tomando el tipo de epitelium córneo. Este cambio rápido, da explicacion del mayor número de los hechos sueltos ántes observados. Da cuenta de por qué los epiteliomas

(1) En otra ocasion trataremos este punto interesantísimo de patogenia.

excrecentes se cubren por una costra, al parecer rupiácea, y que áun puede remedar un cuerno, cual en el paciente de una de nuestras observaciones. En efecto; el epitelium seco y córneo que se fragua con actividad, aglutinado por la serosidad icorosa de la úlcera, y desecado al contacto del aire exterior, forma esas estratificaciones costrosas, de cuyo carácter me valgo para dar nombre al tipo.

La proliferacion epitélica de esta especie no da lugar á la generacion segunda de sus núcleos; éstos no se dividen ni evolucionan; mueren en flor, por decirlo así; no son fecundos, no se absorben, y si lo son por los tejidos subyacentes, no germinan en las partes próximas ni remotas del organismo. Por esta causa los epiteliomas de tal tipo permanecen largos períodos sin difundirse, sin infectar las glándulas vecinas y sin inficionar el organismo. Pero que se deje un año y otro abandonado este, al parecer, inocente padecimiento; que se cubra con emplastos y unguentos irritantes, y sobre todo que se le toque neciamente, conforme la desgraciada práctica comun, con la barrita de nitrato de plata, y la irritacion y el mayor aflujo capilar activará la proliferacion, se establecerá en un campo más profundo algun epitelium nuevo; en vez de desecarse y convertirse en córneo, tomará riqueza protoplástica suficiente para fecundar sus núcleos, proliferarán éstos á la vez llenos de vida, emigrarán hácia las partes interiores, á los linfáticos, á las glándulas, al torrente circulatorio y á todo el organismo.

Peligros que acarrea tocar los epiteliomas con nitrato de plata.

Se sostiene por muchos escritores que el epitelioma no se hace constitucional. Esto es un error, hijo de imperfecta observacion. Han valorado la menor frecuencia del hecho en los epiteliomas que en los escirros y encefaloides, como un carácter constante y capaz de establecer un deslinde esencial de naturaleza entre el epitelioma y el cáncer. Para poner de manifiesto el error de esta doctrina, nos basta fijar la atencion de los lectores sobre lo que sucede en el verdadero epitelioma de la lengua. La infeccion general aquí suele ser más rápida que en los escirros

mamarios. En los mismos epiteliomas del labio, cuando se afectan las glándulas submaxilares, éstas no evolucionan ciertamente como el epitelioma exterior que les dió orígen, sino como encefaloides tipos, con todas sus consecuencias.

Pero no nos alejemos de la terapéütica.

Que los epiteliomas, en cierto grado, se dominen por las pastas y polvos cateréticos que los destruyan, nada nos ofrecía de extraño; pero que se lograse su curacion por los simples y ligeros toques de una bolita de algodon más ó ménos impregnada en cloruro de zinc líquido, y áun en disolucion debilitada, eso es lo que paró nuestra inteligencia, estando á punto de volver las espaldas al problema, tapándonos los ojos con el gorro de la *virtualidad.*

Hay algunas cosas que sabemos por dentro, y que no sabemos hácia fuera. Las sabemos, sin poderlas analizar ni explicar. Así hubiéramos permanecido acerca de este punto si, dada la situacion de nuestro ánimo, el Instituto no nos hubiese suministrado ocasion de encontrar en nuevas observaciones la clave del enigma.

Observacion de un epitelioma del segundo tipo, figurando dos grandes úlceras de «ulcus rodens.»

Pidió entrada en la clínica Inocencia Galvan, natural de Castronuño, viuda, de cincuenta y ocho años de edad. Ofrecía una ulceracion que ocupaba la mayor parte de la frente, las cejas inclusive y el lado derecho de la cara, en la extension del maxilar y la nariz.

La antigüedad, la forma y aspecto del padecimiento, obligaban á declararlo un *ulcus rodens* extensísimo y de todo punto incurable.

Como el Instituto lleva por objeto, al par que un fin humanitario, un propósito científico, hicimos que se diera entrada á la paciente para que los profesores tuviesen ocasion de ver, examinar y estudiar un mal que, por repugnante y desesperado, pocos tienen ocasion de estudiar ni observar cuidadosamente.

Despues de conseguir asear las partes y los alrededores, aunque la bandera cubre la mercancía, y aunque el

lema de *ulcus rodens* tanto se aplica á ciertos lupus como á otro género de úlceras, al advertir la tendencia algo costrosa aquí y allá de la ulceracion, fuimos llevados á buscar el marco característico de nuestro segundo tipo de epiteliomas; y, en efecto, muy desfigurado, y perdido por los avances de la ulceracion, encontramos sus restos en algunos puntos. No era el primer caso en que el marco lo habíamos visto destruido casi totalmente cuando el epitelioma llegaba á ganar una extension muy grande é irregular.

La magnitud de la ulceracion nos obligó á ensayar con mucha prudencia los toques con el cloruro de zinc. Por otra parte, el escaso espesor de los tejidos de la frente, y la antigüedad del mal, tenían la úlcera sobre el coronal mismo. Nos contentamos con elegir un punto de la circunferencia, y allí, sobre un territorio de la extension de dos centímetros en cuadro, tímida y ligeramente pasamos la bolita de algodon. Algunos días despues aquel punto nos pareció mejor que los restantes, animándonos á repetir la cura y aplicarla al centro y punto más dañado de la frente. Pasados tres días, la parte primeramente tratada se hallaba visiblemente mejor, y la segunda ni peor ni más corroida. Así seguimos, quedando grado á grado más absortos al ver formarse islas de cicatrices sobre las partes que íbamos tocando, y ganar paso á paso el proceso curativo en la frente, en tanto que la cara, que dejamos sin tratar para que nos sirviera de comparacion, iba siguiendo su lento trabajo ulcerativo y terebrante, penetrando en el interior de la nariz. En vista de esto comenzamos á tratar el rostro, y el día que terminamos el ejercicio, aunque resta ulceracion para largo rato, y aunque es de temer en caso tan antiguo y grave una ó varias recidivas, no es ménos cierto que todos los compañeros á una deploramos no haber fotografiado esta enferma el día que la dimos entrada, para compararla con el estado presente.

El cloruro aquí, ni en los otros epiteliomas del primero ni del segundo tipo, lo hemos empleado á dósis propia-

mente cáusticas, si se exceptúa alguna vez de las que lo aplicamos al enfermo de Villafranca.

Explicacion del modo cómo obra el cloruro de zinc líquido en la curacion de los epiteliomas costrosos del primero y segundo tipo.

¿Cómo y por qué ha obrado? Véase lo que parece resultar de nuestra observacion:

El teatro de la proliferacion córnea epitélica ofrece una decoracion distinta en el primero (epitelioma excrecente rupiáceo) que en el segundo tipo (epitelioma de marco más ó ménos costroso).

En el primero, el proceso epitelial irrita las papilas subepidérmicas, provocando en ellas un crecimiento mayor ó menor, que á veces conserva la forma normal de la papila, siguiendo la exageracion de su desarrollo y dando lugar á una forma de epitelioma descrito por ciertos autores (epitelioma papilar, villoso, papiloma epitelial). Lo más comun es que las papilas tomen el aspecto de mamelones carnosos irritados, excrecentes, fungiformes. En estos mamelones se establecen los nidos epitélicos córneos; dichos mamelones se ulceran, se abren y echan al exterior su contenido, que se deseca y encostra. El proceso dura muchos meses, á veces años, sin pasar de aquí, hasta que sobreviene la complicacion que describimos anteriormente, por ó sin las causas que dejamos mencionadas. En estos casos, cuando los mamelones son muy excrecentes, el tratamiento lógico es rasparlos, raerlos con una espátula ó con un bisturí de filo embotado; esto es, reventarlos, machacarlos, exprimir su contenido, y acto continuo, apénas cese de correr la sangre con abundancia, pasar sobre aquella superficie la bola más ó ménos impregnada en cloruro de zinc. ¿Qué es lo que pasa, y por qué se verifica la curacion?

Dejemos la respuesta á lo que hemos observado en el epitelioma del segundo tipo, padecido por la enferma de que veníamos hablando.

La decoracion en este tipo dijimos que era diversa. Las papilas no están hipertrofiadas: casi todas se han necrosado en presencia del neoplasma; por eso dichas ulceraciones no son excrecentes, sino más bien corroidas; no se

elevan del plano epidérmico más que en las orillas, donde las limita el marco. El fondo cruento de la ulceracion es desigual, porque en unos puntos ha ganado la corrosion más que en otros; á veces se hunde en algunos sitios á manera de pozos, ó á modo de hendiduras cuando el padecimiento se halla muy adelantado; pero la superficie en sí misma es lisa, poco mamelonada. El epitelium, sin embargo, se anida formando grupos en esta capa cruenta, cuya propia estructura es embrionaria, y las células córneas, cuyos nidos se necrosan, forman costras aglutinadas con la serosidad y con la sangre. Estas son más delgadas, ménos secas y más caducas que las del tipo excrecente.

Una vez limpia la superficie, no hay necesidad ni conviene rasparla; los capilares subyacentes darían mucha sangre; basta pasar el cloruro de zinc líquido puro ó algo diluido para que observemos los siguientes fenómenos. La capa embrionaria se pone gris de roja que era, y la bolita de algodon barre y se emborra con un detritus grumoso blanco sucio. Son las células epitélicas anidadas en el estroma embrionario. El cloruro no ataca el epitelium, pero en cambio destruye y aniquila rapidísimamente la blanda y mal formada superficie embrionaria; el epitelium queda descubierto, aislado, libre, y el algodon lo barre y arrolla. Tal es lo que hemos visto sucedía en la enferma mencionada; observacion que, por otra parte, ofrece ciertas conexiones de relacion anatomo-patológicas con lo que la ciencia sabe respecto á la estructura de los neoplasmas, en que el epitelium entra como principal factor.

Sabido es que este elemento anatómico es el que da unidad á todas las enfermedades consideradas como cancerosas. El escirro está constituido por nidos de epitelium conformados en alvéolos de paredes fuertes, entramadas por tejido conjuntivo. El encefaloides ofrece igual estructura, sin otra diferencia que la de ser mayores sus alvéolos, más flojos, ménos gruesas sus paredes y ménos compactas, añadiéndose á esto más riqueza de capilares

sanguíneos y más jugos infiltrados. En los epiteliomas comunes correspondientes al tercer tipo, de cuyo tratamiento no nos hemos ocupado aún, el epitelium no se encuentra alojado en alvéolos perfectos, sino infiltrado en el estroma del tejido que afecta, coleccionado en masas más ó ménos extensas, á veces con cierta regularidad, semejando conos imperfectos, tubos irregulares ó prolongaciones en forma de dedos de guantes; pero el proceso penetra al interior de los tejidos, acometiéndolos hácia su profundidad. Se ve, pues, que todos estos padecimientos tienen ciertas semejanzas que los unen, y ciertas diferencias que permiten separarlos en especies distintas aunque de un solo género. En nuestro juicio, no existe más diferencia específica entre unos y otros afectos que la de que, en los llamados cánceres, el elemento anatómico primordialmente afecto es el *endotelium* de las glándulas, órganos, membranas y conductos internos, miéntras que en los denominados epiteliomas el elemento primordialmente afectado es el epitelium córneo, el epitelium exterior ó epidérmico. Resulta, por tanto, de nuestros estudios y observaciones, ya largos, por hacer treinta años que venimos persiguiendo este enmarañado asunto de los neoplasmas malignos, que hay en ellos unidad, y hay dentro de dicha unidad variedades. Que la unidad permite agruparlos en un género, y las variedades en especies y tipos.

He entrado en estas explicaciones de pasada, ligeramente, y sólo en cuanto ha sido preciso para dar la clave al lector del por qué y cómo que dejamos pendiente de resolucion páginas atras.

Si el lector medita sobre lo expuesto, verá, con cierta más luz que la que hasta ahora arrojan los tratados, algunos puntos oscuros que ofrecía la materia. Verá, entre otros, por qué son más graves los cánceres internos, ó cánceres de endotelium, que los epiteliomas ó cánceres de epitelium; comprenderá mejor el motivo de la mayor ó menor malignidad de cada una de estas especies y de cada uno de sus tipos, y podrá, que es lo que ahora procura-

mos, darse cuenta de los efectos de los tratamientos en los epiteliomas de que hemos hablado, y de las variantes á que obligan las diferencias anatomo-patológicas de sus respectivas estructuras.

Aunque no expresamente, ya dejamos indicada cuál es la disposicion anatómica del tercer tipo de epiteliomas; de los epiteliomas que desde la piel caminan hácia el interior, invadiendo los tejidos subyacentes, infiltrándolos, indurándolos difusamente, y pasando por los conductos linfáticos á las glándulas vecinas. Este tipo es el eslabon de paso entre los epiteliomas y los endoteliomas ó cánceres. Por esto, miéntras sólo está afectado el labio, el prepucio ó la lengua, la escena morbosa es meramente la que corresponde á estos padecimientos; pero cuando se interesan las glándulas, ya el cuadro es tan alarmante, tan grave y rápido como el de cualquier otro cáncer.

La terapéutica de este último tipo tiene que ser distinta. Nosotros no los hemos tratado generalmente, ni en la clínica ni fuera de la clínica, sino por extirpacion. En la matriz algunas veces, y una vez en la lengua, procuramos combatirlos por medio de la pasta de Canquoin. En alguna ocasion podrá ser preferible al bisturí, pero excepcionalmente.

Lo que importa es llevar la seccion todo lo más léjos posible de los puntos visiblemente indurados. Si los núcleos no han emigrado á las glándulas, la extirpacion por fuera del campo morboso es bastante eficaz. La dificultad estriba en que, ya por la naturaleza del órgano, cual sucede en la lengua, ya por otras circunstancias, no siempre podemos ir tan adelante en la extirpacion como fuera deseable.

Resúmenes de los principios que rigen la terapéutica operatoria de los epiteliomas.

Resumiendo: los epiteliomas ofrecen tres tipos:

El primer tipo, excrecente, se desarrolla hácia afuera y se cubre de una costra más ó ménos densa, cuyo carácter, fácil de observar clínicamente, puede darle nombre. Epitelioma rupiáceo, epitelioma costroso.

Este tipo es el más benigno de todos, en cuanto que, miéntras crece al exterior, su epitelium morboso se elimina, no se absorbe ni invade las partes subyacentes. Pero cuando por cualquiera causa se le excita, principalmente si se le toca con sustancias cáusticas inapropiadas, sulfato de cobre, nitrato de plata, etc., ó cuando, por abandono largo, el mal llega en su desarrollo á traspasar las capas de la piel, se hace tan grave como los otros tipos.

El tratamiento debe consistir en el raspamiento brusco de toda la superficie excrecente, previa separacion de la costra, y dicho raspamiento debe hacerse, conforme la mayor ó menor blandura de las excrecencias, ya con la espátula, ya con legra, ya con bisturí embotado. Acto continuo que se ha contenido algo la salida de la sangre por medio de lociones frías, ó sólo dejándola salir hasta que cese por sí misma, se pasa por la superficie cruenta una bolita de algodon bien apretada, y más ó ménos impregnada en cloruro de zinc líquido, tal cual resulta del cloruro sólido expuesto á la humedad del aire. La bolita es mejor que el pincel: se conduce con una pinza de curar y se tira despues que ha servido. Se remuda y cambia por otra nueva si se emborra, como es frecuente, con la sangre que aún mana de la superficie.

En esta primera cura, como en las sucesivas, no es necesario cauterizar profundamente; basta pasar el cloruro como quien procura sólo contener la sangre en la primera sesion despues del raspamiento. En las otras sesiones no debemos tampoco llevar el conato de verificar una cauterizacion honda; debemos proceder pasando leve y rápidamente la bola, como si tan sólo quisiéramos lavar la superficie cruenta. Una vez rotos los nidos epitélicos de los mamelones, apénas toca el cloruro de zinc las partes las desorganiza, no ejerciendo accion cáustica sobre las células epiteliales; y precisamente por esto mismo resulta la eficacia terapéutica del cloruro, puesto que el epitelium pierde el abrigo del campo donde germina, y se encuentra aislado, seco y en imposibilidad de evolucionar. Por esto

vale más repetir los toques en diversas sesiones que pecar, llevados de la inclinacion natural de destruir lo malo, á hacer una cauterizacion profunda.

El segundo tipo, corroente, se desarrolla hácia los lados, va ganando en extension lateral precedido de un reborde ó marquito hipertrófico de epitelium, que poco á poco va extendiendo las orillas de la ulceracion, á la manera que gana la quemadura de un punto central hecha sobre un pedazo de papel. Este tipo se cubre de costras más delgadas y ménos completas, y cuando el mal está muy adelantado dicho carácter se desfigura, aunque sin desaparecer del todo.

No es necesario raspar la superficie; basta sólo tocarla suave y rápidamente con la bola de algodon. Cuando la úlcera es muy extensa, no es preciso hacer esto de una vez en toda ella: puede procederse por partes.

Este tipo destruye á veces grandes regiones cuando se abandona el tratamiento. Es el que, á pesar de cuanto corroe, ofrece ménos tendencia á infiltrar los tejidos hácia lo profundo ni á infectar las glándulas, y la razon es obvia. Corroe lo que infiltra, y la capa embrionaria que, á modo de sudario, cubre todas las partes atacadas, aisla, cierra los vasos absorbentes y las lagunas por donde pudiera verificarse la emigracion. Ademas, el epitelium sembrado en este campo embrionario es córneo y poco apto para determinar segundas generaciones.

El tercer tipo, indurado, en sus principios suele aparecer como un botoncito duro, correspondiendo á la piel y á la parte subyacente. Un exámen ligero en dicho período le da semejanza al chancro sifilítico ó indurado. Despues el núcleo crece en el espesor mismo de las partes, y aunque se declara el mal á la vista, mejor en la piel que en los otros puntos, el tacto siente que sigue por los profundos de más en ménos, pero sin poder señalar con fijeza la línea precisa donde termina.

Este epitelioma ofrece una organizacion anatomo-patológica más complicada y grave; el epitelium no puede ex-

foliar ni eliminarse; se ve obligado á obrar cuando ménos como cuerpo extraño é irritante en el espesor de la trama de los tejidos. Prolifera impregnado de sucos proto-plasmáticos, se supernutre, increciendo múltiples núcleos é infinitas granulaciones fértiles que pasan por los linfáticos á las glándulas.

Este tipo es muy comun en la lengua, y tambien en el labio inferior.

Es preciso recomendar sin descanso á los prácticos que no contemporicen con estos afectos, segun sucede por desgracia. Tan luégo como, pasados quince días, un paciente que ofrezca una induracion más ó ménos exulcerosa en la lengua ó el labio no cure por el simple aseo, no se pierda tiempo, y opérese ó consúltese.

De este tipo fallecen muchos individuos por las dudas, las vacilaciones y la pérdida de tiempo. Claro está, dada la estructura morbosa, que aquí no cabe más tratamiento útil que la pronta y amplia extirpacion con el bisturí. Si el enfermo fuese extraordinariamente tímido y resistiese operarse, mejor que consentir las dilaciones se le debe tratar acto continuo con un cáustico enérgico. El que uso y satisface más, es el siguiente:

Harina de trigo.	ãã 10 gramos.
Cloruro de zinc.	
Precipitado rojo.	1 —
Oxido blanco de arsénico. . .	5 centigramos.
Agua.	c. b. para hacer pasta.

Si hay que aplicarla sobre punto cubierto de epidérmis, se denuda previamente pasando sobre la parte que se quisiera privar del epidérmis una bolita de algodon mojada en amoniaco cáustico. El cloruro de zinc no ataca el epitelium córneo. Hé aquí el secreto de cómo y por qué cura ciertos epiteliomas. Hace lo que sucede cuando quitamos la tierra á una maceta. Es el modo más seguro de matar la *planta*.

Publicamos el curso anterior, en *El Siglo Médico*, una conferencia acerca de los lipomas gigantes. El tiempo es cosa preciosa, y no nos agrada perderlo en repetir lo dicho; mas como quiera que se concedió á tan humilde trabajo más consideracion que á otros, tememos, si damos aquí ahora por supuesto que se leyó lo publicado, dejar poco inteligibles las adiciones que el material clínico de este año nos permite hacer.

Dos son los ejemplares de lipomas gigantes que han venido en el año actual á nuestra clínica; ambos corresponden á mujeres cuyas historias, muy sumariamente hechas, agregadas á la del año pasado, componen el capítulo con que nos es dable contribuir al esclarecimiento de tan interesante materia.

Conferencia sobre los lipomas gigantes de las extremidades inferiores.

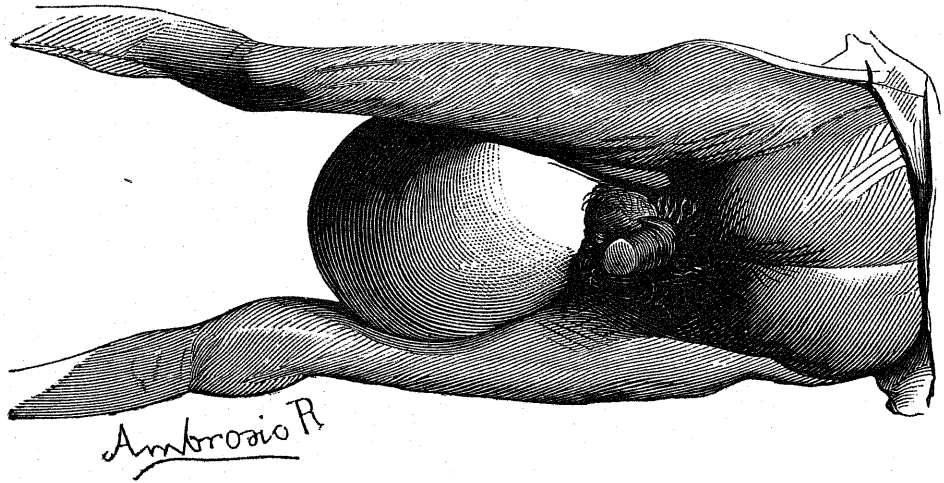
Jerónimo Blanco, de sesenta y dos años, casado, natural de Madrid, sastre, de temperamento sanguíneo, buen género de vida. No hay antecedentes de familia, ni ha padecido más enfermedades que hemorroides.

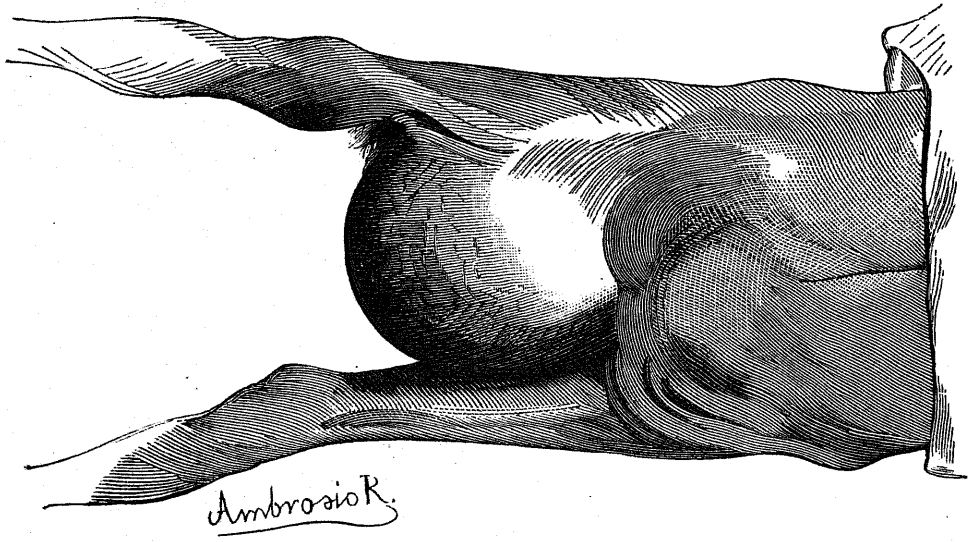
Hace diez años que, sin causa á que poderlo atribuir, se le presentó un tumor pequeño en la parte media é interna del muslo izquierdo que no le ocasionaba molestia alguna, y que lentamente ha ido aumentando de volúmen.

Infinidad de medios que no recuerda ha usado, sin notar alivio alguno; hace cuatro años le hicieron una puncion en el tumor que no dió salida á líquido. El 1.º de Octubre ingresó en la clínica, presentando el siguiente estado actual:

Demacracion considerable, digestiones difíciles, vómitos, diarrea, pulso pequeño (84 pulsaciones).

En la parte interna del muslo izquierdo, y extendiéndose desde la ingle hasta el tercio inferior del muslo, presenta un tumor piriforme, liso, sin cambio de color en la piel, presentando en casi toda su extension fluctuacion como de un líquido espeso; en la parte inferior y en la posterior se notan en algunos puntos masas más ó ménos extensas, y que ofrecen la consistencia del tejido grasoso;


Ambrosio R.


Ambrosio R.

y la interna de este enorme saco se advierten sensaciones de textura enteramente distintas. Puedo resolveros esta justa duda, gracias á una desgracia de mi práctica. Hace algunos años fuí avisado por un señor comprofesor, cuyo nombre no recuerdo; vivía en una calle próxima á la Plaza de Anton Martin, y gozaba por todos aquellos barrios de mucho concepto como tocólogo. Hallábase en cama, tenía fiebre, acusaba gran dispepsia, tenía vómitos, y refería acertadamente su padecimiento á un tumor, trasunto y gemelo al que acabais de ver. Cual persona inteligente, hízome una historia perfecta; dijo que le apareció un lipoma en la parte superior anterior del muslo izquierdo, que grado á grado fué creciendo, pero que por no ocasionarle incomodidades, y por falta de valor despues, y no permitírselo sus ocupaciones y compromisos, no se decidió á extirparlo. Que así pasaron años, hasta adquirir tales proporciones que ya hicieron la operacion demasiado peligrosa, tanto en su juicio como en el concepto de los compañeros á quienes había consultado. Resignóse, por consiguiente, á soportar las molestias que el volúmen y el peso le ocasionaba, pasando así hasta lo último; pero notándose débil, febricitante é imposibilitado de ocuparse en su ejercicio, deseaba saber si de algun modo podría conseguir su curacion.

La historia, la forma y las sensaciones del tacto en determinados puntos, no me dejaron duda de que se trataba de un inmenso lipoma, considerando la blandura y el bazuqueo que notaba en grandes extensiones de su superficie procedentes de la fundicion, y quizá supuracion interior de una parte del tumor. Despues de pensar varios días en el asunto, y apremiado por la gravedad que iba adquiriendo el estado general del paciente, me pareció oportuno hacer una exploracion, punzando con una aguja del aspirador de Dieulafoy el centro fluctuante. No conseguí extraer más líquido que como una onza de papilla difluente, amarillenta, sucia, oleaginosa y rojiza, y sólo á beneficio de fuertes aspiraciones.

Examinada aquella sustancia, resultó formada por grasa, cristales de colesterina, de margarina y glóbulos de sangre, unos muertos y deformados, y otros frescos y en regular conservacion.

En mi visita inmediata encontré al paciente con más fiebre y más abatido. Volví á la tarde, y estaba en una situacion alarmante; parecía presa de un acceso de intermitente perniciosa. Descubrí el sitio de la puncion, y le hallé rodeado de una ligera areola erisipelatosa. Salí de casa del paciente muy preocupado, en la seguridad de estarse desenvolviendo la septicemia, y sólo por efecto de una simple puncion exploradora. Al día siguiente la situacion era más grave todavía, y tuve necesidad de ordenar los Sacramentos. La zona erisipelatosa se había extendido considerablemente, tomando un color vinoso. Dos días despues se había gangrenado la piel.

Dividida con tijeras para separar algo aquellas podredumbres, pude ver la disposicion interior de las partes, y de aquí que pueda ahora daros cuenta de lo que pasa en el seno del tumor de este enfermo y resolver la duda que justamente se os ha ocurrido.

Era el tumor un lipoma, que en muchas partes conservaba la propia textura. En los puntos más distantes del centro de adherencia habían sufrido las células grasosas, poco vitales de suyo, la necrósis, derramando su grasa, que, mezclada á sus cristales propios, formaban una pulpa con los mismos caractéres que ofrecía lo extraido por la exploracion. Las partes atacadas de necrósis constituían grandes antros rellenos por los detritus, y las paredes de estas cavernas ó geodas las formaban largos festones y masas lobulares constituidas por tejido conjuntivo, células grasosas y asas vasculares. Había, pues, ocurrido en este caso dos trabajos opuestos en el interior del tumor: uno de regresion y necrósico, otro de generacion, ó mejor reformacion hipertrofica en los lóbulos periféricos del lipoma, adquiriendo así una especie de existencia independiente de la propia del tumor general en que se encontraban

contenidos. Dicha disposicion me hizo recordar la forma que adquieren los paquetes grasosos cuando se desenvuelven en una cavidad libre, cual sucede normalmente en el abdómen en los animales cebados, constituyendo lo que vulgarmente se conoce con el nombre de *pellas*. Sin duda los lóbulos grasosos periféricos á los puntos necrobióticos resisten ser atacados de muerte en virtud de una mayor vascularizacion, y en virtud de la falta de presion en que se encuentran al desaparecer los tejidos que se van fundiendo; y así, agrandando poco á poco, reforzando los trabéculos de tejido conectivo, y creciendo en su vascularidad, toman el aspecto de masas festoneadas, cual sucede fisiológicamente en las cavidades libres.

Ved, pues, cómo se explican las sensaciones que ofrece á la exploracion el tumor que acabamos de examinar.

En la region posterior se encuentran los elementos originales del lipoma en estado normal; en la parte interna é inferior están fundidos; en la parte anterior, y hácia las proximidades de la línea media del muslo, hay partes lubulares duras correspondientes á las *pellas* hipertrofiadas y libres.

Mas por importante que sea el diagnóstico en esta clínica de terapéutica operatoria, sólo nos interesa bajo el punto de vista de las aplicaciones prácticas. Este enfermo ha venido aquí para que le curemos, y lo que es preciso resolver es si es posible curarle ó no.

Mi práctica en estos tumores gigantes de las extremidades inferiores, es escasa; se reduce al enfermo actual, al señor comprofesor cuya historia he referido ligeramente, á otro enfermo idéntico del Sr. D. Santiago Encinas, sobre el cual tuvo la bondad de consultarme, y á otro tumor que padecía en una pierna nuestro distinguido colega el doctor Carretero.

No deben, pues, ser muy frecuentes estos lipomas gigantes en las extremidades inferiores. Y lo más extraño que se ofrece en el particular, consiste en la diferencia que se observa en el curso de estos tumores, comparándolos con

la que guardan cuando nacen en las partes superiores del cuerpo.

En dichas partes recuerdo haberlos observado muchas veces. Los he visto nacer de la posterior del cuello, de las laterales, de las regiones posteriores del tronco á diversas alturas, de ambos costados y de las regiones lumbares. Los lipomas gigantes de estas partes á que me refiero, y cuya magnitud ha variado desde la de una cabeza de adulto hasta la de una calabaza de Rota, no han presentado ningun punto reblandecido por el trabajo de regresion. Recuerdo ahora uno operado por mí hace algunos años en este mismo hospital. El enfermo era un hombre de más de cincuenta años, empleado en una estacion de ferro-carril; su lipoma nacía de la axila derecha y llegaba hasta la pélvis; á pesar de su extraordinaria magnitud, no ofrecía ningun punto reblandecido. Despues de operado pude hacer un exámen prolijo del tumor, y sólo hácia la extremidad inferior existían algunas células de grasa muertas, pero no descompuestas ni desorganizadas.

Así, pues, aunque no sea imposible que en los lipomas nacidos en el cuello y tronco ocurra el trabajo de necrósis y de reorganizacion conjunta que hemos observado en los de las extremidades inferiores, hasta ahora parecen hechos correspondientes sólo á los que nacen en las partes bajas del cuerpo, debiéndose probablemente esta singularidad á los efectos de los éxtasis circulatorios, mayores en las extremidades inferiores que en las superiores y en el tronco.

Por más que el tejido grasoso y los lipomas pequeños y áun medianos sean poco vasculares, cuando el lipoma adquiere con el trascurso del tiempo grandes magnitudes, se vascularizan más de lo que á primera vista parece. El lipoma se constituye por infinidad de lóbulos, y éstos se limitan por trabéculos y tabiques más ó ménos extensos, y más ó ménos fuertes de tejido conectivo; por entre dichos tabiques recorren los vasos, cuya circulacion de regreso debe ser necesariamente más lenta en los lipomas de las extremidades inferiores. Ello es que entre la masa detrí-

tica que rellena las geodas se ve mezclada sangre muerta, sangre extravasada, dando al tinte melado sucio de los detritus grasosos en muchos puntos el color rojo y oscuro de la hematina.

Cuando por vez primera se ve uno de estos tumores gigantes de las extremidades inferiores, queda turbado el ánimo del práctico ante el problema del diagnóstico. La sensacion de bazuqueo se toma como sensacion de fluctuacion; y esto, con el contraste que produce notar en ciertas partes una solidez superior á la que corresponde á los lipomas, alejan el ánimo del verdadero diagnóstico. Pero volviendo á la terapéutica, de cuya cuestion nos hemos alejado, bueno será que comencemos por preguntarnos á nosotros mismos lo que el enfermo nos pregunta: ¿tiene cura su tumor?

Diré á Uds., en verdad, que he recomendado al enfermo que viniese á la clínica con el objeto de estudiar este punto y poderlo resolver. Desde luégo y sin trabajo convendremos todos en que por medios farmacológicos es imposible obtener la curacion.

Pero, ¿y por medios quirúrgicos? Al presente me inclino á la negativa; pero ántes de decidir, bueno será que lo pensemos.

Aquí nos encontramos apremiados por la certidumbre de una muerte próxima. La demacracion del paciente, su diarrea, sus vómitos pertinaces, su fiebre de remisiones, todo declara que absorbe algo su organismo de los detritus del tumor. Ciertamente, no tienen sus síntomas los caractéres de una puohemia, pero se parecen, y es que no se reabsorbe pus, sino detritus grasosos; pero de todas suertes la alteracion general del organismo no es ménos cierta, y sus resultados, aunque más lentos, no ménos letales. Esta certidumbre de la muerte vecina nos apremia y nos hace considerar que existe una indicacion urgente de hacer algo, áun cuando sea tan grave cual lo es la amputacion alta del muslo, ó su decolacion.

Pero ahora llega su turno á esta pregunta: ¿Se limitará

el tumor con estas operaciones? Por la parte lateral externa seguramente; mas por la parte interna y posterior, el reconocimiento nos deja muy dudosos. A primera vista parece indiferente, dada la resolucion de desarticular el fémur, que el tumor pueda ó no limitarse en los cortes; pues siendo de naturaleza benigna, poco podría importar que se dejasen algunos paquetes hipertróficos de grasa en la superficie de seccion; pero si recordamos la estructura que hemos dicho que adoptan los tejidos en este caso, ya la opinion varía en gran manera. Podemos caer en el centro de una ó varias geodas y dejar sus paredes detríticas formando la superficie cruenta; podemos dividir algunos tumores secundarios, dejando las superficies que las corresponden con sus pequeños pero numerosos vasos abiertos, en disposicion eficaz para reabsorber los productos de la herida, y dar orígen á hemorragias en sábana, penosas y graves por el estado deficiente del enfermo. En los problemas quirúrgicos hay asuntos en que se puede transigir con la eventualidad; pero hay otros en que no es posible esta transaccion, y de todos, el que se impone con mayores exigencias es el problema anatómico. Sin tener grandes probabilidades de poder vencer los obstáculos anatómicos que una operacion ofrezca, no es posible en buena práctica arriesgarse á ejecutar un acto quirúrgico. De presente puedo decir á Uds. que necesito aún explorar muy detenida y repetidas veces el tumor por sus partes altas para decidir esta cuestion; otra surge inmediatamente, y es la que paso á indicar.

La práctica me ha enseñado que el estupor traumático está en relacion con la magnitud de las mutilaciones y el peso total del individuo. Sigue la misma ley que las quemaduras y que la accion de las sustancias tóxicas. Así como dos centigramos de morfina no causan efectos tóxicos en un animal de x peso y determina la muerte de otro animal de $x - b$ peso, de igual suerte una masa mutilada de x peso no causa el estupor en un individuo de x . 10 y lo determina mortal en otro de x . 5. Así, tendreis ocasion de

ver en estas clínicas que las amputaciones de piernas ó antebrazos no determinan casi nunca el estupor, en tanto es muy frecuente en las amputaciones del muslo, y más á medida que la mutilacion es más alta.

En una persona gruesa y de mucho peso se pueden extirpar tumores muy voluminosos sin que ocurra el estupor, miéntras que otro tumor de igual peso y volúmen extirpado en un individuo de pocas carnes trae la muerte por efectos del *shock*, que llaman los ingleses.

Por tales razones, hoy por hoy me inclino á no emprender la operacion; que no hemos venido aquí sólo para aprender á obrar, sino que tambien para aprender á abstenernos. Seguiremos, sin embargo, estudiando las condiciones de las partes; lo meditaremos más, y aunque el enfermo desea operarse á todo trance, expondremos á la familia la verdad del caso; celebraremos consulta, y pues todos somos compañeros, se hará lo que acuerde la mayoría.

Observacion de Manuela Sanchez

Manuela Sanchez, de treinta y cuatro años de edad, regularmente constituida, en mediano estado de carnes, nos consultaba sobre un tumor que padecía en el muslo izquierdo desde siete años á la fecha. Descubierta la parte, presentaba un tumor que, empezando en el pliegue de la ínglе, descendíá hasta encima del cóndilo interno del fémur. Su forma era ovoidea; la mayor anchura correspondía hácia el tercio superior del muslo, cubriendo la region anterior, la interna y parte de la externa del miembro, elevándolas otro tanto de su natural volúmen.

Los datos que la enferma suministraba, y sobre todo la tactacion, permitían hacer con claridad el diagnóstico. Se trataba, en efecto, de un lipoma gigante.

No surgía allí más problema que el quirúrgico.

¿Era operable ó no?

Caso de ser operable, ¿cómo?

Las dificultades para resolver los dos puntos, procedían exclusivamente de la magnitud.

El tumor estaba asentado en las regiones antedichas; era infra-aponeurótico, y por consiguiente se había extendido ántes en la base que en las otras superficies. Debía necesariamente cobijar la femoral en casi todo su trayecto, desde la salida del arco crural hasta el conducto aponeurótico del triceps. Los músculos, comprimidos, debían hallarse algo atrofiados, y lóbulos secundarios del lipoma ganado sus intersticios más ó ménos.

Todo podía preverse dado el conocimiento de la region anatómica y la preconcepcion fácil de sus modificaciones patológicas. Pero la herida necesaria para enuclear tan extenso tumor, á medirla por la apreciacion objetiva de la base, tenía que resultar más extensa que la de la amputacion por el tercio superior del muslo.

No obstante, debía tenerse en cuenta la gran diferencia que hay entre herir la contigüidad y herir la continuidad. Por grande que sea una herida de contigüidad, resulta menor en sus efectos traumáticos que otra herida relativamente más pequeña de continuidad. Sólo por esta consideracion parecían resolverse los dos problemas planteados. La operacion, por extensas que fuesen las regiones sobre que había de actuar, podía hacerse por despegamiento en mucha parte y por diseccion en otra, siguiendo la contigüidad anatómica dé los órganos.

En vista de las expuestas consideraciones, decidimos ejecutar la extirpacion.

Quedábanos estudiar otros puntos secundarios relativos á la técnica, ya para huir el peligro de lesionar otras arterias á más de la femoral, musculares, etc., ya para obtener el mayor campo de accion posible con el menor número de incisiones.

La manera cómo realizamos los predichos fines, se declara con referir el procedimiento que empleamos.

Se trazó una incision curva á convexidad interna que, partiendo del triángulo de Escarpa, descendía contorneando la línea interna del muslo, hasta venir á ganar cerca del tendon del recto femoral la parte anterior é inferior

del mismo muslo. En este tiempo calamos la piel y la aponeurósis, asomando varios lóbulos del lipoma, que, al hallarse sin la opresion aponeurótica, aparecieron entre los labios de la herida. Algunas venas superficiales daban sangre, pero de ese modo que indica que se va á suspender por sí. No hicimos caso, y comenzamos á despegar la cara anterior del gran lipoma, á fin de atacarlo por su flanco externo, más lejano de vasos importantes. Así se llevó á efecto, en parte con los dedos, en parte con el bisturí. Traíamos dicho borde hácia dentro por medio de tracciones en la masa morbosa, y de esta manera acortábamos la distancia que teníamos que recorrer. Así llegamos al punto de contacto de la base por su línea externa, y acto seguido, dilatándola con los dedos, y cuando era preciso con el instrumento cortante, pudimos ir volcando el tumor hácia su línea interna. En el giro de vuelco es claro que el tumor venía poniéndose boca abajo, esto es, dando la base hácia el lado superficial. Este ataque y despegamiento por el fondo se veía interrumpido por los lóbulos secundarios, que se entrometían en intersticios más profundos; pero como tumores pequeños que relativamente eran á la totalidad de la masa, la traccion de ésta, ayudada del dedo, que, siguiendo dichos lóbulos, rompía los tractos fibrosos en que estaban engargolados, vencía la dificultad. De tal manera volvimos el tumor, quedando sujeto por su borde interno y lado interno de su cara anterior, sin haber tenido que herir ni ligar ninguna arteria. La femoral quedaba á la vista en el fondo de la cavidad resultante. Las musculares permanecían ilesas. Las demas se hallaban en planos distantes y no se veían. El caso era que no existía ningun vaso que sangrara, y que, á virtud de pocos cortes corridos entre el borde interno del tumor y la cara interna del aponeurósis superficial, el lipoma fué extraido.

Aún no había pasado al período de degeneracion oleiforme. Hallábase en el segundo período, en el que se caracteriza por la vida independiente que cada lóbulo lipomatoso adquiere por sí, haciéndose el tumor único en su

orígen, multilobular, y cada lóbulo por sí otro lipoma grande. Ya comenzaba, sin embargo, á indicarse el trabajo regresivo en la masa mayor y más antigua. En varios puntos de su interior se hallaban placas y pelotones de colesterina.

Quizá hayamos molestado con exceso á los lectores refiriendo los detalles de la operacion; pero lo deben perdonar si consideran que, habiendo practicado varias otras operaciones en otros enfermos de la clínica que habremos de mencionar, y bajo iguales principios, la detencion de ahora nos evita mayor detencion despues.

Naturalmente, tuvimos que dar muchos puntos de sutura y drenar por tres. Hízose la operacion y las curas por el método de Lister. No sobrevino fiebre, y la primera semana todo prometía una curacion prontísima y feliz. Dos de los tubos fueron expulsados por no hallar cavidad que los pudiera contener. Á duras penas manteníamos el restante, que las carnes empujaba. Los puntos de sutura ya se habían separado, y el estado general de la operada no podía ser mejor. Estábamos deseando que volaran los días para darla de alta. La erisipela reinante en las Salas nos traía inquietos, y no sin fundamento. Efectivamente, el escalofrío vino, la fiebre alta, los vómitos, y su cortejo tan graduado nos hizo prever que la erisipela iba á presentarse intensa y grave. Aquel día se presentó dolor en el muslo; ordenamos que por la tarde se volviera á levantar el apósito, y caso de aparecer las primeras indicaciones del eritema, se tocase con la disolucion argéntica. En la visita del siguiente día estaba declarada la erupcion, y por nuestra propia mano cauterizamos su campo y los inmediatos. Así continuamos adelantándonos, por decirlo así, á la erisipela en su manifestacion externa; pero no por eso, ni por impedir su evolucion dermatopática, pudimos evitar el curso de los síntomas generales. La enferma perdió mucho con las fiebres, los vómitos y el malestar. La herida cicatrizada no se reabrió, pero cambió su aspecto blando por otro seco. El muslo, de color pálido, se puso

gordo, y la enferma, de carnes regulares que tenía, vino rápidamente á flaca y envejecida. Despues de esto, algunos puntos se entreabrieron y comenzó á salir pus clarucho. Venía, no de focos, sino de partes subaponeuróticas endurecidas, unas aquí, otras más allá. Unos se resolvían, otros comenzaban á indicarse, y en dicha marcha siguió el padecimiento mucho tiempo. Al fin todo se fué aplacando, y el muslo tardó en venir al volúmen propio de la delgadez en que la enferma estaba. Entró en convalecencia. La herida volvió á cicatrizarse y no exigió cuidado; y ántes que otro nuevo accidente hospitalario viniese á amenazarla, preferimos dar el alta, haciendo que un profesor asistiese á la enferma á domicilio hasta el completo restablecimiento.

Así se verificó en todas sus partes.

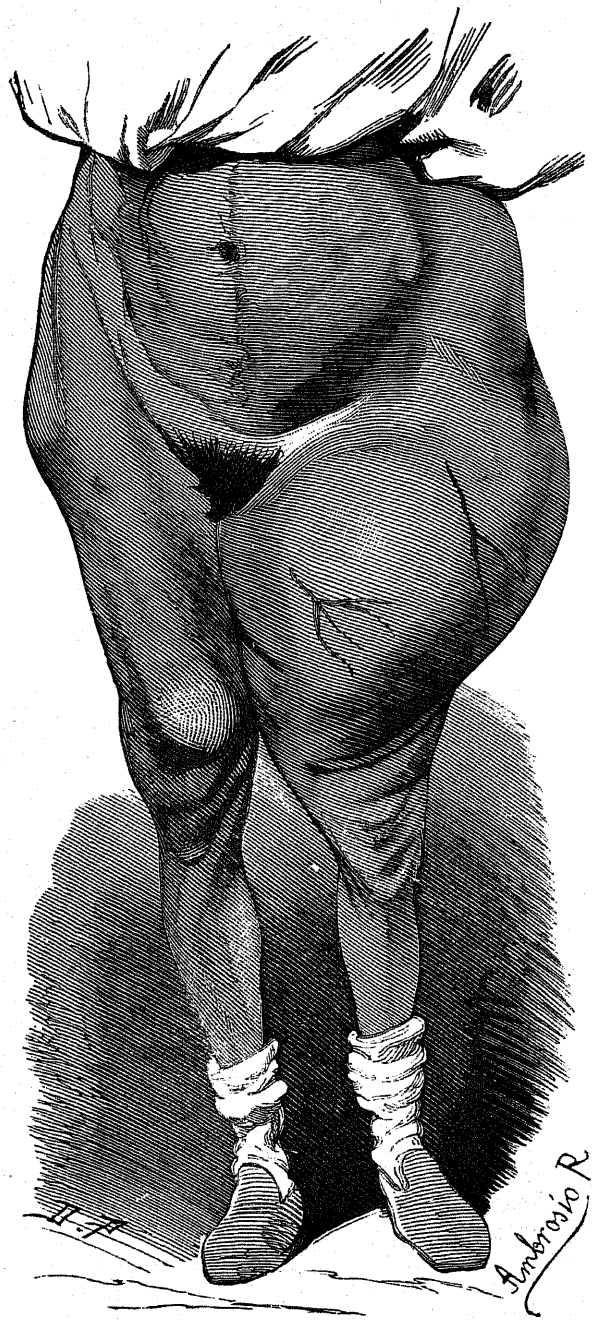
Nos preguntamos varias veces si hubiera sido mejor en esta operada no oponernos tanto á la evolucion en la piel de la erupcion.

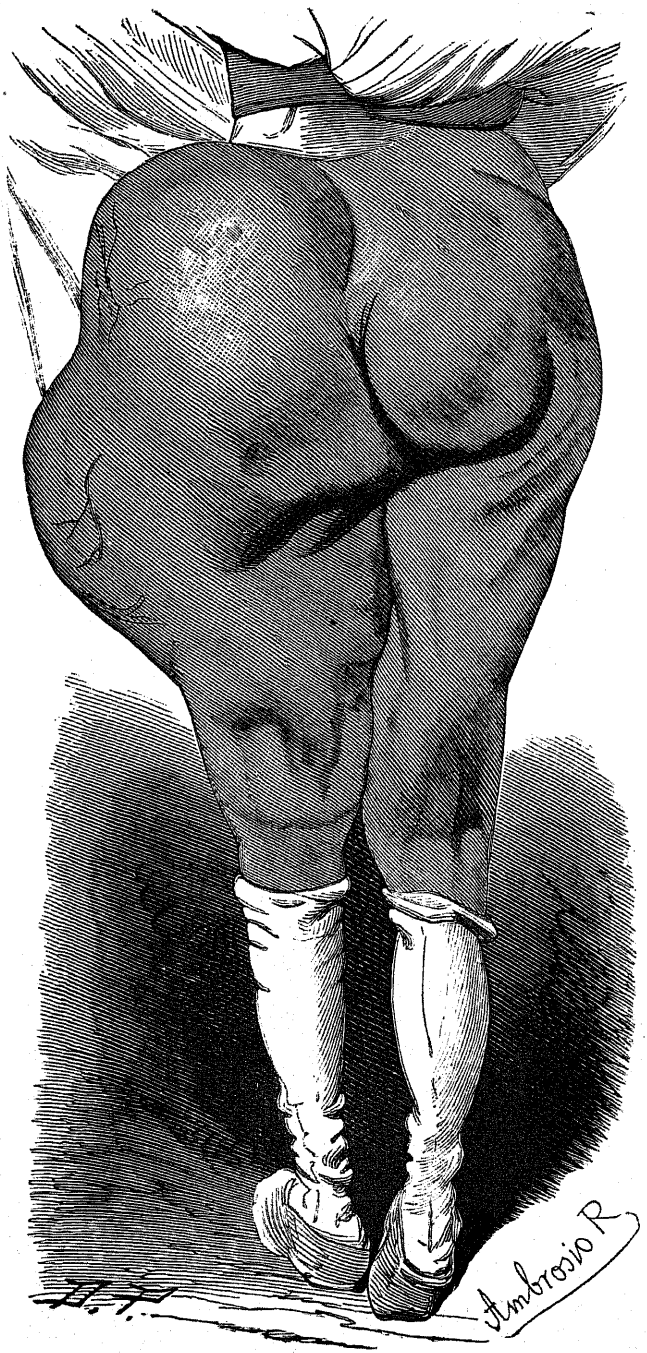
Abrigamos algunas dudas. Aquellos nódulos esclerótico y aquellas supuraciones infiltradas, ¿se habrían evitado dejando la erupcion en libertad de desenvolverse en la superficie?

En fin, saltando graves peligros la enferma se salvó, quedó curada de un tumor que á poco más hubiera sido inoperable, y nos dimos por contentos.

La observacion que antecede corresponde á un lipoma gigante del tipo del de Jerónimo Blanco. Ménos avanzado en sus últimas evoluciones, pero sin otra diferencia, á ellas hubiera llegado con el tiempo y á terminar tambien por la muerte, cual ya se aproximaba, en lo tocante á magnitud.

La observacion de que ahora vamos á dar cuenta, corresponde á otro tipo de lipoma gigante de la extremidad inferior; tipo que ciertamente no es la primera vez que vemos, estando tambien seguros de que algun lector ha de recordar haber visto algo semejante.


Ambrosio R


Ambrosio R

Ramona Cerezal, de cincuenta años, mediana de cuerpo, buen color, carnes blandas, natural de Tordesillas (Valladolid). Observacion de Ramona Cerezal.

Es una de esas enfermas elocuentes que, expresándose bien, hablan sin incongruencia, pero tanto y tanto que no concluyen nunca. Llegamos á su cama el primer día, y al cabo de media hora de escucharla todavía no pasó del prólogo, y estábamos sin saber á dónde dirigir la atencion. Como entre cosas mil entendimos que acusaba dificultades al defecar, la suplicamos que suspendiera su elocuente relato, dejándolo para írnoslo dando por entregas, permitiéndonos por el pronto reconocerla.

Con intencion de examinar el recto la descubrimos, y encontramos la monstruosidad de que el adjunto dibujo dará idea.

Los padecimientos que grado á grado se desenvuelven, haciéndose consuetudinarios, borran la atencion del que los lleva, y le vienen á ser cosa tan una, tan propia y natural como las narices.

Así se explica que durante media hora la enferma nos hablase de todo ménos de lo que tanto saltaba á los ojos.

Procuramos llevar sus facultades narrativas á que nos diese cuenta del orígen y marcha de la deformidad de su muslo, y ¡que si quieres! lo mismo que si la hubieran pedido que hiciese la historia del orígen y crecimiento de sus manos. Allá tiraba por los trigos de Dios como una interminable taravilla. Con decir que tuvimos que prohibirla el habla y dejar las averiguaciones para otra vez...

A retazos, tapándola la boca y educándola pacientemente para que diera contestacion seca á cada pregunta seca, pudimos sacar en claro que años atras dió una caida; sintió algun dolor en la cadera que duró más ó ménos, pero que al fin desapareció. Tras largo tiempo despues notó un bulto hácia la nalga; como cosa nueva la causó extrañeza, y consultó á un facultativo y á otro, y á muchos más. Cosa firme no hubieron de decirle, excepto uno que le aseguró tenía dislocado el hueso del muslo. Es de ad-

vertir que despues del golpe la enferma anduvo, y que en todo el tiempo pasado y en el presente de aquella consulta la interesada seguía andando sin dificultad y sin molestias. Pero al profesor le vino la idea de que el fémur estaba dislocado, y cuando se llena el ojo con un pensamiento, lo tapa tambien para ver más. El caso fué que tiraron y tiraron de la pierna, y que á poco más la pierna, que desempeñaba bien su oficio, no pierde la gracia. Dejáronla en paz, todos aspeados y dudosos. Pero como el maldito bulto seguía allí, pensó el facultativo que para la dislocacion vendría muy bien un aparato ortopédico.

Hízose, en efecto, y la enferma achaca á piés juntillas y dispara su elocuencia queriéndonos probar que el aparato, con sus roces y correas, fué el que la hinchó el muslo, poniéndolo en el estado en que se ve.

No hay para qué nos detengamos á probar que dicha apreciacion es inexacta. Basta echar una ojeada al grabado. El tumor estaba ya iniciado cuando se tomó como una lujacion. Cuando se puso el aparato, la enfermedad venía en desarrollo; y como lo tuvo colocado mucho tiempo, en él creció más la enfermedad, pudiendo, á lo sumo, los roces y las compresiones favorecer, pero no originar el patohisto.

Tiró el embeleco, y no se acordó en mucho tiempo de su pierna gorda, aceptándola como cosa propia y carne de sus carnes.

Pasaron años, y como nueva enfermedad sin relacion con ningun antecedente, en concepto de la interesada, comenzó á notar molestias de parte del vientre bajo, sensaciones indefinibles, y que por lo mismo pugnaba por definir y describirnos, excitada al ver que resistía la cosa al poder de su facundia. La época crítica había pasado ya sin accidente; los síntomas que quería referir no daban cuadro histérico. En puridad, todo era que quería defecar y no le era posible, y que cuando no pensaba en ello, traidoramente se le salía un poco; iba al excusado, y ni por los catalanes. Lo mismo, sobre poco más ó ménos, le pa-

saba con la orina. En ocasiones reventaba, en otras incontinencia.

La vida de esta pobrecilla es muy penosa. Aunque nada se la puede hacer ya para curarla, la mantenemos con gusto en la clínica. Nos ha servido de estudio. Fija ahora y áun llena en la Patología una laguna, y bien merece que la caridad le preste asistencia, albergue y alimento.

En efecto; el caso muestra los desórdenes á que puede dar lugar un lipoma, no obstante la benignidad que se le concede.

Vivir condenado á no salir del lecho y su alrededor por lo que dure la vida, es una condena á cadena perpetua. Verse una parte del propio cuerpo tan deformado y monstruoso, el hábito podrá hacerlo soportable; pero no es la resignacion, es la desesperacion que ya agotó su ira, y que se cambia en insensibilidad.

¿Y es sólo esto?

La presente observacion declara que no termina aquí la escala de los sufrimientos. La enferma tiene gran disposicion á padecer los decúbitos agudos. A poco que se descuide ó la desatienda la enfermera, ya es acometida de esa penosa y grave ulceracion.

Ha tenido fiebres de reabsorcion, con su lengua pastosa y sucia, el sabor repugnante de la boca y la aversion á los alimentos animales.

Luégo cesa este cuadro.

Luégo vuelve á aparecer.

Qué relacion tengan los fénomenos y síntomas observados con el lipoma gigante, creemos que al lector se le alcanzará. Para nosotros que los hemos visto vivos en el original, sobre la misma enferma, parece cosa clara; pero como no es lo mismo lo vivo que lo pintado, y nuestra descripcion va saliendo desteñida, expondré la significacion y relaciones que dichos síntomas y fenómenos tienen con el lipoma gigante en este caso.

Imposibilidad de defecar. — Observando el tumor en la region de la nalga, reconociendo á la mujer bimanualmen-

te por el vientre y la vagina, se encuentra que el lipoma, penetrando sus lóbulos secundarios por la escotadura isquiática, ha invadido y rellenado la cavidad de la pélvis. Con esto, apénas contrae los músculos abdominales para efectuar la defecacion ó la emision de la orina, cuando la masa grasosa, comprimida de arriba á abajo, se dilata trasversalmente, y retenida en su dilatacion trasversal por las paredes óseas de la pélvis, cierra oprimiendo el tubo intestinal intra-pelviano, así como la uretra.

Escape involuntario. — Lo determina el mismo mecanismo. La propia llenura del intestino ó la vejiga cuando la enferma, distraida, no contrae el vientre, y con mayor frecuencia hallándose acostada, determina la salida involuntaria.

Sospechando lo dicho, dimos ciertos consejos á la enferma para que obrase acostada despues de ponerse alguna lavativa y que no hiciese fuerzas; con lo cual respecto del excremento, y con la sonda respecto de la orina, mejoramos bastante la penosa situacion que ántes procuraba, con escaso fruto y más inconvenientes, dominar en virtud de los purgantes.

Tendencia á las ulceraciones por decúbito agudo. — Este fenómeno dependía de varias causas. Primero, el peso inusitado de la pélvis. Segundo, la posicion violenta y poco variada á que la obligaba la misma deformidad. Tercero, la frecuencia del escape de orina y excrementos. Cuarto, probablemente, la compresion de los nervios sacros.

Fiebres accesionales con boca pastosa y de mal sabor, vómitos, etc. — Estos síntomas del aparato digestivo la molestaban de cuando en cuando; pero en un período se acentuaron mucho, y nos obligó á administrar con escaso fruto el cocimiento antiséptico, una alimentacion vegetal y el uso de los ácidos. No nos cogía de sorpresa, por haber observado iguales fenómenos en el enfermo del año pasado.

Como en aquél, lo referimos en el presente caso á la absorcion de los detritus grasos de las partes lipomatosas

venidas á regresion. Por hacer algo y por ver sus efectos teníamos entónces á la paciente bajo la accion de un tratamiento electro-terápico. Nos quiso parecer que las sesiones tenían alguna relacion de coincidencia con la agravacion de los síntomas, y en efecto, era así. Ordenamos la suspension de la electro-terapia, y la interesada mejoró. Las corrientes empleadas activaban el movimiento de reabsorcion, pero la grasa reabsorbida perjudicaba la totalidad del organismo.

Nos resta muy poco que decir.

El tipo que describimos se diferencia algo, en cuanto á la forma, del tipo anterior. En el primero, un tumor muy grande desenvuelve de sí otros menores, siguiendo todo el curso sin perder su jerarquía; esto es, la importancia que le presta la mayor magnitud y antigüedad.

En el segundo, el tumor originario queda oscurecido ó postergado entre la multitud de masas secundarias que se van desarrollando cada una de por sí, amasándose y entrelazándose segun lo permiten las condiciones anatómicas de las regiones invadidas. Podría decirse que el tipo de que ahora hablamos sigue una marcha más difusa y que abarca en redondo todas las regiones.

Resulta, pues, mejor que un lipoma gigante, una *lipomacia gigantesca.*

¿Por qué adquieren estas enfermedades más extension en las extremidades inferiores que en las demas partes del cuerpo? La cuestion bien merece la pena que la examinemos.

No hay duda que en el cuello, en la espalda y en los hombros, pueden desarrollarse grandes lipomas. Nosotros los hemos visto. Pero en verdad que ni suelen adquirir tanta base, ni tan grandes ser frecuentes. El motivo, á mi parecer, es puramente anatómico.

En el cuello, en el hombro y en las otras partes superiores, las aponeurósis de cubierta son más débiles que en el muslo. Cuando en aquellas regiones se hipertrofia un paquete grasoso haciéndose centro proliferativo, la ley de

gravedad por un lado, y la menor resistencia de las aponeurósis, permiten el desarrollo del tumor hácia afuera, y á poco viene á tener por único contentivo la mera piel. Descansando sobre ella la arrastra modelándola al contenido que la empuja, entrando seguidamente el factor de gravedad á dar al conjunto una disposicion péndula, y finalmente pediculada. De este modo vemos colgar del cuello y del hombro lipomas que adquieren el tamaño hasta de la cabeza de un adulto, pero que, áun dada esta magnitud, dista mucho de las que toman en las extremidades inferiores. En ellas el lipoma infra-aponeurótico no nace gigante, pero crece como todo lipoma; se encuentra retenido por la cubierta fibrosa, y se achata; se desenvuelve hácia la circunferencia, y se insinúa por entre los intersticios musculares. Léjos de reducir sus puntos de conexiones vasculares y nutritivas por el hecho de la pediculacion, aumenta y extiende la base sobre todo el campo que abarca, adquiriendo así más puntos de aportes nutritivos.

Por otra parte, el miembro no declara la naturaleza del tumor oculto; áun ya deformado y monstruoso, pasa mucho tiempo ántes que la aponeurósis *fascia lata* se debilite y permita percibir á su traves las sensaciones tactiles propias de los lipomas. Aleja tambien la sospecha de los profesores la difusion que notan en las regiones. Habituados á ver los lipomas formando un tumor esferiodeo, no pueden sospecharlo cuando sólo aprecian un relleno macizo que se extiende por regiones considerables. Más tarde acomete la regresion alguno de sus territorios, y el tacto da aquí una sensacion blanda, pastosa, allí dura, más acá fluctuante, con lo cual aumentan las confusiones y las dudas.

Careciendo los códices dogmáticos de observaciones especiales y doctrinas acerca de estos lipomas infra-aponeuróticos de las extremidades inferiores que hemos denominado *lipomas gigantes,* nos parece útil el conato de llenar el vacío, dedicándole en el presente relato una parte de la atencion que le hemos consagrado en nuestra clínica.

Notables y dignos de referencia nos parecen los casos de sarcomas que hemos tenido ocasion de observar y de tratar en el presente ejercicio.

Por sus magnitudes merecían tambien algunos la calificacion de gigantescos. Dejemos hablar á sus historias.

Observacion de Saturnina Hernandez.

Saturnina Hernandez, de sesenta y ocho años, decía haber notado su pecho derecho duro y tirante desde un año, aumentando dichos caractéres hasta adquirir el estado en que se nos presentaba.

Ancianita consumida por esa momificacion que á veces produce la edad, pequeñita de cuerpo y rostro alegre.

El pecho derecho, esférico en su forma, contrastaba con la pequeñez y flacidez atrófica propia de la edad que mostraba el izquierdo. La coloracion de la mama afecta era rosada, algo lustrosa. El pezon no se hallaba sumido, más bien grueso. No sentía punzadas, pero sí molestia y tirantez. Los ganglios axilares no ofrecían novedad. La tactacion de la mama la encontraba fija, como un todo inmovible; consistente mejor què dura, igual en su compactibilidad por todos los puntos, algo depresible á la compresion, con cierta elasticidad. La piel formaba un todo con las partes subyacentes: no se podía deslizar; hallábase algo engrosada, y dicha alteracion corría un poco más allá de la circunferencia del pecho, principalmente hácia la semicircunferencia inferior.

A pesar de las dificultades que suelen entrañar los diagnósticos de los tumores del pecho, el caso presente resultaba claro. No era adenoma ni poliadenoma; éstos no acometen la piel sino cuando la ulceran, y no la fijan y aunan al tumor por toda la superficie. Evidentemente no era escirro. Ni la dureza, ni la retraccion del pezon, ni el estado de las glándulas axilares, favorecían tal juicio. Ménos un encefaloides. Sobre los caractéres negativos de los dichos tumores estaban bien patentes los del sarcoma, y un sarcoma resultó en efecto, del tipo conocido con el nombre de pequeñas células redondas.

La operacion estaba indicada. Los sarcomas no suelen presentarse frecuentemente en la vejez, pero, cuando ocurren, no se detienen y siguen una marcha destructora. Lo contrario sucede en los escirros. En la mama al ménos, pasando la mujer de sesenta y cinco años, quedan estacionarios ó siguen una marcha atrófica, compatible con la prolongacion de la vida (1).

Nuestra conducta en tales circunstancias, se reduce á no aconsejar la operacion. Realmente, no hemos tenido motivo para arrepentirnos. La mayor parte de esas enfermas murieron de otras cosas al cabo de más ó ménos tiempo.

No abonaba nuestra práctica igual conducta respecto á los sarcomas en los viejos. El tejido sarcomatoso es más vital que el del escirro, y no cuenta á su favor la lentitud y escasas facultades creadoras que la ancianidad muestra por lo comun en sus funciones.

Extirpamos el pecho circularmente, esto es, con la piel inclusive, dejando una herida redonda de la magnitud proporcionada á la totalidad del pecho. Llegando la alteracion bien á lo hondo, quedaron al descubierto parte de dos costillas. La viejecita se cloroformizó bien y no ocurrió accidente posterior á la operacion. Fué uno de esos ejemplares en que el acto quirúrgico no perturba en poco ni en mucho la generalidad del organismo. La curábamos por el método de Lister, y para todos era caso de curiosidad ver una herida tan extensa, en una ancianita tan momificada, marchar con tanta lozanía y perfeccion cual pudiera en la jóven más sana y de mayor pureza humoral. Así llegó hasta cicatrizar cerca de la mitad de la circunferencia. En este punto la acomete la erisipela, y no hay para qué decir lo que pasó. Lo que luchamos y por cuánto

---

(1) Refiero este aserto á nuestras observaciones hechas en Andalucía, donde las mujeres, al llegar á la vejez, suelen acartonarse como la enferma de la historia. Es probable que en otros países, cuyas razas conservan las carnes sin perjuicio de la edad, no suceda lo mismo.

tiempo, llenaría muchas páginas. Tomó la erisipela el carácter flegmonoso, y en el costado derecho produjo un antro supurativo que duró hasta final del curso. Pasaremos por alto cómo se pondría la herida, cuántas fueron las fiebres, á qué grado alcanzaron las perturbaciones gástricas. Apuntaremos solamente que la ancianita fué administrada una vez, y que como entre si se muere ó no se muere pasaba tiempo y parecía que cada uno era ya el último momento, volvían á administrarla, y así se repitieron las administraciones tantas veces, que perdimos la cuenta.

Despues que pasó la agudeza de la erisipela, no disminuyó el peligro. Las perturbaciones gástricas y la diarrea, que, aunque dominada, sacaba alguna que otra vez la cabeza, agotó á la paciente, que á fuerza de no tener ya nada que perder, resistía, sin embargo, tantos embates. Los cuidados, no desesperar, cuidarla estando á morir como si estuviese para vivir, y hasta el carácter alegre de la ancianita, contribuyeron al milagro de sacarla adelante. Tuvo las piernas edematosas. Convaleciente, quiso levantarse del lecho y carecía de fuerzas para incorporarse. Pero ni desistía ella ni desistíamos nosotros, y en tan testarudo empeño venció la vida y adelante salió satisfactoriamente curada del sarcoma y de las consecuencias de lo demas.

Observacion de Manuel García.

En 15 de Noviembre se dió entrada á Manuel García, jornalero, de treinta y ocho años de edad, natural de Langreo. Alto, grueso, rojo, ancho de espaldas, de fuertes carnes sin obesidad, representaba un tipo atlético. Hacía cinco años que notó un tumor en la region deltoidea del brazo izquierdo. En el acto del reconocimiento ofrecía el volúmen de la cabeza de un niño de teta. Hallábase parte debajo del deltoides, otra parte por delante y otra por detras. Había venido creciendo lentamente en los principios, y con mayor rapidez luégo. Causaba dolor continuo como de atirantamiento, quitaba la fuerza al brazo é impedía su uso; con lo cual, dificultando el trabajo de que vivía el paciente, le obligaba á reclamar la operacion.

Diagnosticado el tumor de sarcoma, fué confirmado el diagnóstico por el exámen macro y microscópico: sarcoma de células redondas. Fué operado el 17.

Fué necesario dividir el deltoides y disecar el tumor, que no se prestaba al despegamiento por sus firmes conexiones y por surgir del periostio de la cara externa del húmero, desde por bajo de su gran tuberosidad hasta el fin del borde exterior de la corredera. Hasta el 20 no advertimos novedad. Consistió en la invasion de alta fiebre con hinchazon del brazo y de la espalda. Rápidamente corrió las etapas de una erisipela flegmonosa, que terminó por gangrena difusa. Ni las profundas y extensas incisiones que le hicimos, ni las prolijas curas, repetidas tres y cuatro veces diariamente, pudieron evitar la muerte, que sobrevino doce días despues de la operacion.

El caso de que acabamos de dar cuenta despertó en nosotros olvidadas ideas. Referíanse á la *vulnerabilidad quirúrgica de los atletas*, asunto del mayor interes que trataremos aparte más adelante, para no interrumpir ahora nuestra marcha.

Observacion de Antonia García.

Antonia García, natural de Besullo (Oviedo), de edad de cincuenta y siete años. Alta, bien conformada y algo enjuta.

Desde que pudo observarlo habían pasado tres años. Advirtió una cosa como un pan en la parte posterior de su muslo derecho. Era indolente, y así continuó hasta que, exagerándose el volúmen con el discurso del tiempo, notó tirantez, molestias, y luégo dificultades para andar.

Hallamos la region posterior del muslo considerablemente deformada y crecida en su volúmen, doble por lo ménos que el opuesto. Evidentemente, residía por bajo de la aponeurósis. No resultaba fácil distinguir si se trataba de un lipoma gigante ó de un sarcoma. Diagnosticamos lo último, fundados sólo en la igual lisura que daba la tactacion en todos los puntos y en su consistencia elástica.

Operamos por una sola incision vertical desde el plie-

gue de la nalga hasta el espacio poplíteo, desbridando despues la aponeurósis á uno y otro lado de la comisura superior. Con esto pudimos separarlo de la cara interna de la aponeurósis introduciendo la mano, despegándolo y volcándolo fuera. Nunca hemos visto tumor de tanta magnitud prestarse tan fácil. No tenía adherencias, y realmente no hubo necesidad de recurrir al bisturí más que para dilatar ampliamente la piel y la aponeurósis.

El tumor pesó cinco kilos y cincuenta gramos; era un sarcoma tambien de células redondas.

Ni hubo fiebre ni ningun otro accidente. La herida, tratada por el método de Lister, cicatrizó por primera intencion y la enferma fué dada de alta.

Observacion de Miguel Alvarez.

Vino al Instituto el 25 de Mayo, recomendado por nuestro compañero D. Adolfo Moreno Pozo.

Es un hombre mediano de cuerpo, robusto, casado y de cuarenta y nueve años de edad. La historia de su tumor era confusa; databa la fecha advertida de 30 meses atras. Entónces residía en el centro de la parte anterior del muslo, y latía á la vista y al tacto. En el momento de nuestro reconocimiento el tumor ocupaba toda la region anterior del muslo, desde el pliegue de la ingle hasta la vecindad de la rodilla. No latía á la vista, pero levantaba la mano aplicada para reconocerlo. Su consistencia, su elasticidad, la lisura en unos puntos y ciertas granulaciones en otros, nos indujo á diagnosticar un sarco-lipoma: un tumor mixto sarcomatoso en unos puntos y grasoso en otros. Su latir era evidentemente producido por la femoral que estaba subyacente.

Estábamos entónces muy amenazados de las enfermedades reinantes en las salas, y no quisimos operar al paciente, aconsejándole que concurriese al Dispensario todas las semanas hasta ocasion más propicia para operarlo.

En efecto; volvimos á darle entrada el día 26 de Abril, ocupando la cama núm. 8.

Teniendo presente lo ocurrido al operado anterior, Ma-

nuel García, no operamos á éste desde luégo, sino despues de prepararlo, haciéndole una sangría el 27, otra el 28 y otra el 30. Ya con el pulso blando y el color perdido, le operamos el 1.º de Mayo. La operacion fué en un todo semejante á la que practicamos en la enferma del lipoma gigante, y que describimos minuciosamente páginas atras para ahorrarnos ahora repeticiones.

No sobrevino fiebre ni accidente posterior á la operacion, si se exceptúa un pequeño absceso hácia el medio de la herida, que supuró algun tiempo, y que, como todo lo demas, se halla firmemente cicatrizado; para evitar algun accidente hospitalario lo enviamos á su casa, donde siguió asistido breves días por un compañero del Instituto, dándole de alta definitivamente.

Otros casos de sarcoma hemos asistido en el presente curso; pero son ménos importantes, y no queremos dilatar nuestro trabajo con lo que carezca de vital interes.

Ya por ofrecerlo demasiado no incluimos aquí el resultado de nuestros estudios sobre los sarcomas del cráneo. Merecen capítulo aparte, puesto que se trata nada ménos que de la enfermedad tenida por incurable, conocida hoy en la ciencia con el nombre genérico de *fungus de la dura madre.*

No cesaremos de deplorar esa tardanza con que se acude al socorro de las enfermedades crónicas quirúrgicas, y sobre todo al tratamiento de los tumores.

Pretender que siga la naturaleza una conducta esencialmente distinta en las enfermedades externas que en las internas, en las agudas que en las crónicas, es quimera. Esencialmente las enfermedades propiamente dichas, las que no consisten en simples trastornos funcionales pasajeros, que terminan por sí mismos, las que constituyen una cosa estable por alteracion constitutiva de la organizacion, podrán curarse en los principios, pero en sus fines la mayoría de veces resultan incurables.

Nada dice contra esta afirmacion que de los cuatro

grandes sarcomas referidos hayan curado tres. Porque, ¿á costa de cuántos riesgos? Y sobre todo, porque mirando el asunto del lado de la satisfaccion que nos produce, es escasa; sintiendo acerca de ellos cómo habernos librado de la angustia de los peligros operatorios, pero quedando oprimidos por el temor de que un día ú otro aparezca la recidiva (1).

De los lipomas, á pesar de su carácter benigno, puede decirse cosa parecida. Un lipoma gigante en el curso anterior y dos en éste, tres; de los cuales dos han sido absolutamente inoperables ni áun por desarticulacion del muslo, y uno sólo curado á duras penas, á costa de un acto osado, que, de haber tenido otro éxito, hubiese puesto en conflicto nuestra conciencia.

Procuramos no olvidar, para seguir cierto órden, que vamos tratando de varios puntos relativos á cosas que, con motivo del ejercicio presente, hemos tenido que ampliar, corregir, afirmar ó desechar sobre lo ya establecido en el relato del ejercicio anterior. Nos parece que así resultarán al cabo depuradas las verdades, fundadas en bases más exactas y en hechos progresivos.

Conveniencia de los tratamientos activos en las artritis.

Ya en el curso pasado declaramos opiniones contrarias al tratamiento expectante de las artrítis.

La observacion de los casos que anotamos nos hicieron ver que de suyo, cuando traspasaban los límites de una cierta agudeza, iban derechos á la estrangulacion, á la supuracion y á la cáries. Aparte de las artrítis reumáticas, que naturalmente se resuelven, y de las artrítis secas, que suelen terminar en anquilósis, las traumáticas, y las que se consideran como manifestacion del escrofulismo ó de la

---

(1) En efecto; el Sr. D. Ambrosio Rodriguez vió este verano, en Astúrias, á Antonia García, con el sarcoma reproducido, teniendo que operarla otra vez ántes que tomara el anterior volúmen.

tuberculósis, llevan una marcha casi siempre fatal, y cuando ménos tan larga, tan penosa y perturbadora que quita toda duda respecto á la necesidad de tratarlas activamente por recursos de terapéutica quirúrgica.

Por desgracia, en nuestro oficio no se llegan á adquirir las fuertes convicciones sino á expensas de desengaños y dolores. La doctrina que dejamos expuesta era la que abrigábamos el curso pasado. Fué debida á la experiencia de cuatro artríticos perdidos y otros que salieron solamente aliviados. Otros casos tuvimos en que fué necesaria la amputacion, algunos que curaron en virtud de tratamientos quirúrgicos activos, y, finalmente, otro que quedó en la Sala, permaneciendo en ella hasta casi los fines del presente curso, y de cuya penosa historia vamos á dar conocimiento.

Observacion de Francisco Gonzalez.

Francisco Gonzalez, veinticuatro años, mediana talla y constitucion; casado, vecino de Barajas (provincia de Madrid), carnicero, buena conducta y buen carácter, con lo que se captó el cariño de enfermeros, hermanas y de todos los que le asistíamos. Es posible que esto mismo fuera causa de que, empeñados en sacarle adelante por medios incruentos, le hayamos hecho sufrir más para perderlo al fin.

Ingresó en 22 de Noviembre de 1880, ocupando la cama núm. 18. A la fecha de su entrada llevaba dos años de padecer una artritis crónica de la rodilla derecha, procedente de un esguince (rotura parcial del ligamento lateral externo).

Tratado sin éxito por la quietud, la compresion suave con esponjas y vendaje de franela, la fijacion del miembro y el agua caliente, fué preciso dilatar la articulacion por dos incisiones, una externa y otra interna, que dieron poco pus; pero algunos días despues, por la externa, comenzaron á venir enormes cantidades, que procedían en su mayor parte de un flemon difuso corrido entre el fémur

y el triceps femoral, segun lo que pudimos reconocer á beneficio de las sondas.

Se trató por inyecciones fenicadas abundantes, frecuentes curas, tónicos y reconstituyentes.

En 16 de Julio se colocó al enfermo en una gotiera de suspension para evitarle los movimientos, que en las curas, y al defecar y orinar, resultaban muy dolorosas. Pasó perdiendo los meses de verano. A principios del último curso el enfermo estaba sumamente pálido. Había soportado grandes fiebres de reabsorcion. Las supuraciones agotaron los grandes focos, pero el muslo quedó extraordinariamente infiltrado y edematoso.

En tal cronicidad, el enfermo no dejaba de tener cierto apetito y hacía las digestiones medianamente. Por otra parte, estaba ronco y tenía tos; no era fácil discernir lo que ya dominaba, si el estado primitivo local, ó el estado consecutivo general. Habíamos andado demasiado camino en direccion de las contemplaciones, y ya no era tiempo de recurrir á la reseccion de la rodilla, que fué lo que debimos haber hecho visto el resultado de las incisiones.

Así pasamos, procurando inútilmente levantar aquella decaida naturaleza. Se aproximaba otra vez el fin del curso, y el enfermo, con grande desconsuelo, deseaba tentar algun recurso poderoso. La reseccion no tenía lugar; la amputacion, muy problemática en su éxito.

No obstante, su estado general no era peor que el de un viejo que por causa igual amputamos en el mismo caso, y el suceso nos animó á hacer la operacion á nuestro pobre enfermo. Llevóse á cabo el día 8 de Mayo. Tercio inferior del muslo, á dos colgajos. Terminada la operacion, mortificaron enormemente al operado los calambres del muñon. El miembro amputado se hallaba sumamente edematoso, pero el opuesto no; al contrario, delgado en correspondencia con una demagracion muy avanzada. Al día siguiente de amputado, el edema había venido á llenar repentinamente el miembro esquelético. Despues apa-

reció el edema en el escroto y el miembro. La herida, pálida, supuraba un mal pus; la voz acabó por quedar afónica, y falleció el día 23 del mismo mes.

La autopsia no pudo ser completa. Puso de manifiesto la pieza amputada una artrítis fungosa, y todas las modificaciones blancas que describimos en los artículos publicados en *El Siglo Médico* sobre la responsabilidad morbosa de los tejidos.

Ya podrá el lector suponer, si se pára á considerarlo, qué cúmulo de dolores hemos tenido que presenciar, y áun sufrir, para llegar al firme convencimiento de que á todo riesgo y costa es precisa, es necesaria la práctica quirúrgica más activa.

Cierto que, en medio de gran número de casos prácticos, cuyos resultados dictan cierta conducta, aparece alguno que impulsa á seguir otra diversa. Ese es precisamente uno de los motivos que hacen ardua y difícil nuestra profesion. Á juzgar por lo que en otros asuntos acontece, debe depender de cierto atraso en el conocimiento perfecto de la materia.

Ha de suceder aquí lo mismo que nos sucedía respecto de los epiteliomas. Antes de saber lo que dijimos páginas atras, todo nos parecía en ellos caprichoso: sus varias formas, sus diversos cursos, sus diferentes resultados ulteriores al tratamiento. Por el contrario, mejor estudiado el asunto, nos parece todo propio y motivado de la necesaria evolucion á que circunstancias conocidas y analizadas los obliga. Lo propio es que los astros sigan su órbita; si de ella se desvían alguna vez, una causa tan natural como la que traza la línea ordinaria la debe haber desviado.

Pero de todos modos, cuando la razon apénas tiene sobre su propia intuicion otras fuentes de conocer más que los sentidos, ¿qué tiene de extraño que, en presencia de hechos contradictorios, dude, y el ánimo se cohiba y la mano se abstenga?

Á pesar de todo, segun la experiencia propia y los juicios que la observacion nos han obligado á hacer, tenemos

hoy el firme convencimiento de que, fuera de ciertas excepciones, las artrítis exigen un tratamiento quirúrgico más activo que el que informa la práctica generalmente seguida.

Las periostítis peri-articulares, las osteítis de su vecindad y las cáries, son padecimientos asociados que se desenvuelven los unos en pos de los otros, igualemnte que diversas alteraciones en los tejidos blandos cuando una articulacion se encuentra afecta. Es sumamente raro que el mal contenga sus evoluciones en un solo tejido. Aun la mera sinovítis, que al parecer subsiste por largo tiempo reducida á los límites de su membrana, los traspasa en realidad y los trasporta á partes de mayor importancia, segun puede el lector ver en la observacion de Simon Santos, que con otro motivo más adelante se publica.

Demos sucinta cuenta de otro caso conexo á la materia de que tratamos.

Práxedes Díaz. Reseccion de la rodilla derecha.

Práxedes Díaz, niña de doce años, natural de Valdemanso; morena; debilitada por la enfermedad, que data de dos años.

Ofrece su rodilla derecha los caractéres del llamado tumor blanco. Varias fístulas abiertas á los lados y parte posterior, fluyen la serosidad puriforme indicadora de la cáries. La piel de las vecindades se halla alterada por una erupcion de impétigo crónico, cuyas pústulas, supurando, se encostran, producen mal olor y aumentan el desagradable aspecto de las partes.

La rodilla, deformada por la hinchazon de los huesos, se halla en flexion fija. Los conatos para enderezarla son ineficaces y dolorosos al mero intento. El pulso es pequeño y frecuente; el calor, normal unas horas, otras algo elevado; escaso el apetito; las digestiones sin alteracion.

El simple aspecto de las partes declaraban la incurabilidad, atrayendo la idea de amputar por el muslo.

La reseccion de la rodilla no parecía fácil, dada la situacion de la piel, acribillada por las fístulas, exulcerada, costrosa y reblandecida por el impétigo. Sin embargo,

sentimos tanta repugnancia á amputar la pobre niña, que nos decidimos por la reseccion con ánimo de hacer la amputacion en último término.

La primera incision trazó un colgajo desde un cóndilo á otro, descendiendo á nivel de la espina de la tibia. Disecado y levantado, atacamos el ligamento rotuliano penetrando en la articulacion. Se hallaba fungosa, y las partes internas muy destruidas. Disecamos la extremidad inferior del fémur hácia arriba, hasta donde perdimos las sensaciones irregulares al tacto. Aplicada la sierra, concluimos de desprender el fragmento. Hallábase cariado, y más hácia su cara posterior. La tibia no parecía cariosa, pero el dedo, comprimiendo sobre su cara articular, la hacía ceder como cosa fofa. Con el bisturí, tal era la blandura, cortamos varias rebanadas de la extremidad del hueso, llevándonos así en redondo la mayor parte de las tuberosidades. La rótula fué extraida. No hubo que hacer ligaduras. Bien lavado todo con disolucion de cloruro de zinc, se colocó un drenado de cerdas en forma de sedal, terminando con hacer la sutura del colgajo.

Esta operacion es más fácil que la amputacion y ménos cruenta. Sólo se necesita saber disecar y que el bisturí vaya, obedeciendo la mano, pegado á la cara posterior de los huesos, á fin de no herir la poplítea. Siempre que sea posible, debe reemplazar á la amputacion en el tratamiento de las artrítis avanzadas al grado que se dicen tumores blancos, artrocaces, etc.

Despues de la operacion no ocurrió novedad. El estado general de la niña vino mejorando. La herida supuró bastante, siendo preciso curarla dos veces al día. Lo molesto aquí y lo más difícil, era mantener la pierna en forma y posicion. El estado de la piel no consentía el vendaje escayolado, y la necesidad de las curas dobles y del aseo, obligaba á un apósito muy sencillo. Despues de varios ensayos para resolver tan simple, pero á la vez tan dificilísimo problema, nada nos salió mejor que convertir en fanones dos sábanas dobladas y arrolladas. La extremidad operada que-

daba en el hueco formado por los rollos, que sostenían por dentro y por fuera el miembro, sujetos por tres ó cuatro vendoletes. Una compresa untada en vaselina cubría la region herida, quitándola y poniéndola con la frecuencia que exigía la necesidad de mantener las partes en perfecto aseo. Así nos compusimos y arreglamos bien. A pesar del estado deplorable en que la piel se hallaba, el colgajo cicatrizó perfectamente, al punto de ser difícil reconocer su línea.

Para oponernos cuanto fuese dable al acortamiento del miembro, empleamos la extension permanente en virtud del aparato de traccion que con varios motivos hemos dado á conocer. Saco de arena que, por una cinta pasada por una polea fija á los piés de la cama, actúa sobre el miembro, por el intermedio de dos manos de esparadrapo adheridas á las partes laterales de la pierna.

Siguió sin novedad la curacion. Separamos el drenado, y la nueva coyuntura quedó algo movible. No sabemos si terminará por anquilósis absoluta, ó si subsistirá algun juego útil. Por lo demas, el éxito no puede ser más satisfactorio. La cortedad del miembro no guarda proporcion con la pérdida de su esqueleto. Siete centímetros marca la medicion comparativa, y se disimulan por un zapato de alza.

Vínculos de unidad etiológica y patogenética unen estos afectos articulares y huesosos, con lo que hemos dicho relativamente á los fenómenos procedentes de las roturas de los ligamentos comunes vertebrales, torceduras de la espina, cáries de las vértebras y determinadas paraplegias.

La doctrina, sencilla y complicada á un tiempo, de todos estos afectos, se funda en la ley de la *responsabilidad morbosa de los tejidos*. Sobre la materia publicamos ya algunos apuntes en la RESEÑA del año anterior, en varios artículos de conferencias del presente, y en la sumaria comunicacion verbal que tuvimos el honor de hacer ante el Congreso médico de Sevilla. Dichas notas me relevan aquí la obligacion de tratar de la materia. Para ha-

cerlo ligeramente, lo escrito escrito está. Puede leerse en la RESEÑA del pasado curso, en la coleccion de *El Siglo Médico* y en las actas del Congreso. Para tratar el asunto con la amplitud que su interes exige, se necesita contar con más espacio del que ahora podemos disponer.

MATERIALES NUEVOS

RECOGIDOS EN EL PRESENTE EJERCICIO, Y CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS QUE DE ELLOS SE DESPRENDEN

Enfermedades contagiosas.

Hemos tenido, por desgracia y por fortuna, ocasion de observar y combatir tres que llamaremos endémicas, en nuestras Salas, y las tres debidas, sin duda, á evidentes contagios. Una de disentería, otra de erisipela, y la tercera de gangrena hospitalaria.

Gran temor impuso á nuestro espíritu cada una, compensado por la satisfaccion de haber podido reducir sus estragos á exiguas proporciones, dada la desoladora gravedad con que comenzaron.

Mas alejando la vista del punto comparativo entre el daño amagado y el daño producido, no podemos ménos que deplorarlo. Nos obligó en primer lugar á suspender por tres períodos distintos las operaciones, á aligerar las clínicas y suspender nuevas entradas, defraudando una parte de los beneficios que nos prometíamos. La endemia disentérica contribuyó, si no en todo en mucha parte, á que se malograse el resultado de una extirpacion de la matriz á los veintidos días despues de ejecutada.

La endemia erisipelatosa retardó las curaciones y puso en grave peligro muchos operados, haciéndonos sospechar que influyó en el mal éxito de algunos.

La gangrena hospitalaria, vencida una vez, volvió á retoñar en la clínica, ganándonos de la mano por una impre-

vision disculpable, aunque por nosotros advertida, y robándonos la operada de reseccion de las cuñas, de cuya historia hablaremos.

Diarrea hospitalaria. Observacion de Antonio Carro.

La diarrea comenzó su contagio del siguiente modo. Dieron entrada en la sala de hombres el día 23 de Agosto de 1881, ocupando la cama núm. 8, á Antonio Carro, natural de San Magaz, de treinta y seis años de edad, licenciado del ejército por enfermo, donde ejercía el oficio de músico.

Presentaba una abertura fistulosa por debajo del borde libre de las costillas falsas del lado derecho, por la cual salían considerables cantidades de pus lactiforme.

Era un enfermo tuberculoso en tercer período, con sus naturales diarreas y sudores. Humilde, bien educado y en su situacion lastimosa, al encontrarle en la clínica nos dió pena echarle de la Sala. En ella permanecía esperando su próximo fin. Los enfermeros nos habían advertido varias veces lo exagerado y frecuente de su diarrea. Bien entendíamos que, al insistir con la repeticion, les llevaba el deseo de librarse de un penoso trabajo. Por lo demas, confesamos la imprevision: no rechazamos nunca la idea del contagio de la tísis; creíamos en ella áun en los tiempos de nuestro verdaderamente ilustre Dr. Mata, cuando creer, no digo en este contagio, sino el del mismo cólera, era encasquetarse el sambenito de ignorante y anticuado. Pero aunque creíamos en el posible contagio de la tísis, no sospechábamos que las emanaciones de sus deposiciones pudieran producir y originar diarreas *pegadas* á otros enfermos.

Al pasar visita un día, el número inmediato anterior, afecto de paraplegia por *rotura del ligamento vertebral comun posterior*, y cuya enfermedad caminaba satisfactoriamente, nos dió cuenta de hallarse con el vientre descompuesto, y no dimos importancia al suceso. Al otro día el enfermo del número inmediato posterior al tísico se quejó de lo mismo, y en los días sucesivos fué propagán-

dose de cama en cama, saltando alguna que otra, rara, y acometiendo con diversa intensidad y grado el mayor número de los hombres. Sólo despues de bastante tiempo de haber puesto la atencion en las aguas bebidas, en las carnes, á que los enfermos achacaban la causa, y ver que no procedía de tales suposiciones; examinando la marcha de la invasion, su órden progresivo y el modo cómo saltó de la cama del último rincon de la derecha á su opuesta de enfrente, caimos en la cuenta que la diarrea había venido siguiendo de cama en cama, en relacion á la contigüidad de las distancias. Entónces, tarde y torpemente, tuvimos que sacar de la Sala al jóven moribundo. Unos enfermos estuvieron graves por la diarrea. Otros ménos; la mayoría perdió el apetito y desmejoraron; á pesar de remudar la sala, ventilarla y hacer que todos los vasos llevaran una disolucion de sulfato de hierro, que se usasen solamente los de mano, sacándolos acto continuo, no pudimos evitar que se propagase el contagio á la sala de mujeres, si bien con ménos rigor. Indirectamente perdimos por esta causa al enfermo del rincon de la derecha, cama núm. 11; porque si bien no falleció de la diarrea, sucumbió de una pulmonía fulminante de las que por entónces reinaban en Madrid, debida á la ventilacion forzada de la Sala, obrando sobre un sujeto debilitado por la cáries que sufría del innominado y por la diarrea, de que apénas había convalecido.

La enfermedad pudo al fin extinguirse, pero no sin que alguna que otra vez, á modo de los últimos rumores de la tempestad que se aleja, se dejara oir el eco, ya en una, ya en otra Sala.

Erisipela. Páginas atras hablamos del orígen de su invasion. Apareció espontáneamente en Teodoro M., y contagió gravemente al enfermero. Desde entónces comenzó á observarse que los operados más ó ménos recientes, despues de un fuerte escalofrío, eran acometidos de fiebre, en la que el pulso llegaba de 120 á 130, siendo á la vez peque-

ño. Aparecía en esto el eritema hácia los alrededores de la herida, extendiéndose en unos poco, en otros más, y en algunos saltando á regiones distantes, previas remisiones y exacerbaciones entre una y otra reincidencia eruptiva. En muchos operados, la erupcion se lograba abortar por medio de la disolucion concentrada de nitrato de plata. En otros, aunque se apagase el brote á beneficio de dicho medio, no bastaba para impedir que dos ó tres días despues apareciera nueva invasion más ó ménos distante. En algunos operados en completa cicatriz, la erupcion inflamó los tejidos ya cicatrizados, poniéndolos de nuevo en supuracion. En otros, despues de vencida, dejó las partes subyacentes infartadas y como atónicas. En todos se perdió el apetito, se resintió el aparato gástrico intestinal, y la convalecencia fué larga y muy penosa.

Directamente no recordamos que sucumbiera ningun enfermo á los rigores de la erupcion; pero algunos salieron milagrosamente, quedando sospechosos de la parte que la enfermedad tuvo en el insuceso de ciertos operados.

La terapéutica empleada, y merced á la cual, segun nuestro pobre juicio, creemos haber dominado el mal, consistió en locionar las partes con una disolucion acuosa saturada de nitrato de plata cristalizado. Desde el primer instante que se iniciaba el eritema, por el carácter del escalofrío y del pulso, lavábamos la parte con la disolucion, procurando ir delante de la erisipela, por decirlo así. En los casos más severos, y cuando el estado general era grave, hacíamos bañar al paciente en agua templada más ó ménos, segun la altura de la fiebre. En el agua necesaria para el baño general, mezclábamos un litro de alcohol alcanforado á saturacion.

Por medio del nitrato argéntico, cauterizando el epidérmis, sustituíamos la inflamacion específica por la terapéutica, poniendo los alrededores de las partes invadidas en circunstancias ménos favorables á la evolucion sucesiva del padecimiento. Cuando, á pesar de ello, se propagaba, la observacion hacía ver que sus proporciones quedaban

reducidas á menores límites de lo que podía temerse. Cuando otra cosa no, parecía indudable que, muerto el epidérmis por la accion del tópico, las descamaciones que trasportadas por el aire debían recrecer los materiales contagiosos, se reducían á menores proporciones. Aunque el escalofrío y la fiebre pudieran considerarse como simple expresion de la cutítis, el hecho de aparecer escalofrío y fiebre ántes que la erupcion, deja el ánimo perplejo sobre si la materia contagiosa obraba primitivamente sobre la herida, ó si, aspirándose del aire por los pulmones, pasaba á la sangre y evolucionaba despues en los alrededores de la herida. La observacion nos inclina á creer que el elemento patogénico erisipelatoso puede actuar de uno ó de otro modo y de los dos á la vez, aunque respecto á este punto sospechamos que hay *erisipelas de erisipelas*. Esto es, que la entidad morbosa conocida con el nombre genérico de *erisipela* contiene varias especies. Cuando ménos, hay un eritema que con los caractéres locales de la erisipela se origina por meros rozamientos ó por la accion tópica de ciertos agentes irritantes, dando lugar á fiebres leves, antecedidas ó no de escalofríos. Esta erisipela no parece que sea un simple grado menor de otros más graves. Juzgamos más lógico y más concertado con la práctica opinar que la causa que evoluciona aquí es de otra naturaleza que la que evoluciona en otros casos. De esta erisipela, á la que se puede denominar *quirúrgica*, hay tan notable diferencia en el curso, en los fenómenos de contagio y en la terminacion, que sólo violentando la inclinacion que nos mueve á encontrar la unidad en las diferencias, podríamos identificar las unas con los otras.

El punto que tocamos necesita estudio. La erisipela en sí puede considerarse como una *cutítis*; pero dicha cutítis puede ser originada por varias causas, locales ó generales, y dar motivo á padecimientos específicamente diversos, aunque genéricamente puedan traerse á un título nosológico.

Las erisipelas que acompañan á ciertos *zanatohistos*, y

que, indurando los tejidos, anuncian la reproduccion del mal, y sobre todo la clase especial de erisipela que hemos visto coincidir con la gangrena hospitalaria, nos inclinan á sospechar lo que dejamos indicado.

La erupcion de Teodoro M. ocurrió hácia el 10 de Diciembre. El 14 fué acometido el enfermero, que llegó á ser administrado el 20 de dicho mes. Desde los alrededores de estas fechas se manifestó la complicacion en los operados, pero más leve en la sala de hombres que en la de mujeres, debida á que había por entónces más operadas que operados, ó á otro motivo desconocido. Se suspendieron las operaciones, practicándose solamente alguna de urgencia.

Con esto, el aseo prolijo, la aireacion y el tratamiento indicado, quedó dominado el mal, pero dejando tambien, como la diarrea, ciertos destellos.

Invasion de gangrena hospitalaria.

Pero ninguna de estas endemias nosocomiales sorprendió tanto nuestro espíritu, llenándolo de temor y confusiones, cual un día, al levantar la cura de un enfermo, encontrarnos que se hallaba acometido de gangrena hospitalaria.

Desde há treinta y tres años que no la habíamos visto. Cuando éramos estudiantes. Despues, en nuestra práctica civil, ni una vez sola. Pero hay cosas que impresionan de suerte que, aunque no se las vuelva á ver, y aunque olvidadas no haya tenido la razon necesidad de discurrirlas, al aparecer de nuevo ante los ojos se reconocen con sorpresa, tal y á la manera como cuando, á vueltas de una esquina, nos da el alto un malhechor.

Y la cosa no era para ménos.

Hospital militar de Cádiz, allá por cuando éramos cursantes, ¡cuánta desolacion! ¡Y cuánta en los tristes operados del de San Juan!

¿Por dónde había venido aquel contagio? esta fué nuestra primer pregunta.

Observacion de Hilario Bruna. Primer invadido de gangrena hospitalaria.

Al enfermo Hilario Bruna, de catorce años de edad, se le dió entrada el día 20 de Marzo. El 28 presentó las primeras señales de la podredumbre.

Su padecimiento consistía en una herida contusa de la mano derecha, con magullamiento y dislaceracion de los tejidos, y fractura conminuta del segundo y tercero metatarsiano. La causa, haberse cogido días ántes la mano entre las ruedas de una máquina.

El niño había venido mejorando todo lo que permitía la brevedad del tiempo trascurrido. Fuera de los primeros días, el estado general estuvo en su nivel fisiológico.

El día 28, al acercarnos á la cama, ya advertimos que algo grave ocurría. Fiebre urente, pulso pequeño y muy veloz; la cara demudada.

Levantamos el apósito, y encontramos la úlcera blancuzca.

Como no habíamos vuelto á ver la gangrena hospitalaria desde la antigua época referida, tampoco habíamos vuelto á leer con atencion nada acerca de ella. En el momento de la sorpresa, recordamos lo más esencial que en los libros de entónces aprendimos. Sobre poco más ó ménos, nos pareció que debía encontrarse en la actualidad el nivel de los conocimientos.

De no ser así, de haberse alcanzado algun adelanto concreto, ya deberíamos haberlo hallado en las revistas, en los periódicos ó en las obras modernas. Pero aunque la ciencia no avance ni descubra ninguna novedad sobre un punto determinado, basta que adelante en los conocimientos generales para que, cuando hayamos de discurrir sobre el especial que reclama la atencion, nos encontremos con más riqueza de datos y más medios de enjuiciar que los que teníamos en épocas anteriores. Desde luégo la doctrina de Lister nos daba una clave moderna de explicacion. Nada importaba para el caso que el enfermo estuviese sujeto á la cura de dicho autor desde la entrada en nuestra clínica. Este hecho lo que declaraba era que la cura de Lister no es *todo poderosa* para impedir la aparicion de

la gangrena nosocomial; pero quedaba el principio de la doctrina, quedaba la teoría *parasitaria* y las demas ideas que de ella se derivan.

Ademas, no hay experiencia, por triste que sea, que resulte perdida en ningun asunto, y ménos en nuestra ciencia. Tanto enseña el bien como el mal; á veces el mal mejor que el bien. Sabíamos por nuestra experiencia de estudiante cuán velozmente se propaga esta gangrena de unos á otros heridos. Sabíamos lo resistente que se mostraba á todos los tratamientos. Sabíamos cuántas veces, tras largo padecer, llevaba á los enfermos al sepulcro.

La primera medida debiera ser por tanto sacar al enfermo inmediatamente de la Sala. ¿Dónde llevarlo? Despues de meditado, nos pareció mejor hacer que lo trasladaran á su propia casa. Vivía en Madrid, en un barrio extramuros. La madre del niño era una pobrísima viuda; carecía de toda clase de recursos y vivía en un sótano estrecho, frío, húmedo y oscuro. Aun así no dudamos; los recursos de medicina y asistencia se los podíamos proporcionar, y en lo demas ayudarle. Fué trasladado el mismo día, encomendando la asistencia al prolijamente cuidadoso D. Ambrosio Rodriguez, cuyo celo, bondad y aplicacion, constituyen los rasgos más salientes de su carácter.

Le ordenamos que suspendiera la asistencia de sus demas enfermos, y nos diese cuenta de la marcha y de todo lo que en la úlcera notara, dejándole, respecto al tratamiento, en completa libertad de accion. No hay que decir que el Sr. Rodriguez fué derecho á leer todo cuanto acerca de gangrena hospitalaria pudo encontrar. Uno tras otro ensayó diversos tratamientos, y hasta las curas tópicas con cloroformo, que resultaron vehementemente dolorosas. Dándonos noticias de ello, le dijimos:

—A los enfermos que ví en Cádiz nada producía efecto, exceptuando las cauterizaciones frecuentes con el ácido nítrico, que tambien causaban grandes dolores. La enfermedad es parasitaria, ó no es verdad que haya enfermedades parasitarias en el mundo. El ácido nítrico se corre,

se localiza mal y profundiza poco; use Ud. el cloruro de zinc líquido de la manera que en otras enfermedades lo ha visto emplear.

Pasados algunos días la úlcera tomó caractéres simples, cicatrizó despues, quedando la mano en aptitud mediana de funcion.

Observacion de José García.

Al otro día del primero que nos sorprendió la gangrena del niño, 29 de Marzo, como pasásemos muy sospechosos la visita, advertimos que la úlcera, cicatrizada en dos tercios de su extension, del enfermo José García, que ocupaba la cama núm. 11, y que desde la operacion había venido en una marcha inmejorable, estaba parada y pálida. Aquel cambio repentino, sobrevenido de una cura á la inmediata, dada la situacion de nuestro ánimo, nos previno, ordenando que un solo practicante hiciera la cura del enfermo; que el mismo la repitiese por la tarde; que no curase á ningun otro operado hasta mi órden; que lavase la úlcera con la disolucion fénica al 20 por 100; que lavase con la misma las pinzas y tijeras, y despues las quemase á la lámpara de alcohol; que la batea, lavamanos y demas utensilios del enfermo se lavasen tambien, poniéndolos aparte, no empleándolos más que para el uso del susodicho enfermo.

A la visita del día siguiente estaba con fiebre, fiebre de igual carácter que la del niño. La cara eritematosa, las glándulas del cuello hinchadas. La úlcera pultácea y con los caractéres ciertos de la gangrena hospitalaria.

El enfermo era forastero. Operado meses ántes de su admision en el hospital de un *cangro*, decía él, existente sobre el pómulo, se había reproducido, y no bajo forma ulcerativa, sino por induraciones *aborujonadas*, cicatricialmente retraidas hácia el punto operado, extendiéndose en nódulos endurecidos á toda la region temporal y region maseterina, lado derecho. El enfermo nos fué recomendado por el Sr. D. Juan Manuel Sanchez Bustamante, ciruja-

no consultor del Instituto, á fin de que estudiáramos si cabía ó no hacer operacion.

Decidimos por la afirmativa, y el 6 de Marzo le extirpamos la piel y los tejidos subyacentes de la region malar, resecando el pómulo y puente cigomático, extirpando igualmente la piel, tejidos masetéricos y parte del músculo; la piel y aponeurósis externa del crotáfites. A pesar de tan extensa y grave operacion, el enfermo mantuvo su temperatura y pulso á la normal. Llevaba veintitres días de operado cuando fué acometido del contagio. Siendo forastero, tuvimos que traspasarlo á una casa de huéspedes, encomendando su asistencia al Sr. D. Eduardo Gurrucharri, con instruccion expresa de que lo tratase desde luégo por el cloruro de zinc líquido.

El tratamiento destruyó en muy pocos días la capa gruesa, blancuzca y pultácea que formaba el hinchado campo de la herida; el eritema circundante vino á descamacion, y los infartos glandulares se fueron resolviendo, cicatrizando luégo la herida hasta permitir dar el alta al paciente.

¿Pero de dónde había venido la gangrena al niño? Esta era mi pregunta mental, mi pesadilla, la pregunta que hacía á todos y á cada uno de los que nos rodeaban.

— ¿Han curado Uds. algun enfermo fuera de estas Salas? — preguntaba á los practicantes.

La contestacion era negativa.

— ¿Asisten Uds. algun enfermo civil con difteria?— preguntaba á los compañeros.

— ¿Y con alguna herida ó úlcera sospechosa?

— ¿Hay en las Salas del otro departamento del Hospital algun caso de gangrena?

A todo contestaron negativamente ó encogiéndose de hombros.

¿Podrá esta enfermedad alguna vez desarrollarse por el concurso de causas desconocidas de un modo espontáneo? La primera vez que en el primer herido, en una primera campaña, se presenta en un hospital provisional por vez

primera ocupado, así tiene que suceder; pero esto de nacer sin madre en las enfermedades contagiosas, si sucede, es tan excepcional... La erisipela de Teodoro M. fué la primera, y en él no vino de otro, vino del mismo enfermo. Pero la erisipela es una cutítis que, actuando en un organismo impuro ya, puede engendrar una erisipela, posterior foco de contagio. En Madrid reinaba el garrotillo. ¿El elemento que germina en la garganta no puede venir á germinar en la úlcera establecida en un niño, evolucionando en forma de gangrena húmeda? Tales y otros muchos pensamientos cruzaban por nuestra mente. Ya nos inclinábamos á un lado, ya á otro, sin dar á ninguno aprobacion. Sobre todo, nadaba una sospecha.

De los dos practicantes de la sala de hombres, uno es dechado de exactitud y de formalidad; otro, más jóven, no deja de ser exacto y listo, pero sus pocos años le privan del asiento que da el sentir las responsabilidades de los cargos. En los primeros años, lo que experimentan las personas acerca de este particular es el temor á las reprensiones ó el castigo, mas no las consecuencias desgraciadas de una imprevision ó de una falta.

El negar en absoluto que hubiesen curado enfermos extraños á nuestra Sala, llevaba cierto sello de inexactitud; segun teníamos entendido, de noche, los practicantes del Instituto turnaban en la guardia general con los practicantes de las otras secciones. ¿Qué extraño que en alguna de ellas hubiese curado algun enfermo? Pero se aseguraba que no existía allí nada sospechoso, y no era cosa de ir á averiguarlo faltando á respetuosas consideraciones, y áun extralimitando el círculo en que podemos movernos. Por fortuna, entónces allí se quedó el daño. Los dos enfermos invadidos se habían salvado, y las medidas puestas en práctica producido los efectos que deseábamos.

Ocioso será decir que en el momento mismo que vimos la gangrena en el niño suspendimos las operaciones, emprendiéndolas despues de un tiempo prudencial.

Pasados bastantes días, más de un mes, fuimos llamados

por el señor Administrador para consultarnos sobre un conflicto que le ocurría. En una Sala del departamento general había sido una enferma acometida de viruelas. Hallándose el Hospital en obras, no quedaba Sala ni local alguno donde aislar los enfermos contagiosos, y el Director dudaba qué partido tomar. En los males todo es malo, hasta el remedio, que, cuando ménos, suele ser amargo. Por eso la responsabilidad es mayor, porque, cuando no se alcanza todo el fin á que aspiramos, volvemos la cara atras, no contra el daño, sino contra el remedio con que infructuosamente procuramos vencer, presumiendo que otro recurso más hábil, con mayor acierto, hubiera conseguido el triunfo.

En casos semejantes todos retiran el hombro, y, léjos de ayudar á salir del aprieto, más bien se complacen en obstruir las salidas si en abrirlas han de tomarse alguna responsabilidad ó algun trabajo. Paréceme tal conducta egoista y reprensible, y ántes que caer en ella creimos justo ayudar al Director, ofreciéndole el local que ocupaba el Dispensario. Está aislado, y aunque para nuestros servicios nos hacía suma falta, en algo la podíamos subsanar, estableciendo las curas y las consultas en la Sala que para alternar disponíamos, saneando las ocupadas.

Así quedamos, en la inteligencia de que iba al local del Dispensario una enferma con viruelas. Pero como el departamento nos perteneciese, supimos que al segundo día había fallecido allí otro enfermo. Preguntamos si había saltado la viruela á las salas de hombres, y entónces se nos contestó que no, que era un enfermo procedente de una de las salas de cirugía afectado de una *especie de gangrena húmeda muy extensa.*

Segunda invasion de la gangrena.

La incógnita estaba descubierta. Las inquietudes volvieron á dominarnos. Encargué mucha vigilancia. Un día no pude ir al hospital por hallarme indispuesto. Al otro, pasé visita. El núm. 20 se hallaba acometido de gangrena hospitalaria. Acto continuo le hice trasladar al local del

Dispensario. La variolosa había fallecido tambien. Quedó solo, encargado á un exclusivo practicante, á una Hermana y al cuidado del Sr. D. Vicente Santolino, prohibiéndoles la entrada en nuestras clínicas.

Suspendimos otra vez las operaciones. Suspendamos tambien la pesada forma narrativa que para llevar al lector paso á paso sobre los sucesos hemos tenido necesidad de seguir, y tomemos un poco de respiro.

Observacion de Juan Raigosa.

Tal es el nombre del enfermo, jóven de veinticinco años, alto, robusto y de oficio panadero. Entró en la clínica el 10 de Mayo, procedente de una Casa de Socorro, con una herida contusa del pié derecho, ocasionada por el magullamiento con una rueda.

El dorso, en la region metatarsiana, se encontraba en detritus; fracturados en forma conminuta el cuarto y quinto hueso; desprendidas las falanges segunda y tercera del dedo pequeño, y denudada la primera; evulsionado el falangete del dedo cuarto, y fracturado el subsiguiente, así como el otro dedo próximo. La cura de Lister llevó la herida sin accidente por los períodos de eliminacion. Comenzó la reparacion con toda la franqueza y rapidez que podía esperarse en un herido jóven y robusto. Con frecuencia hacíamos notar en él á los comprofesores la fuerza regeneradora que poseen los tejidos en sí mismos, y la inutilidad de bálsamos y ungüentos. A tal altura le acometió la gangrena, sin duda trasportada con la pinza del mismo practicante que inoculó al niño y del enfermo que falleció en el Dispensario.

La necesidad de aislarnos de los acometidos de la podredumbre, nos había impedido hacer observaciones que condujeran á su estudio. Rápidamente vimos lo preciso para hacer el diagnóstico, por el recuerdo y la impresion de lo que pudimos observar en los hospitales de Cádiz. Pero la importancia, la misma gravedad del mal, nos impulsaba á estudiarlo á la luz de una mayor experiencia y alguna más doctrina. Si el peligro nos afectase solos, fuera

poco inconveniente; pero amenazando á otros operados, necesitábamos gran prudencia. Desde luégo teníamos la conviccion de que la causa patogénica de la gangrena no debía ser difusible á manera del alcanfor, y que, no tocando materialmente al enfermo ni á sus ropas con las manos ni con nuestros vestidos, no debería inducir eminente peligro de contagiar á otros pacientes por el simple observar y mirar la úlcera, sus caractéres, su curso y los efectos del tratamiento. Aun así, dejábamos encomendada la visita de las clínicas al Dr. Egea, y presenciábamos sin aproximarnos la cura de los enfermos.

En el gangrenado, la fiebre no antecedió á la modificacion inicial de la herida; apareció casi al mismo tiempo, y á poder precisarlo, más nos inclinaríamos á decir que la fiebre subsiguió á la alteracion local.

A poco de invadida la úlcera, con el aumento de la fiebre apareció una erupcion erisipeliforme de caractéres singulares; á saber: coloracion de la piel, ménos encendida que en la erisipela ordinaria; flictenacion inmediata de la epidérmis, constituida por pequeñas elevaciones irregulares en la disposicion y forma de las olas del mar. La erupcion ocupaba espacios no continuos ni difundidos á partir de un foco mayor, sino salpicados en placas mayores ó menores, resultantes del mayor ó menor número de flictenas agrupadas; de modo que quedaban puntos intermedios de piel sin alterar. La proximidad de unas á otras placas, guardaba relacion con la parte ulcerada; así estaban más confluentes hácia el dorso del pié y el tobillo externo, ménos hácia la caña de la pierna, y así sucesivamente, alcanzando no obstante algunas placas hasta el tercio inferior del muslo. Como el número infinito de flictenas, cuya reunion constituían las placas, se elevaron muy poco, no daban la impresion de hallarse dilatadas por la secrecion de un líquido seroso; más bien producían á la vista el efecto como si las hubieran espolvoreado con yeso basto ó con ceniza. Era necesario mirar las partes detenidamente para desechar la idea de cosa pulverulenta. Entre muchas

pequeñas, solía encontrarse alguna flictenilla mayor. Ya éstas se aproximaban á la forma circular y ofrecían los caractéres de diafanidad propia de los líquidos serosos cuando levantan la epidérmis.

Al cuarto día de la observacion se presentó otra erupcion idéntica en la pierna izquierda, pero en menores proporciones y sin que la antecediera escalofrío inicial ni exacerbacion febril.

A todo esto, y desde el principio, el pié había aumentado considerablemente de volúmen. Dicho aumento ni era cual el de sus inflamaciones flegmonosas, ni cual las hinchazones del edema. Respecto á volúmen, alcanzaba á cuanto puede llegar una y otra afeccion; pero el color pálido del pié, sin ser traslúcido como el hidrohémico, no coincidía tampoco con el abolsamiento en las partes donde los tejidos están laxos normalmente, ni con la menor excedencia en las regiones apretadas, cual sucede en las flegmasías, y más acentuadamente en los edemas. El pié éste era un pié agigantado y gordo.

La úlcera, ántes rosada y reducida de volúmen, aparecía ahora mayor que cuando fué inferida, con el aumento ademas consiguiente á las nuevas y exageradas proporciones del miembro. Donde el crecer se presentaba más exagerado, era en el espesor de la ulceracion; de toda ella había brotado una masa cenicienta, pulposa, de bastante relieve y mucha profundidad. Ante su aspecto quedaba borrada toda idea de tejido anatómico, pareciendo como si se hubiesen trasformado en aquel parénquima extraño, friable, sucio y repugnante. Hiriendo aquello con las pinzas á no mucha profundidad, daba alguna sangre, babeada á veces con cierta pertinacia, quedando los alrededores de color achocolatado y áun más oscuro. Debe presumirse, aunque por virtud del tratamiento no lo vimos, que estas hemorragias puedan ser espontáneas y matizar de puntos achocolatados y oscuros el campo enfermo. Lo abona nuestros antiguos recuerdos, tanto de propia observacion como de lectura, y el hecho de que desde

las orillas de lo ulcerado se veían trascurrir hácia la piel vecina muchos vasos capilares anormalmente dilatados, varicosos, de color violáceo, indicando en ellos un éxtasis sanguíneo ocasionado á pequeñas y múltiples hemorragias pasivas, y á la mortificacion gradual de los tejidos circundantes.

Nada más pudimos observar digno de nota, porque el tratamiento y sus precisos efectos ocultaron inmediatamente los sucesivos y propios de la marcha del mal.

Sólo podremos añadir que ántes de comenzar el tratamiento tópico, y ántes, por consiguiente, que el mal, entrando en su evolucion detrítica, pudiese mostrar sus productos, la ulceracion no supuraba. Daba solamente sucos que humedecían bastante los apósitos, arrastrando unos grumillos, ya como cabezas de alfiler, ya algo mayores, que á la vista semejaban como si el polvo aparente que ántes describimos se hubiera apelotonado con la humedad.

Inclinándose nuestras opiniones á la creencia de que la podredumbre debe reconocer por causa el desarrollo en el campo ulcerado de algun micro-organismo, parecía ocasion propicia, que no deberíamos desperdiciar, de hacer algunas inquisiciones en averiguacion de la materia. Pero, despues de pensarlo, nos pareció que no nos era posible hacer estudios serios sino á expensas de diferir el tratamiento. Y entre pugnar por resolver una cuestion científica ó hacer por curar sin dilacion una enfermedad tan grave y tan peligrosa para los demas pacientes, no nos pareció dudosa la eleccion. No obstante, algo hicimos, y ese algo no carece de importancia. En efecto; la investigacion histológica propiamente dicha, requería desistir del medio que considerábamos eficaz para la curacion. Aquellas carnes pulposas, si en realidad se hallaban de tal suerte por efecto de que algunos organismos vivos anidados en ellas estuviesen excitando sus mamelones, hinchándolos y llamando hácia ellos una fluxion serosa, preciso era ante todo destruir aquel campo de vida parasítica que amenazaba acabar con la del paciente.

Daba fuerza á la suposicion cierto parecido que observábamos en aquellas carnes.

Seguramente que se parecían mucho al aspecto que ofrecen las úlceras atacadas por las larvas de las moscas. La observacion es siempre gran maestra, sobre todo cuando ha costado trabajo personal y dificultades conocer la causa de lo observado.

En los principios de nuestra práctica vimos un herido en la palma de la mano. Cuando apeló á nosotros la herida databa de algun tiempo, y todo parecía ménos herida. Era mejor un hongo pulposo, blancuzco, húmedo y blando, que manchaba el apósito de serosidad sucia. La mano y los dedos estaban hinchados, pero no á la manera flegmonosa. No existía la estrangulacion del panadizo, á pesar de que el volúmen de las partes no era menor que cuando existe dicho estado. Tampoco era una hinchazon edematosa; parecía más consistente y más igual, semejante á la descrita sobre el pié de nuestro enfermo. No hemos de referir ahora nuestras dudas de entónces, los medios terapéuticos que empleamos, ni el ningun éxito obtenido. Diremos para abreviar que al cabo de muchos días, al hacer la cura, asomó una larva de mosca entre aquellos mamelones blanquecinos. Registrando la parte cuidadosamente, no vimos más; pero introduciendo el dedo por el centro del hongo, que como blando cedió, hundimos, y el dedo entró hasta la segunda falange; había, pues, un pozo relleno de carnes fungosas; en ese pozo debían existir mayor número de gusanos; en efecto, sin alcanzarlos con la vista arrastramos otro con el dedo. En las curas sucesivas muchos. Entónces el hongo fué abatiéndose, las carnes sonrosándose, y poco despues habían cicatrizado.

En varias ocasiones posteriores vimos úlceras de igual fisonomía. No dudábamos ya; afirmábamos la existencia de larvas, y larvas de moscas había más ó ménos ocultas.

No identidad; el parecido de la tumefaccion de los mamelones, el de la manera de hinchazon del pié, despertaron los expresados recuerdos. Con esto, unido al influjo

de las ideas imperantes hoy, nuestro ánimo se decidía por la opinion de que los fenómenos morbosos de la podredumbre podían depender de infinitos organites microscópicos, que ya que no por su magnitud, por su mayor número, provocaran en los tejidos vivos circundantes actos de fluxion cual los determinados por las larvas de las moscas. Por otra parte, los vasos capilares varicosos de color de chocolate que podían observarse en la circunferencia de la ulceracion á traves del epidérmis, bien decían que se hallaban embólicos; algo los alteraba y obstruía, coagulando su sangre.

Los conatos que varias veces hicimos para poner al descubierto en el campo microscópico algunos microorganismos indudables y ya admitidos por la ciencia constituida, nos ha hecho conocer que se necesita gran práctica y pericia técnica para poderlos distinguir entre la confusion de muchas otras cosas. Los reactivos colorantes facilitan algo, pero no tanto que aleje dudas á los que, inexpertos como nosotros, no podíamos dedicar tanto tiempo como el asunto requiere. Pero la misma torpeza nuestra nos ha demostrado que las dificultades se agravan por la necesidad de una prolija preparacion.

Si tomamos una parte de tejido carbuncoso á la vez que otra muestrecita de tejido procedente de animal sano, y colocamos cada una en su probeta con igual líquido indiferente, cuando examinamos al cabo de algunas horas una y otra preparacion, en ambas encontraremos las bacterias. Verdad que unas serán carbuncosas y las otras no; que las primeras podrán quizá producir fenómenos carbuncosos en una inoculacion, y las segundas resultarán inocentes. ¿Pero cómo diferenciarlas por la mera inspeccion microscópica de un modo seguro?

Si ponemos uno y otro tejido en líquidos preparadores capaces de impedir las evoluciones de la vida que se efectúa sobre lo muerto, lo más general es que no se vea nada fuera de lo propio á cada parte natural. Para ver los microorganismos cadáveres, por efecto de las sustancias

empleadas, se necesita que un profesor muy dedicado á ello los prepare, los coloree, los señale, los demuestre, y áun así necesitamos un cierto grado de fe y buena voluntad para quedar plenamente satisfechos. Y es que la pura morfología de tan sutiles séres no basta, en infinito número de casos, para producir impresiones sensibles diferenciales. Es, por más que no lo sea, que entre uno, cien, mil micrococos muertos ó sin movimiento, y una, cien, mil granulaciones normales protoplasmáticas, no hay diferencia apreciable por la mera inspeccion al microscopio. Pero si los organites adventicios están vivos, si se mueven, entónces las dificultades desaparecen en gran parte, principalmente si dicho movimiento se efectúa en un campo líquido, trasparente, y algo despejado de otras partes orgánicas.

En dichas condiciones podrá asaltarnos la duda del orígen de aquellos organites que giran, serpean ó se mueven, pero no de la realidad de su existencia.

Parécenos que para el uso práctico tiene más interes la fisiología, la *fenomenología*, que la *morfología* de los microorganismos; al ménos facilita mejor la demostracion indudable de su existencia que la pura forma ó figura estática.

Sobre lo que debemos prevenirnos, es en no aceptar desde luégo como organite patogenésico el primero que veamos. Si lo que se examina ha sufrido la accion del tiempo en que naturalmente pueda haberse efectuado una putrefaccion ó un principio de otra fermentacion cualquiera, áun viendo á millares correr los micrococos y bacterias, la conclusion es dudosa. Que sean bacterias no hay duda; mas que sean especiales al mal, y sobre todo causa específica del mismo, es lo que reclama justas reservas, y otros medios más complicados de observacion y de experimentacion. Dadas estas ideas, ya calculará el lector nuestra situacion ante el problema.

No podíamos diferir el ataque inmediato de la úlcera. Tomar de ella una parte, prepararla del mejor modo que

pudiéramos y examinarla al microscopio, era poco fructífero; aunque hubiésemos encontrado la pléyade de organites que ciertamente existen, ¿qué íbamos á deducir de aquí? Una úlcera fungosa, húmeda, sucia, al contacto del aire, por más que estuviese curada por el método de Lister, es un campo evidente de putrefaccion, y por tanto en ella han de encontrarse tanto número de organites como en una piltrafa de carne arrojada en un estercolero. Por otra parte, y sin necesidad de nuevos experimentos comprobadores, los productos de estas úlceras son inminentemente contagiosos é inoculables, hechos puestos fuera de duda por experiencia clínica secular. De aquí se induce lógicamente que si no todos los organites, puesto que muchos pueden ser debidos á los fenómenos ordinarios de cualquier putrefaccion, algunos deben ser especiales, específicos, capaces de constituir la verdadera causa patogenésica del mal. ¿Pero cómo distinguirlos? ¿Cómo diferenciarlos? ¿Cómo separarlos? Pacientes meditaciones, experimentos y trabajos, podrán algun día resolver estos puntos. Quedan enunciados. Muchos sabios trabajan actualmente en el mismo sentido respecto á la lepra, al tubérculo, al carbunco, la viruela, etc. Respecto al carbunco y la lepra, mucho se ha puesto en claro; para algunos espíritus fáciles, poco queda ya que desear. Respecto á la viruela, aunque el hecho de que la linfa filtrada parece resultar estéril y la parte organítica que resta sobre el filtro fértil é inoculable, desearíamos que la repeticion de los experimentos pudiera confirmar la doctrina, porque en este caso resultaría muy elocuente lo que vamos á decir.

Desechando el exámen en los tejidos de la úlcera por las razones antedichas, consideré que debíamos tomar la materia sobre que hacer el estudio de alguna de las flictenillas que en el campo erisipelado de la pierna aparecían.

Era un líquido; como líquido, no exigía especial preparacion que desfigurase ni cambiase las cosas. Era trasparente, debía verse despejado de cuerpos formes fisiológicos. Podía examinarse acto continuo, ántes que el tiempo

y la accion de los gérmenes del aire pudieran evolucionar y desenvolver organites adventicios. Podía elegirse una vesiculita más reciente, visiblemente vírgen de rotura y de influencia exterior. Podían repetirse las observaciones cuantas veces fuera necesario sin molestias ni peligros para el enfermo. Podía, finalmente, hacerse todo sin detener un punto el tratamiento de la úlcera, y llenar las demas indicaciones terapéuticas é higiénicas que las circunstancias reclamaran.

Con la punta de una lanceta tomamos la gotita de serosidad procedente de una vesiculita erisipelatosa, fijándola inmediatamente en el cristal, y acto continuo comenzamos á hacer la observacion con un ocular núm. 3 y un objetivo núm. 5 de Seibert. El campo visual estaba limpio y trasparente: algun que otro raro leucocito apénas distraía la atencion. A poco descubrimos tres pequeñísimas bacterias sumamente cortas, cuatro veces el largo de lo que ofrecían de anchura, con ser ésta bien sutil. El índice de refraccion era poco diferente del líquido en que lentamente se movían: por eso sus contornos parecían algo confusos, áun variando la intensidad y la direccion de la luz. Ofrecían igual anchura en los extremos que en el centro, y no se percibía en ellas ninguna parte diferenciada, ni indicio de gránulo ó cadena. Tambien vimos un micrococo dotado de perezoso movimiento lineal, que iba y volvía en varias direcciones. Variando el campo de observacion, sólo descubrimos cosas idénticas á lo dicho. Dos, tres, cuatro bacterias iguales á las anteriores en forma, magnitud y movimientos, y menor número de micrococos. Reemplazado el objeto por el núm. 7, los resultados fueron correspondientes; pero definiendo ménos, se hacía la observacion morfológica más confusa.

Tomamos nueva serosidad de otra vesícula, y los hechos pasaron de igual suerte.

Repetimos las observaciones otros días, y resultando rigurosamente iguales, se suspendieron, considerándolas firmes.

Ahora bien; ¿qué significacion podemos conceder en el presente caso á los referidos organites? ¿Eran dependientes de gérmenes externos ó del aire, desarrollados en el líquido de las vesículas? Creemos que no. El epidérmis íntegro podrá permitir el paso del aire á su traves, pasa el agua, y hay evidentemente una respiracion cutánea; pero nos inclinamos á negar que los gérmenes aéreos puedan filtrarse á traves de la capa córnea.

El enfermo de la presente observacion ofreció el curioso hecho de afectarse su pierna y muslo izquierdo de placas erisipelatosas iguales que las del lado de la úlcera, si bien más pequeñas y discretas. Como la invasion ocurriera posteriormente al proceso gangrenoso y á la erisipelacion del primer miembro, sin fiebre precedente accesional, y como, por otra parte, las placas primeras del segundo miembro aparecían en un punto de decúbito recíproco, en el maleolo interno, parece lógico suponer que el contacto inmediato, quizá el ludimiento, determinó el paso de una pierna á la otra. El hecho no es el mismo que el que analizábamos; friccionando una materia sobre la piel, podremos penetrarla en los orificios de las glándulas y por ellos absorberse; pero de esto á traspasar los areobitos la capa córnea íntegra, hay grande diferencia. Nos inclinamos por tanto á admitir que las bacterias y micrococos observados no procedían de generacion directa por gérmenes aéreos. Ademas, nosotros, en anteriores estudios, hemos tenido ocasion de ver que las generaciones bacterídicas, desarrolladas en líquidos apropiados por gérmenes del aire, son más numerosas, determinan colonias muy pobladas de individuos diversos, caténulas, bacilus, vibriones, largos bastoncillos, micrococos y hasta infusorios.

La poquedad numérica por un lado, la menor determinacion de los contornos, la cortedad del cuerpo bacteriforme y la escasa marcha, así de ellos como de los micrococos, constituían diferenciales de lo que en otros organites hemos observado hasta el presente.

¿Serán dichos micrococos y bacterias las esenciales y

las productoras de la podredumbre hospitalaria? Nos inclinábamos entónces á considerarlo como muy posible. Hechos clínicos posteriores vinieron á dar sancion á la sospecha.

Sometido el paciente á la aplicacion tópica diaria y *bis* del cloruro de zinc líquido, aquella masa blancuzca comenzó á modificarse. Grado á grado disminuyó su espesor, mejoró su aspecto, y al fin aparecieron carnes rojas, perdiendo el pié la tumefaccion que lo agrandaba. Poco despues la úlcera, no sólo estaba completamente limpia, sino que, con sorpresa, apareció tan pequeña y adelantada en su reposicion cicatricial cual si en su marcha propia no hubiera intervenido el accidente de la podredumbre. El hecho fué tan claro, tan patente, que para nosotros no ofreció ninguna duda. El proceso gangrenoso se había circunscrito á los mamelones embrionarios de la úlcera hinchados, supercrecidos y fungosos; por debajo nada había ocurrido, y la naturaleza continuaba su labor recorporativa de los daños ocasionados por el primitivo traumatismo. Luégo veremos las consecuencias prácticas que pudimos sacar de tan curioso hecho.

El practicante del enfermo, viéndole ya en perfecta curacion, y que su ausencia de la Sala sobrecargaba de trabajo al otro compañero, nos preguntó si podría trasladar ya al paciente á su antigua cama, á lo que contestamos que no. Pasados otros días volvió á hacernos la pregunta; insistimos en la negativa, añadiendo que diese un baño general al enfermo, que mudara completamente sus ropas, quemara bien pinzas y tijeras, que no las volviera á usar para ningun enfermo, y que aguardase órden.

Las operaciones estaban suspendidas, tocábamos el final del curso y existían tres pacientes que operar con urgencia. Uno que exigía la reseccion de algunos huesos del pié; una mujer reclamaba igual operacion, y otra había que extirparla un pecho.

Ejecutadas las operaciones, creyéndose que habíamos olvidado el enfermo aislado, y que al emprender opera-

ciones nada habría de temer, lo trasladaron sin esperar la órden á la Sala, donde nos sorprendió verle ocupando su antiguo número.

En tan apuradas circunstancias, reuní los compañeros y les dije:

Conferencia sobre puntos circunstanciales referentes á la podredumbre.

—Señores, van pronto á separarnos las vacaciones de verano. La urgencia y la gravedad de los casos no permitían que difiriésemos más las operaciones. Tuvimos forzosamente que hacerlas en para mí aún temerosas circunstancias. Hoy habeis visto la deplorable falta de haber trasladado á la clínica el enfermo del 20, lo cual agrava la situacion.

Direis que está curado hace ya muchos días. Cierto que, por parte de su úlcera, nada hay que temer; pero yo temo aún por parte de su piel. La erisipela tarda mucho tiempo en agotar sus últimas descamaciones, y si la del enfermo, como nos oisteis opinar, no era una erisipela simple, sino específica, propia de la podredumbre determinada por las bacterias que en la linfa vimos, y de la misma naturaleza que las que, actuando en partes ulceradas, provoca la gangrena hospitalaria, entónces los tres recientes operados corren peligro de ser acometidos de la podredumbre. ¿Podremos evitarlo? Ya el mal está hecho; andaremos prevenidos. Habeis visto los seguros efectos del cloruro de zinc y cómo destruye la temida gangrena. Su accion es racional, científica, y por tanto eficaz. Nuestro ánimo no se halla bajo el temblor de la impotencia; pero, de todos modos, es deplorable tener que afrontar nuevos peligros.

Antes que se realicen, adelantemos con el pensamiento cómo pueden venir y cuáles puedan ser. Así podremos evitar lo evitable y tener discurrida la conducta que juzguemos preferible.

La piel que una vez se afecta de erisipela, necesariamente se descama; las células secas y sutiles, leves y ligeras como el más leve polvo, se esparcen por la cama; el aire las arrastra al tiempo de las curas, y más al mudar las

ropas. Todo esto debe haber pasado ya. Teniendo en cuenta tales hechos, que no porque sean difíciles de percibir directamente por los sentidos dejan de ser ménos evidentes, seguimos la conducta de tener embadurnada la piel afecta con la disolucion del nitrato argéntico. En su virtud quemamos muchas células y debimos matar infinito número de los espórulos, que, pegados á ellas, se esparcen por el aire, de la misma manera que en otoño vemos volar las pequeñas semillas del cardillo. Pero tras una exfoliacion sucede otra, y la remuda subsigue mucho tiempo. Si los micrococos y bacterias pueden destruirse con los agentes que atacan cualquier ser orgánico, no parece resultar tan fácil respecto á sus espórulos, dotados por la naturaleza de ciertos medios protectores; la debilidad de la pequeñez se compensa por el número. Sin duda que en el presente año, frecuente, por desgracia, en accidentes nosocomiales, hemos tenido ocasion de adquirir experiencia sobre estas cuestiones, y que todos nosotros estamos contentos de los efectos obtenidos por los medios informados en las doctrinas modernas; pero tambien hemos tenido ocasion de comprobar lo difícil que es matar del todo, por completo y pronto, esos gérmenes morbosos. Perseguidos, se les ve decaer, disminuye la intensidad de sus efectos; siguiendo la persecucion, amenguan más; pero, áun así, de tiempo en tiempo suelen dar nuevas manifestaciones. Las erisipelas, las diarreas que comenzaron á los principios del curso, las habeis visto debilitarse individual y colectivamente, como doblarse y ceder ante los medios empleados para combatirlas, pero con cierta inclinacion á volverse á elevar cual caña que se pisa.

La podredumbre del niño, primer afectado, sobrevino en 28 de Marzo, y nos hallamos á final de curso luchando contra la reaparicion.

Hallándose los operados con el apósito de Lister y bien cubiertas las heridas, parecería lo mejor dejarlas así, retardando la cura cuanto fuese posible. De este modo no es fácil que los espórulos del enfermo del 20 vayan á caer

sobre las heridas de los recien operados. Por desgracia, la clase de operaciones ejecutadas no permiten seguir tan discreta conducta.

Una operacion consiste en la reseccion del astrágalo y extremidad inferior de la tibia; otra, en la reseccion de las tres cañas y parte del cuboides; son operaciones que no pueden curar por primera intencion, que supuran larga fecha y que hay necesidad de curar dos veces cada día. Lo haremos bajo la pulverizacion fenicada; pero no hay que hacerse ilusiones: mucho podrá evitar, pero á la acometida de un enjambre, por más que manoteemos, es imposible librar las picadas de algunas de sus avispas. Por otra parte, tengo para mí que los esporos de la podredumbre no germinan sobre las heridas recientes. Esos séres necesitan, como todos, el concurso de medios externos para la vida. Así como hay tierras en que nace la vid, y otras en que, aunque se planta, no prospera, así cada especie de espórulo necesita su campo apropiado: el *tricófito tonsurante*, el cabello; el *leptotrix buccalis*, las membranas de la boca, etc.

No sé si os habrá llamado la atencion que los casos que hemos tenido de podredumbre han recaido en úlceras ya muy mamelonadas, y no en los operados recientes, cuyas heridas fueron reunidas por sutura. Recordadlo: el niño tenía una úlcera muy bien mamelonada, resultante de una herida contusa producida por una máquina. El operado de la sien y de la cara, otra úlcera extensa en reparacion y con grandes mamelones. El núm. 20 otra extensa úlcera en proceso reparativo, tambien de orígen traumático y muy mamelonada. Parece, pues, que el campo apropiado para la germinacion de la semilla de la podredumbre es el tejido embrionario mamelonar de las ulceraciones.

Y ahora salta otra cuestion: ¿por qué si los esporos de la descamacion de la piel del enfermo núm. 20 tememos que puedan ir á depositarse y germinar sobre pacientes distantes, no vuelven á atacar su propia úlcera, aún subsistente y bien mamelonada? Si los esporos existen y son la causa del mal, en ningun punto pueden encontrarse más

vecinos ni en número mayor. No necesitan volar ni ser trasportados por el aire. Hallan el terreno abonado en su propia vecindad. Sin duda alguna que la observacion parece justa. A nosotros no sólo nos parece así, sino tambien trascendental. En efecto; vemos en esto un hecho cierto de *aireinoculacion*, un fenómeno comun á la mayoría de las enfermedades inoculables, que, á la vez de dicha cualidad, presentan la de poner al organismo, por más ó ménos tiempo, en condiciones que le hacen exento de recibir de nuevo el mismo gérmen.

La pregunta curiosa que nos hicimos, tiene su explicacion en el importante descubrimiento de la vacuna.

Ved otro dato más sobre todo lo que hemos dicho, y sobre lo que ha declarado el microscopio, que nos inclina poderosamente hácia la opinion de la naturaleza parasítica de la podredumbre.

La tercera operacion, como sabeis, corresponde á la operada de extirpacion de la mama. Su herida está bien suturada; es casi seguro que cicatrizará por primera intencion y que no debe temerse cosa grave.

Vigilaremos diariamente los enfermos. Los curaremos dos veces cada día bajo la pulverizacion de ácido fénico. Ya habeis visto que la enfermedad aparece de la noche á la mañana. En el operado de la sien pudísteis ver con gran claridad la marcha. Al día siguiente de haberse declarado en el niño pasamos visita cuidadosísimamente, y registramos, con la atencion del que busca algo, uno por uno. El operado de la sien ya ofrecía alguna indicacion. A la mañana siguiente, la úlcera estaba blanquecina hácia su centro; tal cambio en un período de reparacion, franco hasta entónces, era mucho para sospechar, poco para tomar la enérgica medida del cloruro de zinc. En aquella mañana no había fiebre. En la siguiente, la fiebre característica y la erisipelacion especial del cuello no hacía necesario levantar el apósito para asegurar lo que pasaba. La ulceracion, cubierta de una costra diftérica, ofrecía el aspecto propio de los primeros estragos de la podredumbre.

En virtud de lo dicho nuestra vigilancia hoy debe ser grande, y crecer á medida que las heridas se vayan cubriendo de mamelones. Si por la visita de la mañana ó de la tarde encontramos las partes pálidas en cualquier punto, lo tocaremos con la disolucion cáustica del cloruro de zinc, más ó ménos puro, y lavaremos despues la superficie toda con otra disolucion más débil. Si la erisipela y la fiebre se llegan á presentar, bañaremos la region afecta y las vecinas con la disolucion argéntica. Lo que más importa es cortar el incendio en los principios.

Ahora pasan ante mi mente en fúnebre procesion una fila de víctimas que salen de sus tumbas para enseñarme lo que un día pasó casi inadvertido ante mis ojos ignorantes. ¡Oh poder de la imaginacion al despertar de la memoria! ¡Cuán poco faltaría, si ahora no fuese dueño de mí mismo, para que creyera en una real aparicion! Soldados esqueléticos amputados de piernas y de brazos. Jóvenes que parecen viejos podridos, cuyo vientre y muslo, atacado de una úlcera cenicienta y repugnante, provino de la simple dilatacion de un bubon venéreo. Y tú, tú, pobre mio, á quien tantas veces curé con la solicitud que procura el remordimiento reparar los daños que indirectamente se cometen. ¡Tú! pobre enfermito de en medio de la fila derecha de la segunda sala de la entrada del hospital de San Juan de Dios; tú, á quien, como alumno encargado, apliqué dos moxas en tu columna vertebral por órden de mi maestro; tú, cómo te vuelves y me enseñas tu horrorosa espalda comida, putrilaginosa y desgajada desde el cuello hasta el sacro!....

Dejemos estas penosas sombras. Dichosos vosotros, que de hoy más podreis despejarlas á la luz de los modernos conocimientos. Dichosos nosotros, que al presente no es tan fácil pase la enfermedad inadvertida, dejándola recorrer sus períodos y llevando el estrago á otros enfermos.

Relacion de la marcha de los tres operados.

No hay que decir cuán vigilantes andaríamos todos sobre la marcha de los tres operados.

En ninguno había ocurrido nada en los momentos subsiguientes á la operacion. La operada de reseccion se quejó de dolores en la parte, y tuvo vómitos clorofórmicos; por lo demas, no hubo cosa digna de mencion. Dos días despues de la antecedente conferencia, como pasáramos primero visita á la sala de hombres, notamos en el resecado un grupo de mamelones correspondientes al lado interno de la herida, algo supercrecidos y de color pálido. Inmediatamente, y sin esperar á más, lo tocamos con el zinc líquido, y lavamos é inyectamos todo el hueco de los huesos con otra disolucion de zinc ligeramente cáustica. No había fiebre.

Pasamos á la sala de mujeres. La herida del pecho no ofrecía novedad; la enferma estaba cual si no hubiera sufrido operacion ninguna; tenía apetito y nos pidió alimento.

La enferma de la reseccion hallábase angustiada. El pié algun tanto engrosado. La herida, en lo que podía reconocerse por estar suturada en su mayor parte, parecía atónica; la paciente era linfática, de carnes blandas y blancas, en ese tipo particular que acompaña á la cáries de los huesos y que se supone exageradamente debido al escrofulismo. Por lo demas, no pude observar otro fenómeno que confirmara las sospechas; y como los dolores habían mortificado á la paciente, no creí discreto hacerla una cura dolorosa.

A otro día, el enfermo tenía alguna fiebre y aparecían á los alrededores de la operacion algunas manchas eritematosas. Las carnes estaban como se ponen por efecto del cloruro de zinc.

Se repite la cura del día y la tarde anterior.

La operada de pecho, sin novedad.

La de reseccion había pasado mala noche. Tenía fiebre, y fiebre del carácter observado en los anteriores acometidos de podredumbre. El pié estaba agrandado. Descubierta la parte, se notan manchas eritematosas sembradas de la herida para arriba hasta la mitad de la pierna. La herida, hinchada, ha roto los puntos de sutura próximos al

drenado; está sucia, algo cenicienta. La mecha de crin ofrece entre sus hebras algunos grumitos como formados de polvos blancos aglutinados por la humedad. Cura con cloruro de zinc líquido, llevado por medio de bolas de algodon, en una pinza, y que, entrando por la abertura del drenado, procura barrer todo el hueco resultante de la extraccion de los huesos. Lavado con abundantes inyecciones de la disolucion.

Por la tarde:

Enfermo resecado. Sin novedad. Las placas erisipelatosas están establecidas; son pequeñas y se extienden poco. No se cauteriza. Lávase solamente con la disolucion.

Enferma del pecho. Regularmente.

Enferma del pié. Más urencia, y frecuencia y pequeñez del pulso. Nuevas placas eritematosas suben por la pierna. Herida igual. Igual cura.

Día siguiente:

Enfermo resecado. Sin fiebre. Placas erisipelatosas leves, y cual si por algunos puntos estuviesen empolvadas. Herida limpia y de color rosado. Lavatorio con disolucion débil de cloruro.

Enferma del pecho. No tiene tan buena cara. Algun movimiento de pulso. Herida eritematosa hácia el lado derecho de su borde superior.

Enferma del pié. Igual estado general. Pié más grande. Placas eritematosas como tostadas y polvoreadas. Nuevas manchas se presentan en la rodilla. Aspecto de la úlcera igual; muchos grumitos cenicientos en el drenaje. La misma cura enérgica.

Por la tarde:

Enfermo resecado. Sigue bien.

Enferma del pecho. Algo subida la fiebre; más visible el eritema. Disolucion de nitrato de plata.

Enferma del pié. En igual estado. La herida da dos productos que parecen de diversa procedencia. Da serosidad sucia que mancha el apósito, y da pus que arrastra el lavado. La misma cura.

Día siguiente:

Enfermo resecado. Bien. Buenos mamelones rojos; puede considerarse libre del accidente.

Enferma del pecho. Fiebre característica de la podredumbre. Labios de la herida hinchados hácia el lado derecho y entre los puntos de sutura. Erisipela evidente con sus placas arrugadas, como quemadas y pulverulentas. Placas eritematosas repartidas á distancia.

La enferma es vecina de Madrid; suplico al Dr. Gutierrez que cuide de trasladarla á su casa y que se encargue de su asistencia.

Enferma del pié. Hinchazon del muslo. Herida y erisipela igual. Estado general, rápidamente decadente. Por la tarde, peor.

Día siguiente:

Decido y practico la amputacion por el tercio inferior del muslo.

La operacion fué hecha á colgajos; observando el posterior, entre la piel y la aponeurósis, vimos una gota de pus; comprimido el sitio para averiguar de dónde provenía, asomaba en el calibre de una vena de paredes engrosadas; exprimiendo su trayecto, salió varias veces pus concreto en forma de cilindro. Sobre la podredumbre teníamos una flebítis supurada.

Nada más ocurrió hasta el fallecimiento, que tuvo lugar dos días despues.

Concluiremos esta parte con la referencia verbal que hizo el Dr. Gutierrez de su enferma. El proceso gangrenoso no pudo evolucionar, ya por falta de campo mamelonado, ya por virtud del tratamiento. En cambio la erisipela llegó á hacerse muy rebelde, salpicando sus placas por todo el pecho y por las partes superiores de la region abdominal.

No obstante, el nitrato de plata aplicado con insistencia, y el régimen higiénico y de las curas, dominaron la situacion, quedando la interesada completamente bien.

No hemos de pararnos á registrar si alguien ha tratado ó no de las erisipelas éstas, compañeras inseparables de los primeros períodos de la podredumbre hospitalaria. Lo que podemos decir es que lo que de ella sabemos no es más que lo que en el presente curso se ha ido viendo en los enfermos de la clínica, y que acabamos de referir. Así, al correr de la pluma, como se puede escribir en un mes de verano lo que pasó en el año, sin datos de erudicion y solamente ayudado del confuso y revuelto almacen de la antigua, habitual y rápida lectura, no sabemos que se pueda haber escrito sobre el particular. Nos parece que lo referente á la podredumbre procede en su mayor parte de la cirugía militar. Sus profesores harto tienen que hacer con curar y asistir fatigosamente tanto número de heridos. No pueden ménos de haber visto los hechos gordos, la supercrecencia de los tejidos, su aspecto sucio atocinado, sus vasos varicosos, sus hemorragias capilares, sus detritus abundantes, las pérdidas que ocasionan, la fiebre que acompaña y algunos otros fenómenos. Pero no es fácil que hayan tenido ni tiempo ni tranquilidad de espíritu para ocuparse del hecho de la erisipela, que por otra parte es transitoria, y suele ocurrir como cosa comun en gran número de otras heridas.

Mis maestros de Cádiz procedían algunos del Cuerpo de la Armada. El mayor número eran personas ilustradísimas y á nivel de los conocimientos de su tiempo. Conocían la historia médica de la guerra de la Independencia. Otros navegaron en los restos de nuestra Armada y asistieron á los combates de la guerra de la insurreccion de las Américas. Estos diagnosticaban pronto, cuando tenían servicio clínico, la gangrena hospitalaria.

Los profesores ménos antiguos solían pasar por delante de los enfermos sin darse cuenta exacta de lo que ocurría. Era comun que pronunciaran la palabra *fagedenismo*. Despues de muchos tanteos, y muy avanzada la enfermedad, solía ordenarse el tratamiento por el ácido nítrico fumante, aplicado con un pincel.

Nosotros leimos algo de la guerra de Crimea; conservamos algunos recuerdos de los estragos que la podredumbre causó en sus heridos; no hemos tenido ocasion de estudiar los voluminosos escritos médicos de la guerra norte-americana; algo importante debe encontrarse en ellos. De todos modos, el conocimiento general de la mayoría de los profesores nacionales y extranjeros se reduce, sobre poco más ó ménos, á lo que todos sabíamos del particular ántes del presente curso.

Como fuera de las guerras y de la asistencia quirúrgica en algun hospital no se presentan ocasiones de ver ni estudiar tan grave afecto, hemos creido conveniente dar cuenta de las anteriores observaciones y de los pensamientos que nos han sugerido.

Nos parece que entre los pacientes del Instituto y los que ahora recordamos bien, del hospital militar y San Juan de Dios de Cádiz, existen algunas diferencias sintomáticas. Quizá sea debido en parte á las diversas regiones atacadas en los unos y los otros; pero creemos que el verdadero motivo de la diferencia estriba en que aquellos pacientes, tratados por los ineficaces medios comunes, llegaban á sufrir destrucciones enormes de tejidos que en los nuestros hemos evitado.

Si por una parte ha pasado inadvertida la existencia de la erisipelacion concomitante al primer período de la podredumbre, si por otra un tratamiento ineficaz permitía á la causa morbosa llevar al último término sus estragos, es evidente que el cuadro sintomatológico debe ofrecer distinto colorido. Ademas, fuera de las ideas culminantes, contagiosidad, putrescencia, grandes destrucciones, fiebre, etc., las ideas patogenésicas, y hasta mucha parte de la sintomatología, aparecían confusas.

Hemos indicado que algunos profesores rotulaban á veces los enfermos con el nombre *fagedenismo*, y creo, si no recuerdo mal, haber leido algo que demuestra no ser solos en usar dicho nombre al pretender calificar tipos bien claros de gangrena hospitalaria. Por nuestra parte,

hemos visto muchas veces al fagedenismo en la práctica civil; en las úlceras venéreas balano-prepuciales es una complicacion harto frecuente. Esos glandes destruidos por la ulceracion, esas uretras perforadas, débense casi siempre á la complicacion fagedénica. Sus caractéres son tan diversos de la gangrena hospitalaria, que no concibo cómo puedan confundirse.

Decíamos ántes que entre las observaciones recientemente recogidas y las antiguas nuestras había ciertas diferencias, mejor dicho, una laguna, falta de un eslabon. En el Instituto ha faltado el cuadro putrilaginoso, el verdadero desgaje extenso de los tejidos. Sin duda que se debe al tratamiento empleado. En nuestros enfermos se han impedido las grandes supuraciones, y esto modifica la ulterior fisonomía de la podredumbre. Los primeros actos morbosos se circunscriben anatómicamente al tejido embrionario de la ulceracion simple primitiva; pero abandonando el mal profundiza y los tejidos subyacentes supuran, se atonifican por efecto de las embolias de los capilares que los nutren, y entran en regresion putrilaginosa.

La marcha, pues, de la causa en su evolucion patogenésica, es algo complicada. Los microorganismos invaden el tejido embrionario, excitan sus mamelones, los fluxionan é hinchan. La hinchazon y fluxion linfática se extiende á toda la parte del miembro ó cuerpo invadido, y agiganta sus proporciones. Los organites pasan á los capilares, los obstruyen y alteran su sangre. Atacada la circulacion capilar, vienen las mortificaciones parciales. Algunos pasan al torrente circulatorio, determinan la fiebre, y van á ser expulsados hácia la piel en colonias mayores ó menores, representadas por las placas erisipelatosas. Es probable que, ademas de esta larga vía circulatoria, los organites pasen directamente á la úlcera por entre el dérmis á reunirse en placas y determinar los eritemas. Conocida la emigracion de la triquina, es fácil que estos otros séres más pequeños se abran de un modo análogo el camino. Cuando, avanzado el mal, toda la capa atocinada embrionaria

cae en detritus, la úlcera deja de ser excrecente, para convertirse en honda, excavada y despegada. Ya el organite patogenésico no puede habitar su antiguo domicilio demolido; se exparce por las membranas celulares inteorgánicas, que aparecen blancuzcas y con cierto engrosamiento. Así van ganando grandes regiones, y disecando los órganos que dichas membranas debieran proteger. De esta manera hemos presenciado más de una vez en aquellos hospitales quedar la arteria femoral completamente disecada, latiendo á nuestra vista en un campo de soledad bañado por pus verduzco y ceniciento. Desde los principios de estos períodos se cambia ya el carácter de la primera fiebre por otra de puohemia lenta; los enfermos van enflaqueciendo y muriendo á pedazos, ó fallecen con mayor rapidez, como nuestra operada, por efecto de la complicacion de la flebítis.

De lo que hemos dicho, una parte está tomada fotográficamente de nuestros enfermos del Instituto. Otra parte se ha escrito sobre vivísimos recuerdos de enfermos que asistimos como alumno. Otra, la última, corresponde al enjuiciamiento necesario para explicar y coordinar los hechos individuales, sacando de ellos la posible doctrina que los explique y la enseñanza que nosotros hemos obtenido.

Si la nosología y su raíz patogenésica son exactas, el tiempo lo dirá. Pero afirmamos que con lo dicho se explican bien la mayor parte de los fenómenos observados, y que á su luz se ven indicaciones claras y medios higiénicos y terapéuticos racionales que emplear, cuya utilidad la clínica ha sancionado por otra parte.

Juzgamos que no deba pasar inadvertida la concomitancia de la erisipela específica en los primeros períodos de la podredumbre, ni el hecho de haber visto realizada nuestra prediccion, al temer que los últimos restos descamativos de dicha erisipela, proveniente de un enfermo curado ya de la gangrena, produjera la enfermedad en los tres últimos operados, no obstante que habitaban dos Salas di-

versas. Los seis invadidos de podredumbre durante el curso han dado materia suficiente para un estudio, si no fructífero, al ménos cuidadoso.

Hemos procurado utilizarlo, consiguiendo lo que podía esperarse de nuestra buena voluntad, impedida por nuestra natural torpeza. Por lo que toca á los resultados finales, no sentimos descontento.

Cortamos el incendio en la primera invasion, y salvamos los dos pacientes asistiéndolos fuera del hospital. Suspendimos el segundo incendio trasladando al interesado á otro local; se nos introdujo nuevamente el fuego, prendiendo en tres operados; en uno bajo la forma exclusivamente erisipelatósa, porque las condiciones de su herida no lo permitía de otra manera; dos bajo la forma completa pultácea, diftérica y erisipelatosa. De dichos tres enfermos, dos curaron por el tratamiento y uno falleció. De la suma de los seis, resulta un solo fallecido. Tenemos el convencimiento de que, no obstante la hondura y desigualdad de la herida, que dificultaba la aplicacion exacta del remedio, la enferma no hubiese fallecido de la podredumbre si la flebítis hubiera dado tiempo. Estos resultados nos animan, y esperamos, si adquieren publicidad, cosa difícil siendo nosotros los que hablamos, que han de mejorar la triste suerte reservada á los enfermos análogos.

Resumiendo.

Corolarios relativos á la podredumbre.

La podredumbre hospitalaria ofrece los caractéres generales correspondientes á los padecimientos, cuya causa averiguada procede de microorganites parasíticos. Es, por tanto, eminentemente inoculable y contagiosa, inmediata y mediatamente.

La erisipela que aparece en el primer período es producida por los mismos organites, y en el líquido de sus vesículas los demuestra el microscopio.

El contagio se puede verificar por el trasporte de las descamaciones del epidérmis de un indivíduo, mucho tiempo despues de estar su úlcera libre de la podredumbre.

La anterior observacion obligá á separar dichos individuos de las Salas, tanto como á trasladar á locales especiales á los otros invadidos de gangrena.

Este contagio, como el de la viruela, no parece ser reinoculable.

El éxito de la curacion individual y la profilaxia de las invasiones, estriba en diagnosticar pronto, en los primeros momentos, la podredumbre.

Las úlceras mamelonadas y en buenas condiciones que, existiendo en un enfermo asilado en hospital, cambien repentinamente de color, tornándolo pálido y como diftérico en una extension mayor ó menor, son sospechosas. Si algunas horas despues la capa se ha extendido y ha engrosado, levantándose fiebre con pulso pequeño, la existencia de la podredumbre es muy probable.

Si con esto coincide la aparicion de placas separadas eritematosas hácia el punto que ocupa la ulceracion, salpicando otros algo más distantes, la enfermedad es evidente.

El aspecto pulverulento de algunos puntos de las placas, es patognomónico.

Todos los puntos eritematosos deben lavarse con una disolucion argéntica á saturacion, persiguiendo las placas que nuevamente aparezcan.

La podredumbre puede dominarse fácilmente miéntras no traspasa el campo hinchado sub-aponeurótico. El recurso eficaz consiste en bañar la masa pulposa con cloruro de zinc líquido y puro. Este cáustico desecante penetra más, no se corre, y duele ménos que el ácido nítrico y los demas medios que hasta aquí se han empleado.

Los cirujanos, practicantes, enfermeros y útiles de toda clase que sirvan para asistir á dichos enfermos, deben quedar absolutamente confinados é interdichos con todo otro herido ó ulcerado de distinta clase.

Debe proscribirse todo ungüento.

Debe usarse como apósito la cura de Lister. Ni evita ni cura el mal, pero es la que mejor se presta al aseo en estos casos.

Otro de los puntos nuevamente estudiados en el presente ejercicio, y que sin duda ofrece bastante utilidad práctica, corresponde al enfermo que ocupó el número 2 de la sala de hombres, cuya historia sigue: Periostítis del temporal derecho.

«Tomó entrada el 12 de Setiembre, ocupando la cama número 2, C. del O., robusto labrador de 31 años de edad; sin causa apreciable para él, sin ningun antecedente morboso de que pudiera dar cuenta, ni en sí ni en su familia, sintió dolor hácia la sien derecha, coincidente con hinchazon de la parte y dificultad para abrir la boca. Desde las primeras molestias hasta la fecha de la entrada, habían trascurrido cuatro meses. Los dolores y la hinchazon fueron creciendo. Se alteró el estado general con fiebres altas. La hinchazon se extendió á la cara y cuello, y algo hubo de supurar, por cuanto en la primer visita observamos las particularidades siguientes. Considerable asimetría del cráneo, y ménos de la cara. La parte lateral derecha del cráneo aparecía mucho más voluminosa que la izquierda. El exceso mayor correspondía á la fosa temporal y á la region zigomática. La hinchazon era muy dura. Hácia el ángulo externo del ojo existía una abertura fistulosa en forma de culo de pollo, por donde alguna que otra vez, comprimiendo las partes, asomaba una gotita de serosidad puriforme. La oreja estaba despegada, algo engrosada, muy saliente, y contribuía á aumentar el aspecto extraño del individuo. En el cráneo, detras del pabellon de dicha oreja, se abrían dos pequeños orificios con iguales caractéres que los del ángulo del ojo. Otro tercero existía en forma de hendidura en el punto de juntura del mismo pabellon, y un cuarto dentro del conducto auditivo externo. Desde allí saltaban por debajo de la apófisis mastoides, siguiendo el espacio externo mastoideo, otros varios orificios fistulosos en forma tambien de culo de pollo, y bastantes cicatrices de antiguas fistulaciones ya cicatrizadas. Acompañaba á todo esto muchos infartos glandulares y esas coloraciones que afecta la piel cuando se ulcera por muchos orificios fistulosos. El Historia clínica de Cecilio del O.

enfermo tenía alguna frecuencia de pulso sin llegar á fiebre; su edad y robustez propia le habían permitido conllevar sus males y difícil alimentacion, sin mucho detrimento general. Sus arcos dentarios se hallaban encajados á manera del trismo.

La impresion que el enfermo nos causó y la misma poquedad de antecedentes nos obligó á pensar en alto sobre su diagnóstico, resultando una de tantas notas clínicas del curso.

Su contenido era el siguiente:

Nota clínica sobre Cecilio del 0.

— No sé si á Uds. les pasará lo que á mí. Al ver á este enfermo con tantos orificios aborujonados, con tantas cicatrices pequeñas, sus glándulas infartadas y el color de la piel de los alrededores; al mirar el volúmen de la mitad de su cabeza y todo en su conjunto, se ocurre, por la enseñanza clásica adquirida, pronunciarse á favor del diagnóstico de ser esto una manifestacion escrofulosa. Veo que asentís, y presumo que todos los que viesen al paciente asentirían, y que las particulardades que voy á señalar no podrán desarraigar del todo la anterior impresion.

Observemos primeramente que no es campo abonado para el escrofulismo un trabajador de 31 años de edad, tan fuerte, tan robusto y fibroso cual lo es éste; robustez tal que ha resistido cuatro meses de pertinacísimos dolores, fiebres y la dieta líquida á que le obliga no poder alimentarse de otro modo.

Direis que el infarto de las glándulas es un testigo de mayor excepcion. Pero yo os digo: ¿No podrá esa idea que tenemos sobre el infarto de las glándulas ser exagerada?

Dada una úlcera venérea, se infartan las glándulas inguinales, supuran y se llama bubon, no escrofulismo. La sífilis infarta muchas glándulas, y no por eso son otra cosa que infartos sifilíticos. Por observacion personal puedo afirmarles que á la erupcion de las muelas del juicio se hincharon é infartaron mis glándulas del cuello.

No es fácil que el enfermo nos dé la crónica de la sucesion de sus fenómenos morbosos. Para eso se necesita cierta ilustracion y hábito de observar; pero aseguro y tengo por evidente que el padecimiento comenzó por la sien, que allí dolía y sentía tirantez cuando el cuello se encontraba completamente ileso.

Pero ¿y ese género especial de bocas fistulosas, y esas cicatrices y esas coloraciones ya más ó ménos morenas, ya pálidas ó tirando á lo violáceo, y que dibujan el cuadro perfecto de los padecimientos escrofulosos?

Los cuadros pueden ser y suelen ser figuraciones de cosas inexistentes. La cáries que determina en una falange el flemon ocasionado por la puntura del dedo, no se dirá que sea una cáries escrofulosa; y, sin embargo, pasado el período agudo, mirad la piel hinchada á la manera que aquí, y con todos los matices de esas coloraciones.

¿La multitud de fístulas ni de cicatrices dice nada, por ventura, á favor del escrofulismo?

Cuando una periostítis ó una cáries, sean ó no escrofulosas, se encuentren encerradas por masas musculares y aponeurósis resistentes, al buscar salida á sus productos lo hará minando, y minando como pueda en varias direcciones. Esta ley de la resistencia de las partes lo mismo da lugar á los orificios múltiples en los afectos óseos dependientes del escrofulismo que en los de orígen traumático; y de igual manera en unos y en otros, y por igual motivo que las viejas fístulas de ano y las perineales urinarias, se procuran muchos caminos y múltiples orificios de salida.

En nuestro juicio, admitir en este enfermo la entidad escrofulosa, y pretender con hierro, aceite de hígado de bacalao, iodo, etc., curarle su enfermedad, es seguir un camino inútil por haber partido de un punto equivocado.

Y, sin embargo, ¿qué hacer? ¿Qué tratamiento emplear?

Poco se ocurre planteado así, anticipadamente, el problema terapéutico.

Si pudiéramos, por el análisis de los síntomas y el curso de la dolencia, establecer un diagnóstico acertado, es se-

guro que de él surgirían las indicaciones, ya radicales si el padecimiento resultaba curable, ya paliativas en contrario caso.

Hasta ahora sólo hemos criticado cierta opinion. Hemos procurado ponernos en guardia contra ideas que fácilmente se ocurrían, y que, llenando toda la mente, habían de empeñarnos en una conducta ineficaz y de nulos resultados.

Mas envuelta en esa idea que hemos combatido existen englobados, y por la misma idea oscurecidos, otros factores que da la observacion. Los voy á señalar, y son patentes. Aquí hay una poderosa estrangulacion. Toda la mitad derecha de la cabeza está tan aumentada de volúmen que, ó la caja ósea es mayor, ó son las partes externas las que causan el fenómeno. Bien reconoce el tacto que la dureza no es ósea; luego son las partes exteriores. Están duras, muy duras, pero es la dureza de la estrangulacion. Existe aquí la aponeurósis externa del crotáfites, y la region cerrada y comprimida facilita el fenómeno morboso. Ved aquí un factor que seguramente es cierto, y que quizá posea el carácter de raíz patogenésica.

El otro factor lo constituye el hecho de que lo esencial y principalmente afectado por bajo de la aponeurósis es el periostio del temporal. Los músculos supuran difícilmente, son muy pasivos á las causas morbosas. Si se exceptúa el reuma, pocas cosas hacen mella en ellos. Despues de los huesos y de los ligamentos, son las partes más dispuestas á roturas; pero las consecuencias de la lesion actúan poco en su masa; van á obrar por responsabilidad sobre otros tejidos, como ya sabeis. Es, por consiguiente, la superficie del temporal la que debe hallarse afecta. Y con estos dos factores basta y sobra para tener un juicio diagnóstico suficiente.

Periostítis del temporal con estrangulacion aponeurótica.

— ¿Pero y la causa de esta periostítis? — os preguntareis seguramente.

No lo sé; sólo tengo sospechas; pero nos basta con

saber que no es sifilítica, ni tampoco escrofulosa. Lo que se ve aquí de un modo claro, es que tenemos en la region temporal lo que ocurre en un panadizo de la mano.

Existe una inflamacion del hueso, y sus productos han ido minando difícilmente por bajo del crotáfites como han podido, en diversas direcciones. Así vemos una abertura en el ángulo externo del ojo, varias detras de la oreja, otra dentro del mismo conducto del oido, otras detras de la rama de la mandíbula. A partir de estos hechos positivos, la indicacion terapéutica viene por sí misma: desbridar. Mas ¿cómo en una region cual la presente, hiriendo vasos tan difíciles de ligar en el campo estrangulado? Esta es la cuestion. Necesita pensarse. Ahora no sé cómo resolverla. Entretanto observaremos.

Desde el 12 de Setiembre, día de la entrada, hasta el 8 de Noviembre, estuvimos observando la marcha de la enfermedad y estudiando el difícil problema.

Entretanto nos atuvimos á las generales de la ley: higiene, ioduro potásico, cataplasmas emolientes laudanizadas, tintura de iodo, etc., y á lo que exigía el estado febril y los dolores que con frecuencia atormentaban.

No hay que decir que nada se adelantó; por el contrario, la poderosa naturaleza del enfermo, agotada, se dobló al peso de su mal.

Muchas vueltas habíamos dado á la cuestion, y al fin nos decidimos por lo que, ántes de operar al enfermo, manifestamos á los compañeros de este modo:

Segunda nota clínica sobre el mismo enfermo.

— Cuatro meses de enfermedad contaba el núm. 2 al llegar al Instituto. Del 12 de Setiembre al día de la fecha, han trascurrido tres meses ménos cinco días. Va, pues, corrido más de medio año, y la enfermedad, avanzando, ni lleva trazas de aliviarse por los medios empleados, ni la razon dice si no que ha de llegar necesariamente hasta su término infausto.

La indicacion que nos pareció reclamada desde el pri-

mer día se formulaba en desbridar, en dilatar los tejidos de manera que cesara su opresion, causa perenne fomentadora del proceso irritativo; desbridar y dilatar de modo que los productos supurados tuvieran directa y fácil salida, impidiendo así las minaciones y reduciendo á una tantas aberturas fistulosas.

La simplicidad de la idea contrastaba con las dificultades que se ofrecían para realizarla, hasta el punto de confesar públicamente que no sabíamos cómo poderlo hacer. Desde entónces hasta hace pocos días, no he dejado de meditar sobre el asunto. Si no he acertado, creed que no ha sido por ligereza ni falta de interes.

En las ménos palabras que pueda daré á Uds. cuenta del órden de los pensamientos.

Existe una periostítis del temporal. El músculo crotáfites y su aponeurósis externa estrangulan la region, como estrangula un dedo su vaina aponeurótica. Hay, pues, que dilatar la aponeurósis, dilatar el músculo y poner la superficie ósea en aptitud de que sane, ó en disposicion de llevar á ella directamente medicinas, legra ó fuego.

Lo primero que se ocurre por más fácil, es tomar el bisturí, y de arriba á abajo incindir con él, desde el centro de la línea curva hasta el centro del puente zigomático, piel, aponeurósis externa y músculo. Pero ¿y qué? ¿qué resultado útil habremos conseguido? Se corta la piel, verdad; se corta la aponeurósis, verdad; se corta el crotáfites, no; sólo se pasa entre sus fibras, quedando tan juntas despues como ántes de la incision. Recordad la direccion y ataduras del crotáfites, y es claro que con una incision así no queda dividido. Unase á esto lo poco que abren las aponeurósis cuando no se les corta, y con lo que la herida trate de reponerse por su propia y natural tendencia, el efecto útil de la incision será nulo.

Así, se vuelve atras el pensamiento y busca otro camino. ¿Dilataremos al traves, por encima de la oreja, desde la porcion coronal á la occipital? ¿Y qué? La piel resulta dividida, la aponeurósis externa tambien, las fibras del

músculo tambien, y sin embargo, no hay efecto alguno útil. Para comprender esto es necesario haber sido disector, haber pasado años en los anfiteatros. Los tejidos anatómicos tienen distintos grados de retraccion que dependen de muchas circunstancias. Sería prolijo analizar las que aquí concurren, y que hacen que la dilatacion trasversal, por amplia y honda que sea, ni destrangule, ni abra paso á los productos. Aquí el pus no está coleccionado, sino infiltrado; no es, por tanto, un absceso que va á abrirse, y que veremos vaciarse al comprimirlo. Antes de las veinticuatro horas, las circunstancias, en vez de mejorar, las encontrarías agravadas, y es muy posible que nos viéramos en el más grave de los conflictos, en el de presenciar la muerte del enfermo por hemorragia.

Hemos pasado por alto muchas consideraciones para aligerar. Pero sobre el último punto es preciso detenerse. Entraña cosas de vital interes, relativas á la terapéutica operatoria, en casos que, por desgracia, veo ocurrir con demasiada frecuencia.

Sabeis que las arterias temporales y profundas pueden ser heridas por una incision longitudinal de la region temporal. Son oblicuas, flexuosas, ramificadas, y nada tan fácil como cortarlas, ya en sus troncos, ya en algunas de sus principales ramificaciones. Comprendereis mejor que una herida trasversal no es que pueda, es que ha de herirlas infaliblemente. No hay que decir que, practicada una ú otra herida con carácter y método científico, debe desde luégo contarse con el hecho de la hemorragia, disponiéndonos á hacer las ligaduras precisas. Pero debe contarse con otra cosa que la doctrina escrita no establece, y que no reina en el general conocimiento; á saber: *las heridas de la arteria temporal superficial ó de sus ramas principales, y con mucho más motivo las profundas, no pueden ligarse, por lo general, en virtud de una sola línea de seccion.* Como el arte operatorio, en su parte consagrada á ligaduras, establece todos los procedimientos por la incision unilineal, resulta que, aplicando los prácticos lo aprendi-

do, van á procurar ligar las ramas ó troncos temporales accidentalmente heridos por los labios ó el fondo de la misma herida; cosa difícil, y la mayoría de veces totalmente imposible. Si considerais por un momento el espesor del cuero cabelludo, y recordais lo poco que sus labios se separan, así como de qué suerte las bocas de dichos vasos se retraen y ocultan, se pondrán al cabo de los motivos que rigen las dificultades é imposibilidades que dejamos mencionadas. Y esto en las superficiales; no hay que decir cuánto crecen de punto en las profundas, pasada ya la inextensible aponeurósis externa. ¿Y qué resulta de la deficiencia de doctrina que acabo de denunciar? Pues sucede lo que vais á oir, lo que vais á ver, no como un mero cuadro trazado con rasgos más ó ménos lógicos, sino en el simple relato de cien casos que ocurren en el mundo cada día, y que en el estrecho círculo de nuestro alcance visual ha pasado harto número de veces.

Atended: Sucede que un individuo recibe una herida en la sien, á veces insignificante. La herida sangra con más ó ménos fuerza. El mismo herido, ó los que pasan, procuran el socorro, ya en la farmacia próxima, ya en la casa del profesor más á la mano, ya en el hospital. Y no queremos suponer que la suerte depare un cirujano torpe ó inexperto. Sea un buen práctico, dueño de sí, que no se turba ante la sangre, y que, despreciándola, no pugna por cohibirla desde luégo, tapando aquello con un peguñon de hilas y una venda fuertemente apretada, sino que, por el contrario, conociendo que es preciso, para ver y llegar al vaso y apoderarse de él, descubrirlo primero, separando los coágulos y el cabello, que todo lo ocultan y emplastonan, procede con calma á hacer dichas operaciones previas, poniendo bien al descubierto los labios de la herida. ¿Y qué ve? Pues ve que de la superficie de seccion mana la sangre; pero la boca, el punto preciso que ligar, muy rara vez, sólo alguna que otra afortunada y excepcionalmente. ¿Qué hacer entónces? Seguir las prescripciones de la ciencia, procurar cohibir la hemorragia por los distintos medios

conocidos: estípticos, percloruro, compresion, quizá cauterio. La ligadura se intenta inútilmente por la herida; si los recursos antedichos paran la sangre segun suelen, el cirujano respira, el herido se consuela y queda en el hospital ó va á su casa. En muchos de ellos no pasa nada más; algunas hinchazones y dolores de cabeza, efecto de lo ajustado de la venda y de los medios empleados. Pero, otros, no pocos, son ménos felices. Despues de dos, tres, quince, veinticuatro horas, la sangre vuelve á aparecer. Nueva alarma, nuevo lavado de la herida, vuelta á levantar los ennegrecidos coágulos y á buscar el vaso, que esta vez los bordes ya hinchados de la herida ocultan mucho más. Repítense los anteriores recursos terapéuticos, comenzando por el que la vez anterior dió resultado: si percloruro, percloruro; si fuego, fuego; si compresion sobre la arteria, un nudo de enfardelador como un peñasco.

Suspéndese otra vez, pero algo más tarde reaparece de nuevo la hemorragia. El enfermo corre peligro, el cirujano pide auxilio; celébrase consulta. El flujo, durando lo que quiso, volvió á parar en virtud del propio síncope. Se inclinan, caso de volver el accidente, á hacer la ligadura de la arteria temporal; pero la region, con las maniobras sufridas y la compresion, se encuentra hinchada, flegmonosa, las relaciones anatómicas perdidas, el latido arterial desvanecido. El práctico se consume con inútiles ansias y el enfermo sucumbe.

Quiere decir esto, señores, que en una region sana y normal el tronco de la arteria temporal superficial puede ligarse por los métodos prescritos uni-lineales; pero en las heridas quirúrgicas de los vasos de esta region y en las ocurridas accidentalmente, es preciso corregir la práctica y hacer incisiones multi-lineales, ya en V, ya curvas, ya en cruz, segun lo exijan las circunstancias, desde que no alcancemos con la vista el vaso herido y sea necesario perseguirlo para no dejarlo abandonado, y que suceda lo que Dios quiera.

Volvamos al punto que dejamos en suspenso. Decíamos

que la dilatacion trasversal, ni combatía la estrangulacion, ni daba posible salida á los productos, ni realizaba ninguno de los fines terapéuticos que nos proponíamos, entrañando ademas graves accidentes hemorrágicos de difícil remedio. Rechazado tambien nuestro pensamiento en esta segunda direccion, nos parecía que nos hallábamos en el caso que cuando resulta imposible atacar de frente un enemigo por tener la línea fuertemente atrincherada.

Entónces estudié los efectos que pudieran obtenerse acometiendo el tercio anterior de la curva temporal desde la apófisis orbitaria externa, siguiéndola hácia arriba. Cortada una gran parte de la circunferencia de la atadura de la aponeurósis y del músculo crotáfites, debíamos obtener una gran liberacion, dominando mucho campo estrangulado. Pensamos cómo vencer las hemorragias, cosa ya fácil, puesto que, resultando un colgajo curvo formado de la piel, la aponeurósis y el mismo músculo crotáfites desprendido por su cara interna de atadura, en dicho colgajo libre habíamos de tener á campo abierto las arterias divididas. Pero nos pareció, y así es efectivamente, que por el pronto, en los primeros momentos, quedaba realizado el objetivo, mas que á los pocos días la naturaleza, con sus propios trabajos plásticos, había de inutilizar todo lo hecho.

Si se tratara de un flemon agudo, el resultado de la operacion propuesta debía ser completamente satisfactorio. Pero tratándose de una periostítis, su curso y su proceso lento había de sobrepasar el término de alivio conseguido por la operacion.

Pensamos entónces atacar el tercio posterior de la línea curva, levantando igual colgajo de piel, aponeurósis y músculo; mas, á pesar de la utilizacion de los drenajes, el efecto temporal, lógicamente, resultaba el mismo.

Ya parecía que no quedaba más campo que escudriñar por donde atacar al enemigo, cuando no sé cómo se nos ocurrió que lo mejor y más valiente era cogerlo de sorpresa por el mismísimo pescuezo. Esto vamos á hacer ahora de la manera que vereis.

Descripcion de la operacion.

Conducido el enfermo á la sala de operaciones, y bien cloroformizado, hicimos una incision semi-lunar desde algo fuera del ángulo externo del ojo, y á convexidad inferior, hácia el trago, parándonos ántes del latir la temporal superficial con el objeto de dejar su tronco por detras y fuera del campo de la herida. El colgajo curvo fué disecado, descubriendo parte del pómulo y el puente zigomático. Ninguna arteria podía en este tiempo ser herida, y ninguna se hirió.

Acto continuo dividimos, á raíz del borde inferior del puente, las ataduras del músculo masetero, y despues, con cuidado, á raíz del borde superior, las de la aponeurósis externa del crotáfites, corriendo sin peligro por el borde posterior del pómulo sin encontrar vaso alguno.

Seguidamente atacamos con la gubia la apófisis trasversa del temporal, y luégo la apófisis del pómulo y parte de su borde externo. Resecamos el hueso, y quedó la region temporal profunda al descubierto, limpia, libre y despejada.

Finalmente, con un gancho romo abarcamos y levantamos el músculo crotáfites por su ángulo inferior, en las proximidades de su atadura á la apófisis coronoides de la mandíbula inferior, y lo dividimos por completo.

Entónces, en una plaza amplia, con los dedos y la sonda acanalada despegamos una buena extension de la cara interna del músculo, y por debajo reconocimos los huesos y dejamos colocados tubos de drenaje.

Procuramos abrir la boca del paciente, cosa que parecía fácil á primera vista hallándose cortadas las ataduras del masetero y el temporal; pero no por cierto.

Algo más la abrimos; pero en el largo tiempo que había durado el mal, su mismo trismo forzado tenía anquilosada una y otra articulacion: la del lado enfermo y la del sano.

Conducido el operado á la Sala, no ocurrió en los días posteriores ninguna clase de accidentes. Se curó, como todos, por el método de Lister; no sobrevino fiebre, ni fué molestado por vómitos clorofórmicos.

A pesar de no haber suturado la herida, á pesar de los drenajes y de procurar con pinzas y sondas oponernos á su pronta cicatrizacion, ésta caminaba más de prisa de lo que nosotros deseábamos. No obstante, vimos con gran satisfaccion bajar la monstruosa asimetría de la cabeza, que tan extraño aspecto daba, cerrarse una tras otra las múltiples aberturas fistulosas y caminar todo á pedir de boca. Nos hubiéramos frotado las manos de contento si por entónces la invasion de erisipela proveniente de T. O., y que dejamos descrita en otro lugar, no tuviera nuestro ánimo en un hilo. En efecto; no se hizo esperar. Comenzó por el lado izquierdo de la cara, corrió á la cabeza, al lado enfermo, al cuello y hasta el pecho. Hubo fiebres, delirios, y ya no era un solo lado el gordo; era toda la cabeza, que parecía una gran bola, con una oreja hinchada y zapatuda pegada á cada lado.

Le tratamos con la disolucion argéntica y algun baño general alcanforado. Salimos del peligro, mas creimos que todo el éxito de la operacion se lo hubiesen llevado los demonios. Pero no; afortunadamente, al resolver y desaparecer la tumefaccion de la erisipela, los resultados de la operacion seguían satisfactorios. Sólo deplorábamos que ya por la misma erisipela, ya que la gravedad hiciese descuidar las curas, el drenaje no entraba, haciendo temer una recaida. Por lo demas, las fístulas estaban bien curadas; sólo la del ángulo orbitario externo solía dar, comprimiéndola, alguna gotita serosa. Al completo desaparecer de las consecuencias de la erisipela, quedó sobre la línea curva del coronal un puntito fluctuante. Dilatado dió una pequeña cantidad de pus seroso, disminuyó y cerró el orificio de la órbita; despues el practicado con la lanceta. Así mantuvimos al enfermo en observacion hasta el 12 de Mayo, en que le dimos el alta completamente curado.

Llamamos la atencion sobre este caso.

Nos parece que no hemos tenido ninguno de su especie en nuestra práctica anterior.

No deben ser frecuentes, pero tampoco constituir un

hecho insólito, casual y de poco interes por su propia rareza.

Debe darse la periostítis en el temporal como en otro hueso cualquiera, ya por causa general, como la sífilis, quizá alguna vez el escrofulismo; pero mejor aún por causas locales, punturas y otros traumatismos. Donde quiera que una aponeurósis deje encerrado un hueso, la irritacion de éste, ya en su espesor, ya en su superficie, ha de producir un proceso estrangulador. En el sujeto de la historia no pudimos averiguar la causa determinante de su mal. Por eso mismo la sospechamos.

Pocas personas han dejado de advertir una ó más veces en el discurso de su vida cierto dolor repentino en la sien, sobrevenido en el acto de masticar, cuando, impensadamente, un huesecillo ú otro cuerpo duro se interpone en las muelas al masticar pan ú otra cosa blanda.

Dicho dolor se alivia al poco rato, pero lo hacen recordar las subsiguientes masticaciones durante el término de tres ó cuatro días. Los referidos fenómenos proceden de roturas ó distensiones de algunas fibras del crotáfites cuando, sin hallarse prevenido para soportar el esfuerzo de una gran resistencia, se atraviesa en las mandíbulas un cuerpo duro. La mayoría de las veces nada ocurre. Al sujeto se le saltan las lágrimas y lleva á la sien la palma de su mano, pero nada más; se olvida, y como si no hubiese pasado nada. ¿Quién puede recordar las infinitas pequeñas molestias que habitualmente le ocurren cada día? Si le gruñeron los intestinos, si le dió un golpe de hipo, una punzada transitoria. Nuestro enfermo no contestaba nada sobre el particular cuando le preguntábamos insistentes. Abría los ojos, daba á su fisonomía una expresion parada, casi estúpida. Probablemente su memoria se detenía en el recuerdo de los principios de sus grandes dolores inflamatorios y de estrangulacion, y quedaba así como embobado, sin poder recordar nada más allá respecto á sus sensaciones. Sea en este caso lo que sea, resulta positivo que las fibras del crotáfites pueden romperse, y arrancadas en el punto

de atadura ósea determinar una periostítis con todas sus consecuencias.

Desde que se fija la atencion en un hecho, se observan las evoluciones y se relacionan entre sí, llegando á explicar racionalmente, las unas por las otras, y muchos nuevos hechos de índole semejante que existían ocultos vienen á la superficie.

Creemos que, dentro de fecha corta ó larga, el tratado de las fracturas parciales y totales de ligamentos y de músculos ha de ser tan voluminoso como el que actualmente se destina á la fractura de los huesos.

No parece imposible que algun otro caso igual haya de ocurrir en la práctica. Si al profesor que le toque lee esta historia, puede que salve á su cliente del mismo modo que nosotros el nuestro. Si así fuera, bien merece la pena haber escrito unas cuartillas.

De cómo enseña la duda.

Por fortuna, no es el acierto el único que enseña. Enseña tambien la duda, y enseña el mismo error. Dos casos tipos hemos tenido en el presente curso que prueban esta tésis de una manera bien curiosa.

Historia de María Rosa O.

Tomó entrada el día 24 de Octubre en la sala de mujeres, ocupando el núm. 10, M. R. Jóven de 20 años, pobre labradora, natural de San Julian (Oviedo). Su padecer era tanto, su situacion tan penosa, que, desahuciada, venía á la clínica como el que apela á la última esperanza. En su afan, había venido á pié, aquí caigo, allí levanto, tan larguísimo camino. En el Dispensario fué diagnosticada con interrogacion de esta manera. ¿Lesion cardiaca? Fuese ó no fuese, ciertamente que su enfermedad no era quirúrgica; ¿pero quién tenía el corazon tan duro para decir á la infeliz que había venido mal, y desvanecer sus ilusiones echándola á otra parte? Fué admitida por Gil y aprobado por nosotros. Al pasarle visita por la primera vez, la enferma se encontraba entre acostada y sentada, en esa posicion media que adoptan los que respiran dificultosamen-

te. El hábito exterior llamaba mucho la atencion. Medio incorporada, tenía la cara vuelta al lado izquierdo; la vista fija, baja, mirando á dicho lado; el rostro encendido, con dos grandes chapetas en las mejillas. En el lado derecho del cuello se veía saltar, latiendo, la carótida primitiva de un modo original, no elevando simplemente la parte, sino saliendo en toda su extension el cilindro vascular y dibujando gran parte de su circunferencia. Esto permitía ver que el calibre era igual sin hallarse dilatado por ningun punto. El pecho estaba elevado; el vientre deprimido. La respiracion corta, supratorácica y muy frecuente. Pulsando la radial, apreciamos que el calor era infebril, pero el pulso pequeño y muy veloz; ritmo incongruente con el latir de la carótida, que era acompasado y amplio. Esto es, la arteria saltaba repentinamente, pero se prolongaba el destacar de ella un tiempo semejante al que tardaría una honda líquida en correr el espacio que hay desde la clavícula al ángulo de la mandíbula.

Durante el largo tiempo de nuestra inspeccion, la enferma ni varió de actitud, ni movió los ojos. La hicimos algunas preguntas, y contestaba con dificultad, con apatía. Supusimos que la fatiga y el cansancio fueran la causa, y nos pareció indiscreto molestarla, reduciéndonos á anotar en alta voz los caractéres del hábito exterior y lo que de ellos podía inducirse.

Al día siguiente encontramos á la enferma en la misma actitud, con las chapetas, la vista baja, etc. Igual apatía para contestar á las preguntas. A duras penas pudimos sacarla la causa presunta, segun ella, de su enfermedad. La refería á una patada que la había dado en la boca del estómago un racional, al parecer. La auscultamos, y á la verdad, ruidos grandes de latidos se notaban, pero sin más fenómenos. Latía fuerte la carótida y levantaba nuestra cabeza; latía fuerte el corazon, no tan exagerado como la carótida; latía tambien la aorta, áun cuando ménos; latía más el centro epigástrico, pero sin soplos, sin ruidos de corriente, sin sensacion de roces, sin otro fenómeno par-

ticular de bulto. La percusion torácica, sin embargo, era maciza en casi todas las regiones. No había tos, y la enferma continuaba sin fiebre propiamente dicha. La lengua no ofrecía nada de particular. El vientre se hallaba perezoso.

Aquel día preguntamos á los compañeros sus opiniones sobre el diagnóstico. Todos manifestaron dudas, inclinándose unos á favor del diagnóstico interrogado del Dispensario, otros al aneurisma de la aorta, yo al del eje celiaco.

El día tercero la situacion era más grave; el latir de la carótida más fuerte; la disnea mucho mayor; la macidez á la percusion absoluta; la enferma parecía en peligro, y la mandamos sangrar.

A poco el cuadro había variado. La enferma abandonó su decúbito pertinaz, se acostaba y se sentaba; respondía casi decidora á las preguntas; el latir de la carótida disminuyó bastante, y la interesada significó tener buen apetito.

Tan sorprendente alivio duró dos días. Referíamos el hecho á una congestion pasiva pulmonal rápidamente aliviada con la sangría. Pero sus benéficos efectos fueron desvaneciéndose, y la paciente volvió á caer en la anterior situacion. Volvimos á sangrarla, repitiendo la evacuacion más corta doce horas despues; el alivio tambien fué considerable, pero sólo alivio. Desde entónces el mal quedó ménos agudo, ménos alto en los síntomas, pero igual en todo, como un cuadro que se vela para rebajar su tono, pero que sigue con igual dibujo y representando igual paisaje.

Así pasaba el tiempo. Nuestras opiniones seguían discordantes; no había ocurrido más que una diferencia. Al principio, todos emitíamos nuestras opiniones con la reserva de la duda. Pero ya había cambiado el temperamento de la generalidad; cada uno sostenía con empeño su parecer como cosa cierta. El que ántes opinaba por considerar la enfermedad cardiaca, ahora sostenía que era tal y no otra cosa; el que aórtica, que aórtica era y había de ser, y las discusiones se convertían en disputas.

Así continuamos algun tiempo observando tan singular enferma. Nada útil hacíamos; la digital, el opio, el ioduro de potasio y otros medios no producían resultado alguno, y todo lo que se había adelantado era que ya se pasara de largo por delante de la cama sin más que oir decir á alguno: Yo sostengo que el corazon.—Y contestar á otro: Yo lo he auscultado muchas veces y no hay nada; digo que en la aorta. Y allí quedaban enzarzados disputando.

En vista de tan cómica situacion, al pasar visita nos pareció conveniente exponer con humildad el estado de las cosas, y á la cabecera de la enferma entablar la conversacion que refiere la siguiente nota:

Nota clínica.

—Desearía que alguno me dijese si ha auscultado á conciencia y percutido á esta mujer.

—Sí, señor; yo.

—Y yo.

—Y yo.

—¿Y qué habeis notado?

—Tales latidos, fuertes latidos en tal, en tal.

—La percusion maciza en una extension muy exagerada de la region cardiaca; hay seguramente hipertrofia.

—Pues no, señor; que yo he auscultado el corazon con muchísimo cuidado y no hay ningun ruido, y la macidez es comun al otro pecho.

—Vamos á no disputar y vamos á pensar. Desde luégo son demasiado salientes los síntomas de esta enferma para que sus lesiones materiales, á ser ciertas, dieran lugar á cuestiones y á disputas.

Aquí es preciso conocer que hay mucho alboroto sintomático, de esos que sólo se explican por fenómenos reflejos.

Por esta impresion y este motivo, me incliné á la opinion particular de que la lesion vascular debería residir hácia el eje epigástrico. En esta region, una dilatacion vascular muy pequeña que apénas dé sensacion alguna apreciable por los sentidos, latiendo sobre los nervios del ple-

xo solar, pueden dar ocasion á infinitas perturbaciones en todo el árbol circulatorio, y á síntomas extraños en distintos aparatos. Por tales motivos se inclinó mi parecer á la opinion expuesta, pero en términos de duda, la cual ha crecido en mí de día en día, en tanto que vosotros habeis venido dando más y más ascenso á la opinion particular que concibiera, y hoy la toma, no como opinion, sino como cosa que sostiene y que disputa. Por esto les he preguntado si habían recogido por el exámen físico, por la auscultacion y percusion, algunos datos ciertos; pero veo que no, por más que el juicio preconcebido pretende sobornar vuestras sensaciones estetoscópicas. Yo tampoco he encontrado nada hácia el eje celiaco; y como por estos caminos nada se adelanta, como los medios puestos en uso no han producido beneficio, ni áun siquiera ayudado á esclarecer el diagnóstico, me parece que debemos tirar por distinto rumbo.

He observado las pupilas, he preguntado á la enferma si le pica la nariz ó el ano, y ni las pupilas están dilatadas, ni dice que sienta picazon ninguna.

Conviene encargar á la enfermera que examine los excrementos, y que los guarde para que el profesor de la asistencia vea si en ellos existe algun anillo de ténia, algun huevo ú otra cosa semejante. Entretanto nada se pierde. — Libreta, escriba Ud.: Raíz de granado agrio contuso, 50 gramos. Agua comun, 500.

Hágase cocimiento. Téngase dispuesto para aplicarlo mañana en la visita con la sonda esofágica.

En efecto; al día siguiente, cuando al pasar visita íbamos dispuestos á inyectar la pócima, se adelantó hácia nosotros la enfermera trayendo en la mano un orinal. En él había un largo ascárides lumbricoides muerto, vomitado por la enferma en la tarde anterior.

Todos nos miramos á la cara.

Aunque, á decir verdad, no está muy claro que los tenífugos sean vermífugos tambien, como el cocimiento estaba preparado se lo englutimos á la enferma. Entre vó-

mitos y diarreas arrojó en aquel día cinco grandes ascárides vivos. La paciente mejoró, renaciendo en todos la alegría. Pero, ¡oh instabilidad de las dichas humanas! el alivio fué transitorio. Todavía quedaba la esperanza de que restasen ascárides y que, al desalojarlos, se confirmaría la curacion. Emprendimos en tal sentido un tratamiento muy enérgico. Semencontra, azúcar vermífuga, santonina, purgantes oleosos, drásticos, eméticos, elecho macho. Respecto á la curacion, nada; por lo que toca á efectos terapéuticos, dos lombrices. Ninguna más despues, ni ténia, ni cosa parecida.

Ya nadie dijo más.

Pasábamos silenciosos delante de la enferma.

Siempre el mismo decúbito, siempre el latir de la carótida, los ojos bajos, la frecuencia respiratoria.

Unos días mejor, otros peor.

Por fórmula tomábamos el pulso, lo dejábamos caer y seguíamos.

La enferma se aburrió de nuestro aburrimiento. Pidió el alta, y se la dimos. Nos dijo que volvía á su pueblo.

Alguna que otra vez, al pasar delante de aquella cama, ya vacía, ya ocupada por otra paciente, solíamos preguntarnos no unos á otros, cada cual á sí mismo, mentalmente: ¿Qué tendría aquella enferma? Por nuestra parte nos contestábamos: ¿quién sabe? Los demas, cada uno su opinion antigua. Pues claro está; una hipertrofia del corazon. Un aneurisma de la aorta.

Hácia mediados de Junio, una mañana volvíamos de la clínica pensativos, caminando por la calle de la Palma Alta. Una voz de mujer nos sacó de nuestra distraccion:

—¡Vaya Ud. con Dios, D. Federico!

Levantamos la cara, y nos sorprendió la presencia de María Rosa.

—¿Tú aquí? ¿Pues no marchabas á tu pueblo?

—Sí, señor; pero apénas salí del hospital me sentí muy aliviada, casi buena, buena del todo, como Ud. me ve, y decidí buscar casa y quedarme sirviendo.

—¿Conque estás buena?

—Mejor que nunca. Dios se lo pague á Ud.

Declara esta historia que, á no haber pasado delante de tantas gentes, por su interes y peripecias sabe algo á novela; declara, digo, que, en efecto, la enfermedad se debía sólo á los reflejos determinados en los aparatos vasculares y respiratorios por las excitaciones que los ascárides producían en la parte alta del tubo digestivo. Cosas análogas han pasado muchas veces; pero lo extraño aquí, lo que ofrece una enseñanza nueva, es la demostracion de que las excitaciones periféricas que obran por mucho tiempo suelen dejar lastimados los centros receptores, ya por tiempo largo, ya de un modo permanente. Sucedió aquí lo que vemos en los amputados, que se quejan de su pié cuando ya no existe. Pero este vulgar y conocido fenómeno, obrando en una enferma como la nuestra, convendrá el lector que es capaz de volver loco al más pintado.

Deseo que sirva á todos la leccion tanto como á nosotros.

Feliz error de diagnóstico. Observacion de Angela de las Heras.

Con un niño en los brazos vino á pedir los auxilios del Instituto una mujer que dijo llamarse Angela de las Heras, tener 31 años y cuatro meses de padecimiento. Era natural de San Vascones de la Vega (Leon). Varias cosas se advertían en ella desde luégo. Voz ronca y gangosa, respiracion y habla entorpecida, ojos muy abiertos, cual se ponen con el espanto que produce el experimentar un peligro que viene del interior de uno propio. La hicimos abrir la boca. Su abertura posterior se hallaba tabicada por una masa lisa, convexa, dura al tacto, indolente. Procuramos insinuar el dedo, y no hubo paso; las fauces estaban ocupadas por completo. Pudimos cerciorarnos que aquello no venía de la nariz, y que parecía continnar con la pared posterior en la faringe. Tambien pudimos observar que el tumor no se hallaba ulcerado, ni ménos pediculado.

La presencia de la enferma nos dió miedo.

Hicimos un interrogatorio muy prolijo. En los padecimientos sobre que se nos viene á consultar ya muy adelantados, y cuya marcha no ha podido observarse, la exposicion al error suele ser tanta como el peligro que la enfermedad induce. Resulta, pues, necesario suplir por medio de preguntas seriadas lo que no se ha podido ver, valorando las contestaciones y relacionando los hechos pasados con los presentes.

—¿Está Ud. segura de que hace ya cuatro meses que empezó á sentir su enfermedad?

— Sí, señor; bien segura.

—¿Y qué es lo que Ud. empezó á sentir entónces?

— Pues comencé á sentir, cuando iba á tragar, alguna dificultad.

—¿Con dolor ó sin dolor?

— Sin dolor.

— Y despues, ¿qué sintió Ud.?

— Nada más que lo mismo.

—¿Tuvo Ud. por entónces calentura?

— Creo que no.

—¿Se sintió el cuerpo malo, ó tuvo necesidad de hacer cama ó dejar de trabajar?

— No, señor.

—¿Se le hinchó á Ud. el cuello por entónces?

— No, señor.

—¿Recuerda Ud. si algun tiempo ántes había tragado alguna espina ó se le había atravesado algun hueso?

— No recuerdo.

— Y desde que Ud. sintió las primeras dificultades para tragar hasta el presente, ¿ha tenido Ud. intervalos de tragar mejor?

— No, señor; cada vez peor.

— En los principios, ¿qué le costaba á Ud. más trabajo tragar, el agua ó la comida?

— Las dos cosas; pero ahora el agua la paso con ménos trabajo; la comida no puedo.

—¿Y ahora siente dolor?

—Al querer tragar, como no puedo, sí, señor.

—¿Punzadas ó tirantez?

—Tirantez.

—¿Y qué, á más de la dificultad de tragar y de la tirantez, fué sintiendo despues?

La enferma no sabía qué contestar.

—Usted está ronca, algo gangosa, respira con dificultad y cierto ruido. Estas cosas habrán ido viniendo despues; ¿no es cierto?

—Sí, señor.

—¿Cuándo?

—Eso no lo puedo decir.

—Pero Ud. habrá venido agravándose.

—Eso sí, cada día peor.

—¿Duerme Ud. en la cama?

—Sí, señor, pero me despierto ahogándome. Siempre me estoy ahogando. Quería quitar el pecho á esta niña, pero me ahogo y por eso he venido.

Volví á procurar reconocer la garganta.

No había fauces, estaban borradas; apénas se concebía cómo aún pudiera entrar el aire ni los líquidos. El dedo tocó otra vez una masa dura, continua, y apretando, una cierta elasticidad parecida á la que dan los sarcomas.

Volví á sentir miedo.

—La enfermedad de Ud. es grave. Los recursos para curarla inciertos y peligrosos. Es preciso pensar. Si Ud. quiere, éntre en la clínica y veremos.

—Soy una pobre, no tengo con quien dejar esta niña. Voy á ver si quiere encargarse de ella alguna vecina y volveré.

Acto continuo comenzamos á reflexionar en alta voz, segun costumbre.

Nota clínica.

—Amigos y compañeros: la enferma que acaba de marcharse nos ha impuesto un miedo que no podemos desechar.

El aspecto de su tumor, su resistencia algo elástica co-

mo pelota de goma; el modo lento y gradual de desarrollarse; su aparicion espontánea y sin causa conocida; la region que ocupa; la carencia de fiebre y de todo síntoma inflamatorio; la fecha larga de cuatro meses trascurridos desde su primera manifestacion, todo esto forma una suma de datos que lleva indeclinablemente la opinion á admitir con pena el diagnóstico de un sarcoma retro-faríngeo. Los recuerdos de mi práctica sobre dicha enfermedad no son lúgubres solamente, son aterradores. Que de algo ha de morirse ya lo sé y todos lo sabemos; pero hay muertes que son un verdadero suplicio, sólo comparable al de las pailas en la India ó á otros semejantes inventados por el fanatismo.

En casos análogos de mi práctica civil los pacientes reclamaron mis auxilios en períodos tan adelantados como esta pobre mujer, no atreviéndome á intentar ninguna operacion; y al ver los sufrimientos posteriores de aquellos desgraciados, la expresion de sus ojos, cuando, ahogándose, me pedían socorro, mi conciencia sentía los latigazos de la duda, no fuera que por miedo, y quizá por egoismo, quizá por no echar sobre mis hombros responsabilidades y conflictos, los dejara abandonados, sin intentar salvarlos ó aliviarlos por medio de la operacion.

Prevenido de tal suerte contra ese fatídico problema, resulta para mí como un vaso de hiel ante el cual exclamo:

—¡Señor, si es posible, separad de mí este cáliz!

Hace poco fué víctima un amigo mio de tal enfermedad. Ya lo conoceríais: Campos, redactor de *La Correspondencia*. Por fortuna, no teníamos relaciones facultativas, sino meramente sociales; pero siempre huíamos la ocasion de encontrarle, siempre estábamos temiendo que se le ocurriera consultarnos.

La muerte de estos enfermos es horrorosa.

Interdichos por el hambre, consumidos por la sed, ahogados ahora, respirando angustiosamente luégo, amenazados de estrangulacion miéntras sienten, luchando entre las

angustias de la muerte siempre, sin esperanza, aterrorizados, retorcidos, pidiendo socorro á los muebles y los clavos de las paredes, decidme, amigos, si hay capilla de condenado igual á esta capilla, si hay horca ni hay suplicio que se la pueda comparar.

Pero dejemos esta clase de consideraciones.

Si la enferma vuelve la examinaremos otra vez, estudiaremos el caso cuanto lo consienta nuestra escasa inteligencia, y despues... veremos.

La enferma volvió pronto.

En sus brazos traía á la criatura.

—No encuentro quien la quiera. No puedo aguardar más. Si Ud. me permitiera que quedase en la Sala.

—¿Y si Ud. muere?

—¡Hija mia! De todos modos no la queda más que Dios.

Las últimas palabras de aquella mujer me dieron calofrío. El miedo me dominaba, y al mismo tiempo sentía que iban á saltárseme las lágrimas. Hice un esfuerzo interior, que, comenzando en los piés, llegó á arriba sacudiendo mi cabeza, y con voz destemplada grité:

—¡Á la sala!

Los grandes movimientos del ánimo perturban la razon. Conocíamos el estado del nuestro, y por eso pasamos pensando todo el día y pensando toda la noche. Primero sobre el diagnóstico, despues sobre la técnica quirúrgica.

Es sarcoma; ¿qué otra cosa puede ser? Se habla de flemones retro-faríngeos. No he tropezado en mi práctica con ninguno. Pero siendo flemon, debe ser inflamatorio, agudo, de marcha difusa, con dolores, con fiebre... No puede ser. ¿Qué otra cosa que un sarcoma? ¿Un fibroma? Sea; pero no está pediculado, es extensamente sesil, grande, y, por tanto, me da lo mismo. Las reflexiones de aquel día y de aquella noche las comuniqué á los compañeros en una segunda conferencia, que omito en obsequio á la brevedad.

En ella concluía diciendo:

«No se puede pedir más á los hombres sino que pongan en las cosas todo lo que la mejor voluntad puede poner. Si á pesar de estudiarlas y meditarlas, si á pesar de todos los esfuerzos erramos ó producimos un mal en vez de un beneficio, yo no sé qué se puede hacer más que pedir á Dios que nos ilumine.»

Conviene salir pronto de las situaciones difíciles, y en su virtud pocos días despues llevamos la enferma á la mesa de operaciones.

La cloroformizacion aumentó la disnea, y al abrir forzadamente la boca, la mandíbula inferior y la lengua, abatidas, cerrando los pequeños intersticios por donde el aire difícilmente pasaba, anularon por completo la funcion.

No había un momento que perder, y procedí á hacer la traqueotomía. Para colmo de augustias, la traqueotomía, que casi siempre concluimos en pocos momentos, esta vez nos resultó torpe y laboriosa. La precipitacion por un lado, la inconveniente posicion por otro, la turgencia de las venas hinchadas por la falta de respiracion, todo conspiraba al retardo. A tientas penetré la tráquea, y el aire entró arrastrando la sangre, que en aquel acto supremo constituía un nuevo peligrosísimo accidente. Colocada la cánula, entre espurros de sangre á largas distancias salpicada, contorsiones y silbidos de agonía, la respiracion se fué restableciendo, pero no de modo que pudiéramos proceder acto continuo al exámen último y al ataque del tumor de la faringe.

Determinamos dejarlo para otro día, y la enferma fué conducida á su lecho.

Desde entónces cambió la escena. La paciente, animada por la alegría, mudó la expresion de su semblante. No sobrevino fiebre, ni el cambio brusco del régimen respiratorio causó mal efecto en sus pulmones. En los días siguientes, siempre alegre, tapando con los dedos la abertura de la cánula, nos decía que se encontraba muy bien y que tenía hambre. Otro día nos pidió de comer.

—¿Comer? — le preguntamos con extrañeza.

—Trago mejor — nos contestó.

Sin embargo de parecernos demasiado alivio, nos pasó por alto la importancia de la declaracion.

Una semana más tarde llevamos la enferma á la sala de operaciones. Cloroformizada sin accidente, le abrimos y fijamos la boca con el bocado de Langenbeck, y con sorpresa encontramos que había espacio en las fauces, que no estaban totalmente ocupadas y llenas. La vista, y mejor el tacto, reconocía un tumor ovoideo que desde lo más alto de la faringe llegaba hasta el nivel del cartílago cricoides, y que trasversalmente cubría de uno á otro lado el cuerpo y apófisis trasversas de las vértebras. Bastante resistente, fuera del nivel y punto correspondiente al tubérculo central del cuerpo de la segunda vértebra, no mostraba, sin embargo, la dureza elástica anterior. Aquella diminucion de volúmen, aquel cambio de caractéres, no podía explicarse por una resolucion. Entónces recordamos que la enferma nos había pedido de comer...

Con nuestro bisturí faríngeo incindimos el tumor de arriba á bajo, y salió una pequeña cantidad de serosidad muy espesa y albumiforme. Introduje el dedo; no existía lesion ósea, pero se tocaban directamente los cuerpos vertebrales. El tumor dividido disminuyó poco de volúmen: sus paredes eran sumamente gruesas, el líquido contenido escaso.

Entónces, la alegría de ver la enferma fuera de peligro, y ante el porvenir de una próxima y radical curacion, dimos poco acceso al sentimiento de vergüenza por habernos equivocado.

Despues procuramos fijar los hechos, á fin de no equivocarnos otra vez, evitando análogos errores en los que tengan ocasion de leer la presente historia.

La literatura de los tumores faríngeos es bien escasa. Por otra parte, los pocos conocimientos adquiridos no forman cuerpo de doctrina. Encuéntranse desperdigados aquí y allí, en historias publicadas en periódicos, revistas, tésis de doctorado y transacciones de Sociedades y

Academias médicas. Los casos ménos infrecuentes se refieren á producciones sarcomatosas que, proviniendo de la base del cráneo, van despegando la faringe, empujándola abajo y adelante hasta llenar la cavidad, impedir la deglucion y poner obstáculos á la entrada del aire.

Dáse cuenta tambien de tumores fibrosos provenientes de la parte posterior de las fosas nasales, que bajan y ocupan la faringe. Verdaderos pólipos que nosotros mismos hemos tenido alguna ocasion de ver y de tratar.

Háblase de algun tumor gomoso; pero ni su magnitud ni su marcha dan motivo más que para indicarlos aquí.

No deben dejar de ser comunes las inflamaciones flemonosas de la faringe. Faringítis agudas terminadas por supuracion creemos haberlas observado, pero ofreciendo sus patentes caractéres. Tambien se anotan los tumores crónicos prevertebrales, correspondientes al mal de Pott, en la region cervical de las vértebras. Por cierto que en ellos se ha visto, sin comprender su significacion, lo que á nosotros nos costó tanto trabajo perseguir y encontrar: la destruccion de los ligamentos. Pero dichas elevaciones supuratorias, ni tienen nada que ver con nuestro caso, ni pueden inducir á error.

El tumor á que se refiere la observacion antecedente, es un tumor especial. Tumor que, sin duda alguna, cierto número de veces debe haberse presentado con circunstancias análogas en otros individuos, y que áun es posible se encuentre especificado ó indicado en algun impreso. De todas maneras, no parece cuestionable que se refiera á un caso raro. En la precision de darle nombre, nos atreveríamos á denominarlo: *albuminoma prevertebral*. Nacido poco á poco inmediatamente por delante del cuerpo de las vértebras, sin carácter inflamatorio, debió venir engrosando los tejidos que encontraba, y sin formar pared quística propiamente dicha, modeló en el seno de las partes que iba hipertrofiando el nido de la secrecion albuminoidea. De tal modo creciendo, levantó la pared posterior de la faringe, borrando su cavidad, hasta llegar al velo pa-

latino. Hipertrofiadas las partes en vez de debilitarse al compas de su dilatacion, ni el espesor del líquido permitía por el tacto revelar su existencia, ni la carnificacion que le envolvía dar otra sensacion que la carnosa, la sensacion sarcomatosa. Lo que pasó despues de practicada la traqueotomía, aparte de sus efectos contra la sofocacion, debió ser que, ya por los esfuerzos que hiciéramos con los dedos para reconocer el tumor, ya porque la sustancia contenida se abriera paso en parte, por algun pequeño orificio, el tumor disminuyó suficientemente de volúmen para que la enferma, notando que podía deglutir los líquidos, deseara tomar sustancias sólidas. Ello es que, al reconocerla nuevamente para atacar el pretendido neoplasma, lo encontramos muy disminuido de volúmen, aún carnoso, sin fluctuacion ni arrugamiento. Ello es que lo dividimos de alto á bajo, porque el cambio efectuado mostraba patentemente que algo había salido del interior, por más que nuestra vista y tacto no descubrieran abertura ni orificio. El bisturí penetró cortando una masa espesa, superior en calibre á la faringe y á los delgados músculos que cubren en el cuello el cuerpo de las vértebras; despues cesó la resistencia al corte y salió el semi-líquido mencionado. El dedo entró por la abertura, tactó el cuerpo de las vértebras sin hallar en ellos asperezas, ni puntos, ni sensacion arenosa, con lo que entramos en confianza de que no existía periostítis ni cáries. Tocamos la cavidad, que no era lisa ni quística al parecer, dada la dificultad de reconocer dicho extremo de mejor manera. Los bordes de la incision permanecían espesos y resistentes, sin flojedad ni tampoco dureza.

Existe, por tanto, en la faringe, proviniendo de los tejidos inmediatos al cuerpo de las vértebras, un proceso patológico que da lugar á un tumor de paredes carnosas, encerrando un líquido espeso albuminoides; tumor grave que obstruye la faringe y llega hasta amenazar la vida por sofocacion.

¿Son algunos tumores de estos los que han entrado en

el título de *flemones faríngeos, flemones prevertebrales?* Puede ser. Si es así, se ha hecho muy mal. Estos tumores no son flemones, y las denominaciones impropias desvían la inteligencia de la verdad, inducen al error y pueden dar motivo á daños funestos; cuando ménos á temores, dudas y peripecias, como en el caso presente.

Dichosa la duda que enseña, dichoso el error que, parando en bien, esclarece las oscuridades y sirve de útil enseñanza para lo futuro. Esto decíamos al comenzar las dos historias que anteceden.

Pero como la naturaleza en sus infinitos matices ofrece ejemplos de todo, ya en el campo objetivo, ya en el subjetivo y supra-sensible, ved aquí que otras veces, persiguiendo y acosando la verdad, la verdad se nos escapa, quedándonos con tanta boca abierta

Complemento de la historia de Ramon Limon.

Tal nos sucedió en el caso del enfermo Ramon Limon, cuya primera parte de su historia publicó el profesor don Manuel Gracian en el núm. 1.482 de *El Siglo Médico*.

Para los que, cual nosotros perezosos, no quieran ir á registrar el número, les ahorraré el trabajo recordándoles que se trataba de un trabajador del campo que, acosado por la sed, bebió agua en una charca. A esto refería su padecimiento. Declaraba á pié puntillas que nunca había tenido gonorreas, ni impedimento alguno en su orina. Que pasado algun tiempo de haber bebido el agua, sintió ardor y comezon en la uretra y dificultades para orinar. Sospechaba que el agua estuviese emponzoñada por los sapos, *opinion reinante en el vulgo*, y que el Sr. Gracian analizaba concediéndola justa importancia. Efectivamente; los sapos y las ranas, pero los sapos más, tienen en su piel unas glándulas cuya secrecion es irritante, á manera de la cantárida. Manoseándolos suelen vesicar y levantar la epidérmis de la mano; y tal hecho, de observacion exacta, da autoridad á la creencia del vulgo.

Es muy racional asentir que la secrecion de dichas glándulas, mezclada con el agua bebida, produzca en el aparato génito-urinario efectos parecidos á los de la cantárida.

Sea de ello lo que quiera, el individuo llegó grado á grado á padecer una estrechez, y esa estrechez á complicarse con fístulas y á ser infranqueable. Con esto sentía cosquillitas incómodas por el miembro, alguna que otra vez en direccion de la uretra; y corriendo la sensacion por todo el cuerpo, al llegar á la cabeza perdía el sentido. Eran ataques epilépticos bien caracterizados, antecedidos de aura uretral. Se hirió en muchas ocasiones al caer, viéndose cicatrices en la cara, nariz, frente y otros puntos del cráneo.

Despues de escrita la historia, y resultando inútiles los esfuerzos para pasar ninguna clase ni género de sondas, decidimos practicar la uretrotomía externa, ó, con más propiedad, la prostatomía sin conductor. Las fístulas eran muchas; el periné, retraido y deformado desde al ano al escroto, no prometía encontrar la uretra en la operacion; y en semejante circunstancia, no queda otro recurso que ir en busca de la próstata, que, como órgano más grueso y de más fijas relaciones, se puede atacar sin ir completamente á la ventura, cual sucede con la uretra cuando se busca muy atras sin conductor ni guía, borrada y perdida en medio de tejidos cicatriciales.

En virtud de lo expuesto, verificamos la prostatomía externa con la lentitud trabajosa que el lector puede comprender. Dividimos el rafe para poner en relacion directa la parte sana anterior de la uretra con la posterior, y no dejamos sonda permanente esperando que pasase el peligro de la reabsorcion urinaria, que dura tres ó cuatro días. Nos aconsejó tambien dicha conducta la complicacion epiléptica, temiendo que una sonda permanente pudiera provocar sus accesiones.

Nada ocurrió en las primeras veinticuatro horas. Encontramos al enfermo muy satisfactoriamente á la otra vi-

sita de la mañana. Siguió el día regular, mas por la noche le acometió una fiebre con algun escalofrío, y por la madrugada, si no recuerdo mal, una convulsion eclámpsica puso rápidamente término á la vida.

Y ahora las dudas. ¿Murió del accidente cerebral que es comun en la *urihemia* aguda? ¿Fué su antigua epilepsia convertida en eclampsia á favor de la fiebre? ¿Hubo apoplegía ó derrame cerebral, conforme la rapidez de la muerte?

El cadáver tenía entierro, y no podíamos practicar la autopsia; sin embargo, y á condicion de examinar tan sólo la cabeza, pudimos registrar los órganos. Desde luégo se hizo notar que las incisiones del cuero cabelludo daban sangre, lo cual es extraño en los cadáveres. La vena que cerca de la sutura sagital sale por un pequeño agujero, por donde comunica la circulacion profunda con la superficial, daba tanta sangre que parecía cortada en un sujeto vivo. Esperábamos ver, al levantar la calota ósea, todo el interior bañado en sangre; pero no. Los senos estaban llenos, los vasos meníngeos tambien, pero sin manchas ni equimósis, ni varicosidades, ni lagunas. La sustancia gris no ofrecía nada de particular. Las glándulas de Pacchini parecían normales. La sustancia medular ofrecía en sus cortes alguna punticulacion sanguínea, pero no extraordinaria. Todo aparecía con la estructura y consistencia propias Levantamos la bóveda de tres pilares; los ventrículos laterales contenían serosidad; poco más ó ménos, la que hemos visto en los demas cadáveres. La tela coroidea derecha estaba marchita y como arrugada; la otra marchita tambien, pero más extendida. El tálamo óptico derecho, exangüe. El izquierdo, con sus vasos visibles. Las cintas, normales; las demas partes tambien. Llegamos á los pedúnculos y á su centro, la médula oblongada; aquí la vascularizacion de las membranas era muy visible. Podía separarse la piamadre en totalidad, trayéndose con ella la red vascular cual si estuviese preparada por una inyeccion de anfiteatro. Pero no había derrame ni daño visible. Los pedúncu-

los, el cuerpo y la cola de la médula, ofrecían su propia consistencia resistente. El cerebelo tampoco presentaba nada de particular; algo inyectados los vasos de las membranas. La válvula de Vieussens se encontraba íntegra, perfecta, con sus festoncitos trasversales blancos, y sus partes intermedias ménos gruesas y algo trasparentes. Cortamos la válvula para examinar el cuarto ventrículo, y alojado en él sin adherencia, como quien descansa blandamente en su fondo, había una cosa gelatiniforme, clara, algo verduzca, de figura globular, de la magnitud de un garbanzo grueso, deformada por el contacto con las superficies en que descansaba, y por el propio peso de cuerpo tan blando y casi líquido. Con la espátula levantamos aquello cuidadosamente, depositándolo sobre un lienzo blanco.

Escudriñamos las paredes del ventrículo, que se hallaban intactas, sin huella, sin coloracion anormal, con su propia textura, forma y magnitud. El cuerpo extraido era demasiado blando y pequeño para comprimir, dilatar, ni lastimar la cavidad. Estaba allí encerrado como una perla en su concha.

Pasando á examinar el cuerpo extraño, vimos que se había replegado. La membranita delgada que lo envolvía había permitido el paso de su líquido, solicitado por la absorcion capilar del lienzo; y sin que la membrana hubiera sufrido rotura ó detrimento estaba medio vacía, señalando por dentro un punto más sólido, blanco y luciente. Aquello tenía las trazas de un cisticerco. Pero convenía dejar la resolucion al microscopio, encomendando la preparacion al Sr. D. Eugenio Gutierrez.

Era un cisticerco realmente que correspondía á la *tenia solium*, con sus cuatro ventosas angulares, y la central rodeada de la doble fila de ganchos.

Ñada más pudimos encontrar.

Y ahora las dudas otra vez, agrandadas en lugar de resueltas.

¿Murió del accidente cerebral, que es comun en la uri-

hemia aguda? ¿Fué sú antigua epilepsia convertida en eclampsia á favor de la fiebre?

Estas preguntas quedan en pié; sólo resulta contestada esta otra:

¿Hubo apoplegía ó derrame cerebral conforme la rapidez de la muerte? No lo hubo. Lo cual prueba que se puede morir por el cerebro rápidamente con síntomas indistinguibles de la apoplegía sin que haya ocurrido ninguna hemorragia.

Pero en cambio de la pregunta contestada, surgen otras que cargan el capítulo de lo ignorado.

La epilepsia que padeció el sujeto, y cuyas auras partían de la uretra enferma, ¿sería efectivamente refleja ó central, y determinada por la existencia del cisticerco en el cuarto ventrículo?

¿Qué influencia pudo tener el parásito en la muerte? ¿Tuvo alguna ó ninguna?

¿Tomaría el huevo de la tenia cuando bebió en el charco?

Puesto que la muerte fué cerebral y no existían lesiones importantes en el cerebro, fuera de la firme inyeccion de la pia-madre que forra el bulbo, ¿será caso que esta misma inyeccion resulte estática, embólica, y suspendiendo el curso de la circulacion en el bulbo, determine tan rápidamente la muerte? Quién sabe.

¡Cuánto trabajo cuesta la investigacion de la verdad!

Pocas veces aparece de pronto. Cuando se exclama ¡Eureka! no es que se reveló en aquel propio instante. Saltó, sí, al fin, en un momento, pero momento antecedido de muchos siglos de labor y de inútiles conatos.

De lo dicho se deduce que las verdades adquiridas no se deben sólo al feliz que las descubre, sino que se deben tambien á todos los que con anterioridad las persiguieron.

Muévennos estas consideraciones los pasos que nos han obligado á dar tres enfermos del Instituto, asistidos en el presente ejercicio.

Demos cuenta de sus observaciones, siguiendo el órden cronológico de sus respectivas entradas. Así irá el lector recorriendo el mismo camino de los hechos por la línea que trazaron.

Observacion de Pilar Romero.

El día 5 de Setiembre se presentó en nuestra casa este individuo, que á pesar de su nombre no era mujer, sino labrador robusto, de 31 años de edad, vecino de Villafranca, provincia de Badajoz. Traía una carta de recomendacion de nuestro querido condiscípulo D. Enrique de la Rosa.

La enfermedad consistía en un tumor del tamaño de una gran naranja en la region occípito-parietal del lado izquierdo.

El día inmediato, 6 de dicho mes, dimos entrada en la clínica al interesado, ocupando la cama núm. 1.

Ya habíamos examinado el tumor en nuestra casa cuidadosamente, enterándonos al mismo tiempo de su historia.

Héla aquí:

Cinco meses hacía haber notado, al tiempo de peinarse, que tropezaba el peine al pasar por el lado izquierdo de la cabeza. Con esto fijó la atencion, pareciéndole que tenía un bulto. Nada le dolía ni le molestaba, y lo dejó pasar. Poco despues, notándolo mayor, consultó con el facultativo del pueblo, bajo cuya observacion estuvo hasta que, alarmados por el rápido crecer, pidió consulta. Efectuada entre varios profesores de los puntos comarcanos, ocurrieron dudas. Tras ellas, discusiones. El tumor ofrecía cierta blandura y una fluctuacion muy clara.

Unos opinaron que abrirlo. Otros que no se abriera, y nada se decidió. Más tarde, y el tumor avanzando, vuelve á haber consulta. Surge otra vez la cuestion de si se dilata ó no se dilata; la fluctuacion la advierten todos; alguno disiente; la mayoría vota, y ya que no dilatar, convienen en punzar el tumor hácia su centro. En vez de pus ó de otro líquido, salta un chorro de sangre. La hemorragia alarma,

y al fin hilas y vendas la sujetan. Repítese el flujo otras veces, aunque ménos abundante, y á tal punto viene el interesado á Madrid en busca de remedio.

La herida de la puncion estaba convertida en un pequeño boton carnoso, que al tocarlo daba alguna sangre. Lo demas de la piel se hallaba íntegro.

Invité á los compañeros que formularan el diagnóstico; y aunque los ví en un estado de duda de esos que van hácia el acierto y no á la confusion, nos pareció conveniente despejar el camino con la siguiente nota clínica:

Nota clínica.

— Probablemente, ni durante vuestras carreras, ni en la práctica civil, habeis tenido ocasion de ver un tumor cual el que teneis delante. Más viejo yo que Uds., he tropezado con ellos más de una vez.

La historia de éste es la de todos. Son unas de esas historias esterotípicas sobre que no puedo ménos de llamarles la atencion. Hay ciertos padecimientos cuyas historias se repiten por los mismos pasos una y otra vez. Los epiteliomas de la lengua traen todos iguales capítulos de referencia. Una muela que roza; un cirujano que toca la lengua con piedra lipis; un dentista que despues saca la muela; otro cirujano que manda buchadas de clorato de potasa; otro que viene con la piedra infernal, que aquí lo es verdaderamente; las glándulas que se infartan; la lengua que se excava en cráteres fungosos; el enfermo que se pone amarillo, y que, caquéctico y sin remedio posible, pide entónces que le operen cuando ya no cabe operacion.

Pues otra historia esterotípica relatan los individuos que traen el tumor que aquí veis. Basta oirla para quedar seguros de que se trata de un *fungus de la dura-madre.*

Seguramente que conoceis la enfermedad por descripcion de vuestros libros. Pero ahora que tenemos presente el objeto, es preciso aprovechar la oportunidad de estudiarlo en el original.

Veis que es un tumor blando, elástico. Lo comprimimos y cede, volviendo al punto á recobrar su forma al cesar la

compresion. Veis que su blandura es igual á si no cosas firmes, sino líquidas lo llenaran. Veis que hay fluctuacion patente. Sin embargo, punzado no dió pus ni dió la serosidad de un quiste; dió sangre. La ciencia llama á eso falsa fluctuacion, y comete un error de trascendencia porque la fluctuacion no es falsa, sino muy verdadera, y esos calificativos impropios, dados con la autoridad que presta el dogma, nos hacen caer en el mismo error que procuran evitar. En efecto; aquí está patente como la luz del día que existe fluctuacion.

Parece, dada la realidad de lo sentido, que no puede ser falsa, porque el mismo sentido comun entiende que falsa es la cosa que, pareciendo tal, no lo es realmente; y así, como real y claramente vemos que el tumor fluctúa al explorarlo, vamos y le abrimos buscando pus, cuando lo que fluctúa es sangre.

Llamemos de hoy más á estas fluctuaciones efectivas, no falsas, sino fluctuaciones *vibrantes*, fluctuaciones exageradas, y estaremos en lo cierto, y no daremos ideas impropias de las cosas, que hartos motivos de error se nos ofrecen para que vayamos á aumentarlos con falsos juicios escolásticamente adquiridos.

Convienen algunas explicaciones más para aclarar el punto.

Cuando se abren estos tumores, se encuentra que están formados de una sustancia blanda, poco resistente al bisturí, y que, sin que hayamos herido ningun vaso de mediano calibre, ni penetrado un saco aneurismático, sangran alarmantemente. Pues estos simples hechos declaran ya cuál pueda ser su estructura macroscópica. No necesitamos más inquisiciones ni prolijos estudios por ahora para afirmar, como se afirman las cosas que se ven y que se tocan, que estos tumores están constituidos por una trama muy floja y muy llena de sangre circulante. Como quiera que la sangre es un líquido, como líquido es apto para fluctuar si otras condiciones le favorecen, así como no fluctuará si otras condiciones diversas se lo impiden. Por

ejemplo: la sangre de una aneurisma no producirá fluctuacion por estar el saco lleno de coágulos; no dará fluctuacion por ir el líquido circulante impulsado por la fuerza mayor de la corriente.

Por las mismas causas no fluctúan los tumores erectiles. Pero trocad las condiciones, poned infinitos capilares de corrientes débiles cada uno englobados en una ganga floja, celulosa muy infiltrada, percutid ese conjunto, y notareis la *fluctuacion vibrátil*, la *fluctuacion exagerada* que aquí advertís.

Ahora bien; si cuando en un tratado sobre estos llamados fungus de la dura-madre, al leer la descripcion de sus síntomas, en lugar de encontrarnos para uno de sus caractéres la frase *falsa fluctuacion*, encontráramos la de *fluctuacion vibrátil* ó *fluctuacion exagerada*, ya, léjos de impulsarnos como la primera frase al hecho de dilatar el tumor desconociendo su naturaleza, nos llevaría á sospechar al ménos, por el mismo hecho de la fluctuacion, la enfermedad de que se trataba.

Los líquidos encerrados fluctúan; fluctúan, y vibran más cuanto la parte que los encierra está más tensa. Sucede aquí lo que en el parche de un tambor, lo que en la cuerda de un violin: siguen la ley comun de las vibraciones físicas.

A más de la fluctuacion vibrátil, no se percibe aquí otra cosa. Los autores dicen que, de estos tumores, unos ofrecen movimientos pulsativos y que otros no los ofrecen.

Como veis, aplicada la mano no se siente latir. El estetóscopo á mi oido permanece silencioso. Escuchad. Nada se oye.

Hay cosas que, para verlas, es preciso buscarlas por medios apropiados. El oxígeno del agua no se ve, pero se patentiza por ciertas operaciones químicas.

Si en vez de aplicar simplemente los dedos los dejamos hundidos en la superficie del tumor, tampoco sentireis, como no siento yo, ninguna pulsacion; pero fijando la vista muy atentamente, os parecerá advertir que los dedos

suben y bajan un poquito. No hay pulsacion sensible al tacto, pero la hay á la vista cuando se provoca comprimiendo el tumor, ó sea obligando á la sangre que pase por un espacio disminuido por la compresion.

Explicar este fenómeno resulta bien sencillo; no hay ningun vaso de suficiente calibre para producir la sensacion del latido; son meros capilares sin túnica elástica; pero la onda sanguínea que á ellos viene, multiplicada en la suma de los mismos, revela el movimiento de expansion al oponernos apretándolos, al paso de la sangre.

Naturalmente, dados los hechos que acabamos de apreciar, el esfigmógrafo debe producir un dibujo, y en sacar los trazados nos ocuparemos otro día (1).

Por hoy queda evidente el diagnóstico, que es lo que al pronto nos interesa.

¿Qué tratamiento estaba indicado?

Cuando un padecimiento es incurable, las indicaciones se reducen al círculo paliativo.

El enfermo ofrecía un interes supremo para el estudio; mas aunque por feliz resultado del mismo se obtuvieran conclusiones de aplicacion terapéutica, no nos encontrábamos aún en semejante caso.

El tratamiento prescrito por la ciencia lo juzgábamos nulo, pero no quisimos confiar en nuestra memoria. Se trataba de la vida de un individuo, y no podíamos quedar tranquilos sin registrar lo que se hubiese escrito. Así lo hicimos. Por desgracia, no recordábamos mal; los puntos culminantes correspondientes á la enfermedad y su terapéutica inclusive, estaban en nuestro pensamiento. No fué del todo inútil la inquisicion literaria; al ménos facilitaba la fijacion de la materia, dejándonos á salvo de posibles escrúpulos.

En general, la única esperanza de curabilidad se cifra

---

(1) En efecto; el esfigmógrafo produjo un trazado constituido por curvas bastante regulares y de radios semejantes.

en un problema: en el de si estos tumores pueden ó no operarse.

Respecto al particular de nuestro enfermo, ni áun podía admitirse la cuestion; el tumor era demasiado grande, y por otros motivos que más adelante se verán.

No existiendo dolor, ni insomnios, ni vértigos, ni zumbido de oidos, ni perturbacion en las digestiones, ni en la circulacion, ni en la respiracion, ni en la inteligencia, no teníamos cosa que paliar.

En este caso, no quedaba otra cosa que hacer sino observar, estudiar y ensayar. A ensayos, pues, se redujo la terapéutica.

Antes de referirlos, deseo insistir y llamar la atencion sobre los hechos negativos enumerados en el párrafo anterior. Parece raro que una lesion proveniente del interior del cráneo, y una lesion productiva, tumorosa y de tan grave naturaleza, no hubiese de ocasionar visibles é importantes trastornos en todos ó en algunos de dichos aparatos. Por más que en los casos que pudimos ver anteriormente ocurría igual silencio, y que de ello hablan los escritos como cosa frecuente, se opone tanto esa falta á las doctrinas que informan las funciones del cerebro, que el ánimo se resiste. Al ménos nosotros lo sentíamos así, por lo cual examinábamos y preguntábamos diariamente. Tambien sorprendía la seguridad con que afirmaba que en su memoria, en su razon y su carácter no experimentaba trastornos ni cambios de ninguna naturaleza. Eso no obstante, nos parecía notar que el pié izquierdo no gozaba de la misma firmeza que el derecho.

A este parecer, el interesado, si no afirmaba, tampoco negaba rotundamente. Algunas veces temíamos si la propia insistencia nuestra fuera parte á hacerle entrar en aprension; pero, pasando días, se confirmó nuestra creencia; ya no fué dudoso que dicho pié se hallaba entorpecido en sus sensaciones tactiles, y como un poquito afectado de paresia.

Comprimiendo fuertemente el tumor con la palma de la

mano, no ocurría fenómeno ninguno. Debiendo advertir que tampoco se reducía ni ménos sub-intraba.

La primera medicacion puesta en práctica, consistió en el centeno de cornezuelo. Una decoccion concentrada como tópico. Medio escrúpulo de los polvos recientes por mañana y tarde. Fuéronse aumentando las dósis, y así continuaron muchos días sin notar efecto en ningun sentido.

Cambiamos entónces los polvos por la ergotina, administrada de igual suerte y con tan nulos resultados.

En el curso actual hemos estudiado ambos medicamentos en distintos pacientes, llegándolos á administrar á altas dósis y por espacio de meses. Siento desvanecer ilusiones sobre cosas que pasan por seguras; no son tantos los recursos terapéuticos para que nos complazca desacreditar los que tenemos; pero, ¿qué hemos de decir? Digo que en el enfermo de la observacion, en otros, y principalmente en una enferma de fibromioma uterino, no concuerda el resultado con lo que la terapéutica establece.

Bien merece el asunto capítulo especial, y para otra ocasion lo dejaremos. Ahora nos aleja demasiado.

No nos parecía extraño que los efectos sobre el tumor se redujeran á cero. Si la ergotina obra sobre las fibras musculares lisas, poco podía hacer sobre un tejido morboso y unos capilares destituidos de tal elemento anatómico; pero nos extrañó sobremanera no haber visto sobrevenir fenómenos de ergotismo ni con el centeno ni con la ergotina. Pudiera sospecharse de la calidad del medicamento; mas, á parte de que la farmacia del hospital merece toda confianza, rechaza la sospecha el hecho de que la misma ergotina, en menor dósis, producía algunas perturbaciones administrándola de cierta manera, en inyeccion parenquimatosa sobre un fibromioma uterino. De este modo sí causaba náuseas, vómitos, trastornos y dolor de cabeza. De otro modo administrada, ni en la susodicha, ni en los demas enfermos, producía efecto; como si la echasen en un pozo.

Cansados del anterior tratamiento, convencidos de su inutilidad, quisimos discurrir algun otro que se opusiese al crecimiento del tumor, que á nuestra propia vista iba aumentando en elevacion y en su circunferencia. Confesamos que, por más vueltas que le dimos, nada se nos ocurrió. La compresion presentaba graves inconvenientes; íbamos á obligar al neoplasma á que se desarrollara hácia lo profundo. El agua fría era incómoda, mojaba, molestaba, ponía al enfermo en humedades anti-higiénicas, y desde luégo hubo que renunciar (1). Ultimamente nos entregamos á uno de los comodines de la terapéutica, al ioduro potásico, que dió los resultados que eran de esperar.

En observaciones que habíamos leido se registraban casos de fungus secundarios, dependientes, al parecer, del primero. Atenta con tal motivo nuestra atencion, descubrimos por medio del tacto otro tumor incipiente que aparecía hácia la parte anterior de la region temporal. Tenía el tamaño de una peseta y todavía no elevaba la piel.

Así llegó el tumor primero á adquirir nueve centímetros de altura y 14 de diámetro, á tiempo que la familia nos escribió suplicando la manifestáramos si el enfermo, careciendo de remedio, podía morir dentro de un período breve.

Mucho sentíamos perder la observacion de los últimos momentos; ver cómo y con qué síntomas fallecían estos desgraciados, cosa que no hemos tenido ocasion de observar, y que está descuidada en las historias que leimos; más disgusto nos causaba perder la ocasion de efectuar la autopsia; pero no podíamos mentir. Contestamos la verdad, y dispusieron los deudos venir por el paciente para tener el consuelo de que muriera en su casa.

Poco fruto, al parecer, habíamos obtenido á favor de nuestra ilustracion con la estancia en la clínica de Pilar Romero.

(1) Los nuevos aparatos, formados de tubos metálicos por donde corre el agua á la temperatura que se desea, han venido á corregir ya estos inconvenientes.

A fin de subsanarlo en lo posible, elegimos su asunto por tema de la siguiente conferencia:

Conferencia sobre los fungus de la dura-madre

«Compañeros y amigos: el enfermo de la cama número 1 se va á marchar, llevándose los datos de la autopsia sobre que pudiéramos basarnos para esclarecer algunos puntos de su importante padecimiento. Más tarde ó más temprano podrá venir otro paciente con lo mismo, y conviene que tengamos reflexionado algo acerca de la enfermedad en general.

Cuando se carece de materiales propios para basar doctrinas, conviene ir en busca de materiales ajenos. Eso vamos á hacer ahora, siquiera sea de un modo ligero y tan imperfecto como lo permitan nuestras aptitudes, y el escaso tiempo de que podemos disponer para registrar y tomar cierto número de notas.

De las que tengo delante resulta que Luis fué el primero que metódicamente dió á conocer la enfermedad en una Memoria sobre los tumores fungosos de la dura-madre.

Despues de dicho trabajo, el que apareció tratando el asunto más á fondo pertenece á Lebert. Hemos registrado su obra *Tratado práctico de las enfermedades cancerosas*, y desde él á hoy poco más se ha adelantado.

Sobre los datos de Luis y los demas cirujanos que le antecedieron escribiendo del asunto, agrega 24 observaciones propias recogidas por él mismo con gran celo en los varios hospitales de París, reuniendo de este modo, con los casos indicados de Luis, otros de Andral, Malespina, etc., hasta la cifra de 101.

Pasemos ahora revista á nuestro propio deseo acerca de los puntos que sobre la enfermedad de Pilar Romero hubiéramos querido averiguar.

1.° ¿Qué estructura anatómica sería la de su tumor?

Este punto, áun sin necesidad de la autopsia, puede revelarse á nuestro entendimiento con grandes probabilidades de aproximacion. Era fungosa. Pero decir fungosa no es decir nada. Fungiformes son ciertos epiteliomas,

fungiformes ciertas úlceras cancerosas: muy fungiformes sobre todo los encefaloides. Es verdad; pero fungiforme con la total é igual blandura del tumor de Pilar Sanchez, sólo es propio de ciertas *formas de sarcomas*. El encefaloides da productos más sucios, pus más fétido, más abundante, y las heridas que en su masa se verifican toman la disposicion crateriforme. Hay en los encefaloides más resentimiento general, otra manera de invasion, más difusion, diversa infiltracion y turgencia de la piel. Suele ademas haber dolores y siguen otra marcha más aguda.

El tumor, pues, de nuestro enfermo era un sarcoma blando. Esto no quita para que otros de los englobados en el título de tumores fungosos de la dura-madre tengan otra estructura.

Efectivamente, así parece resultar de los hechos. Oigamos algunas opiniones acerca de este punto.

Entre los de que da cuenta Luis, unos parecen ser fibroides, otros cancerosos, y algunos corresponden á hernias cerebrales consecutivas á lesiones óseas.

Lebert, ya más entendido en anatomía patológica y en histología, demuestra que unos son cancerosos y otros *fibro-plásticos*. Sabemos que él daba tal nombre á cierta clase de sarcomas, y así lo prueban los caractéres que les asigna; á saber: «pequeñas células redondas, $0^{mm},012$, conteniendo núcleos de $0^{mm},005$. Numerosos cuerpos fusiformes estrechos, en cuyo centro se distingue un núcleo á modo de pequeño punto oscuro, y todas las formas intermedias entre la fibra y los cuerpos fusiformes.»

Velpeau sostenía que todos estos tumores sin excepcion eran cancerosos. Al mismo parecer se inclinaba Nélaton.

Rindfleisch, autor muy autorizado en anatomía patológica, refiere la estructura á la del *carcinoma* cerebral y de la pia-madre. Dice lo siguiente, refiriéndose á *un* caso examinado por él á beneficio de preparaciones tratadas con el ácido crómico: « *El proceso comienza por la formacion de una aglomeracion celular, á expensas de cada una*

de las células de la túnica adventicia. Las nuevas células son grandes, ricas en protoplasma, dotadas de núcleos y nucleolos, y mostrando un parecido manifiesto con las células epiteliales de los plexos coroides. Están á veces reunidas en pelotones estratificados. Globulosas al centro de los pelotones, se convierten en fusiformes hácia la superficie. Las células fusiformes vecinas á los apelotonamientos se reunen en tractos imperfectos para formar tabiques delicados que subdividen los alvéolos cancerosos. Los fascículos más importantes del estroma están formados aquí, como siempre, por las partes restantes del parénquima invadido por el cáncer. Dejamos ya indicado que gran parte de la sustancia *cerebral* se destruye por metamorfósis grasosa. Lo que resta entre los espacios vasculares, *grandemente ensanchados, son unas láminas formadas por fibrillas paralelas y finas, encerrando cierto número de núcleos.* No sabré decir si las fibrillas cilíndricas brillantes que tenemos delante de los ojos *representan los cilindros ejes que subsisten, ó si son producidos por la metamorfósis de la neurolgia.* Mas nos inclinamos á admitir la última hipótesis; porque si se persiguen estos haces de fibrillas más adelante en el tumor canceroso, vemos que se van convirtiendo de más en más homogéneas, para terminar directamente en los haces principales del estroma.» (Rindfleisch, *Tratado de Anatomía patológica,* págs. 693 y 694.)

Bien sabeis, compañeros, que, como profesores que somos, por mucha que sea nuestra ignorancia, no podemos admitir sin crítica lo que veamos escrito, siquiera proceda de una autoridad como el anatomo-patólogo citado. Por eso vamos á analizar lo que acaba de leerse, y hemos subrayado las palabras sobre que deseo llamar vuestra atencion. Primero, refiriéndose á *un solo* caso, afirma que los tumores de la dura-madre son de la misma naturaleza de los carcinomas del cerebro. Para este ilustrado autor la palabra *carcinoma* no tiene el mismo significado que para otros, que llaman indistintamente así á ciertas formas de sarcomas y de cánceres. Para Rindfleisch este carcinoma

de que habla es cáncer, y como tal lo caracteriza expresamente en otros puntos del párrafo trascrito. Lo segundo que tengo que notar, versa respecto á lo que dice sobre el comienzo del proceso anatomo-patológico. Asegura que empieza por la formacion de una aglomeracion celular á expensas de cada una de las células de la túnica adventicia, y para nosotros no resulta claro á qué túnica adventicia se refiere. Pero esto sería lo de ménos. Lo que más nos choca es cómo pudo distinguir en un mal tan adelantado, como que precisamente debió ocasionar la muerte del sujeto ese punto de comienzo, esa iniciacion de un proceso morboso tan complejo, tan avanzado, y que tanto modifica y destruye las partes. No podemos dudar de la buena fe del autor, pero preciso será convenir en que éste, como áun los más positivistas, creen haber visto con los ojos de su cara lo que estaba en su opinion ó en su modo de ver.

El tercer punto sobre que llamo la atencion, es el que sigue: « Dejamos ya indicado que gran parte de la sustancia cerebral, » etc. Nosotros vamos persiguiendo la estructura de los tumores dichos de la dura-madre, y por las palabras anteriores resulta que en el *único tumor* que examinó el cerebro estaba canceroso en gran parte de su sustancia.

Si se agrega á esto su primera y principal afirmacion hecha ante todo, de que los tumores de la dura-madre son de la misma naturaleza que los del carcinoma cerebral, vendremos á tener pruebas para sospechar que el autor, dejándose llevar de un prejuicio, asentó una afirmacion anticipada sin datos para ello, puesto que sólo había observado un tumor de las membranas cerebrales, y ése no nacido en ellas, sino proveniente con mayor probabilidad del cerebro mismo.

No obstante los reparos expuestos, la nota ofrece bastante interes. Describe exactamente el cancer cerebral, ya proviniese de su masa, invadiendo las membranas, ya fuera de las membranas al cerebro, y sobre todo da cuenta del mecanismo de estructura de un fenómeno que parece

ser comun á varios neoplasmas distintos de las regiones cerebrales y meníngeas. Dicho importante fenómeno es el de la blandura, causa de la fluctuacion que en ellos se observa. En efecto; la explicacion anatómica no deja nada que desear. «Lo que resta *entre los espacios vasculares, grandemente ensanchados, son unas láminas formadas por fibrillas paralelas y finas, encerrando cierto número de núcleos.*»

Con lo que expuse á Uds. al hablarles de la fluctuacion del tumor de Pilar Romero y estos detalles de Rindfleisch, el hecho de la fluctuacion queda perfectamente esclarecido. Grandes espacios inter-vasculares, formados de laminillas delgadísimas y algunas pequeñas granulaciones, infiltrado todo esto por sucos, forman una disposicion apropiadísima para producir una fluctuacion exagerada.

Holmes traslada en su *Tratado de Cirugía*, capítulo *De los tumores del cráneo*, un caso perteneciente al Museo del hospital de San Jorge, cuyo enfermo trató el Dr. César Hawkin's por muchos años, con diversas interrupciones. Acompaña el dibujo. La estructura estaba formada enteramente por fibras fusiformes.

Dejemos ya este punto; con lo registrado sobra para dejar probado que unos tumores de esos englobados bajo el título de fungus de la dura-madre, ni son fungus, ni son de la dura-madre. Que unos son cánceres más ó ménos profundos; otros sarcomas, ya del tipo de células redondas, ya del tipo de células fusiformes, ya mixtos de unas y de otras. Queda tambien notada la comunidad de la estructura blanda en todos estos tumores, cualquiera sea su naturaleza, y queda, finalmente, bien explicado el motivo anatómico de dicha general blandura, carácter culminante que ha dado lugar al título comun de fungus.

Sigamos laboriosamente caminando.

Satisfecha nuestra primera curiosidad científica acerca del caso de Pilar Romero, porque si bien no hemos tenido ocasion de hacer la autopsia ni el exámen histológico, poseemos suficientes datos para afirmar que su tumor es

sarcomatoso y probablemente de pequeñas células rodondas, ó de éstas mezcladas con fibro-células, pasemos ahora á ver qué nuevo deseo tenemos que satisfacer, formulándolo en pregunta.

¿Cuál sería el asiento y punto de partida de este sarcoma de Pilar Romero?

En los casos de Luis, unos procedían realmente de la dura-madre. Otros parecían partir de los mismos huesos del cráneo. Otros venían del cerebro, resultando ser algunos meras hernias de dicho órgano.

Los datos más numerosos y mejor observados, son los de Lebert. Su trabajo es concienzudo; hizo muchas autopsias por sí mismo, y deja fuera de toda duda el vario asiento. Segun él, los tumores llamados de la dura-madre no toman sólo su partida en dicha membrana, y si algunos arrancan de ella, otros provienen de la pia-madre, de las hojas sub-aracnoideas, del cerebro, del diploe, de los huesos y del mismo periostio.

Rindfleisch afirma categóricamente, aunque de referencia, igual doctrina, y expresamente dice: «Los fungus de la dura-madre parten de la superficie de esta membrana, que está en contacto con el hueso y penetra con los vasos en la sustancia compacta, destruye la lámina vítrea y se extiende más libremente en el diploe, terminando por traspasar la lámina externa de los huesos del cráneo, formando un hongo que levanta los tegumentos. No es raro ver la dura-madre traspasada á la vez hácia adentro; las hojas de la aracnoides se sueldan á ella, y al fungus de la dura-madre se une entónces un fungus de la pia-madre.»

Del caso de Hawkin's resulta un hecho bien averiguado respecto á la procedencia de la dura-madre.

Segun estos datos, y no rebuscamos más porque con ellos queda suficientemente esclarecido el punto, resulta que pueden partir de diversos puntos. De la dura-madre, de la pia-madre, de la aracnoides, de la superficie del cerebro, del diploe óseo y hasta del periostio.

¿Y cuál sería de estas partes la que en nuestro observado

ofrecía el punto de partida? Con matemática precision no podemos fijar el punto, pero aproximadamente y con algunas probabilidades de acertar, sí.

Atended. En dos meses de continuo observar, aunque parezca que nada se ve, algo se descubre.

A todos nos hubo de llamar fuertemente la atencion el hecho extraño de no presentarse en nuestro enfermo ningun síntoma cerebral, excepcion hecha de la leve paresia de uno de sus piés. De aquí se induce que su cerebro se encontraba ileso ó muy levemente comprimido por el tumor. Con esto sólo tenemos un dato para afirmar que el asiento del neoplasma era extra-cerebral, y que de meninges arriba debía tener su asiento. Por los datos registrados hace poco hemos visto que, á más de las meninges, pueden nacer en el diploe de los huesos y áun en el mismo periostio.

Los reconocimientos que hicimos del gran tumor no producían al tacto caractéres muy significativos respecto á si venía por debajo de la bóveda craneana.

Recordareis que, comprimiéndolo con la mano, no subintraba, ni aparecían signos de opresion cerebral; un cierto reborde duro se parecía advertir por debajo del cuero cabelludo formando como un brocal alrededor de la circunferencia del neoplasma; pero esta sensacion no se puede traducir en signo. Tal reborde suele encontrarse hasta en los simples hematomas del pericráneo, simulando una pérdida de sustancia ósea que en realidad no existe.

A pesar de todo lo que acaba de decirse, el volúmen del tumor, su marcha y la paresia del pié, inclinan á admitir con algun fundamento de probabilidad de que su orígen no fuera en el pericráneo, ni en el diploe, sino en las mismas meninges. Despues, tambien recordareis que encontramos otro tumor secundario hácia la parte anterior de la region temporal; como pequeño, su masa no impedía tactar el cráneo, y todos Uds. notaron que se deprimía bastante y que no parecía provenir de la superficie ósea. Agréguese que, á pesar de la variedad y anarquía sintomática (Lebert

trae cinco casos de autopsia, cuyos enfermos no habían notado el menor síntoma), todavía no pueden los autores ménos de convenir en que los que se desarrollan en las meninges hácia el exterior atravesando la caja, ofrecen ménos síntomas que los que se desenvuelven al interior.

A primera vista parece que un tumor que, procedente del interior del cráneo traspase sus paredes, nada debería ser tan sencillo como conocer su orígen; porque, á manera de las hernias, podrían reducirse por medio de la táxis, y cuando no, los esfuerzos al comprimirlo darían al ménos señales de opresion por parte del cerebro. Alguna causa debe haber que impida estas lógicas suposiciones, y á nuestro parecer son dos: una, la especie de hongo ó gran cabeza que el tumor suele formar cuando se encuentra libre por encima de la bóveda huesosa. Tal mecanismo hace imposible la intromision ni la presion cerebral, aunque comprimamos el tumor hácia adentro, á la manera que la fuerza expansiva de una caldera de vapor no puede hacer que sub-intren sus remaches. Otra, la de que es probable, segun resulta de ciertas autopsias, que algunas veces el cráneo no se perfore en redondo, sino que el fungus se filtre por varios pequeños agujeros. Cuando una ó las dos circunstancias dichas dejen de concurrir, ciertamente que será más ó ménos fácil hacer la táxis, y es muy probable que se adviertan señales de la compresion del cerebro. Así sucedía en el caso de Hawhin's. Al comprimir el tumor, sentía su enfermo opresion y desmayo.

Por todo lo que hemos referido creemos que el tumor de Pilar Romero tiene su asiento en la dura-madre. A nuestro parecer es uno de los casos de verdadero sarcoma de dicha membrana.

Y venga otra pregunta.

¿Se pueden curar estos tumores?

El estado actual de la ciencia dogmática se halla en circunstancias parecidas á la en que se encuentran muchos zambos. Se resignan con la torcedura de sus piés, y ni se ocupan en averiguar si su deformidad tiene remedio. Así

es que las obras dogmáticas, las que nos sirven generalmente de guía para ejercer, declarando la enfermedad como incurable, pasan por alto la materia, ó cuando más la tratan muy ligeramente. No ha dejado de haber algun profesor osado que, echando por el atajo, ya deliberadamente y con conocimiento de causa, ya por casualidad ó por error de diagnóstico, se ha metido á combatir dichos tumores.

La curabilidad farmacológica á nadie se ha ocurrido; la quirúrgica, la empleada en tumores de la misma especie correspondientes á otras regiones, sí; pero la valentía ha sido condenada por la opinion general, y así nos encontramos.

La verdad es que se necesita mucho ánimo para oponerse á la opinion, y más en casos como éstos, en que los resultados no han de favorecer á los esfuerzos.

Oigamos lo que dice Lebert acerca del particular:

«Una sana práctica demuestra de más en más que no pueden tocarse los tumores cancerosos craneanos.» (Lebert, *Tratado práctico de las enfermedades cancerosas*, pág. 737.)

Y luégo en la 822 añade:

«Así existen en la ciencia numerosos ejemplos en que la vida se prolonga durante años, y en muchos de entre ellos hubieran ganado más sin el *asesinato quirúrgico*, que así debemos designar las tentativas operatorias propuestas contra estos tumores.»

El anatema sigue retumbando. La infinita mayoría de los prácticos, considerándose como sacerdotes de la ciencia, repiten las palabras del conjuro. Si algun espíritu fuerte se quiere revelar, sus carnes tiemblan y al fin desecha tan malos pensamientos.

Ó mucho nos equivocamos, ó nos parece que en el asunto ha cogido la ciencia el pez por la cola, y que de esta manera se le escurre.

Esto es, que no se puede resolver la cuestion terapéutica sin basarla en la resolucion de otras cuestiones previas. Decidir tan grave asunto en globo, indiscernidamen-

te, y establecer desde luégo la doctrina contraria ó favorable á la operacion, nos parece injusto.

Veamos si podemos adelantar alguna cosa por distinto camino.

Lo primero que es preciso depurar, es la gravedad absoluta y relativa que los tumores entrañen. Sobre el particular se ofrecen dos aspectos: uno para la gravedad absoluta, y otro para la relativa. Efectivamente, y salvo algun error grosero en el diagnóstico, no hay noticia de ningun caso cuyo fin haya escapado de la muerte. Puede, por consiguiente, afirmarse á cierra ojos que dichos neoplasmas son esencialmente mortales. Nada hay en ellos tan seguro, indeclinable y fijo como su fatal pronóstico.

Pero entra el segundo aspecto, el de la gravedad relativa, y aquí se ve que los datos varían en una extensa escala. Sin poner término á la vida inmediatamente que aparecen, la amenazan desde luégo, llegando á realizar el amago al cabo de un tiempo más ó ménos próximo.

¿Por qué esta variedad? Su razon es evidente. Englobados en un solo título de diagnóstico diversos neoplasmas, las variaciones de sus cursos son lógicamente naturales. No es que fuese aquí inconstante la naturaleza; es que nuestros conocimientos imperfectos nos la hacían aparecer irregular, cuando, por el contrario, seguía sus distintas marchas en armonía con sus distintas entidades morbosas.

Mirado el problema á la luz de tan sencillo principio, vemos con gran claridad la explicacion. Si de 100 tumores llamados fungus de la dura-madre uno era un cáncer del cerebro que, atacando las meninges y los huesos, venía al exterior, otro un sarcoma de la dura-madre, otro un fibroma, otro un osteo-sarcoma, otro un periostoma de ésta ó de aquella naturaleza, no era posible que sus cursos ni el término en que llegaran á producir la muerte marcasen una misma fecha. Unase á esto las diversas condiciones tópicas, áun dados dos neoplasmas de idéntica estructura, que uno puede desarrollar su proceso formativo hácia abajo, miéntras el otro caminar hácia arriba; agréguense

tambien los factores generales que entran á determinar cambios en cualquiera enfermedad, como la constitucion de los individuos, su mayor ó menor robustez, sus hábitos fisiológicos y patológicos, sus oficios, posicion social, y tantas y tantas otras concausas más ó ménos influyentes en el proceso de los males, y pocos asuntos quedarán tan explicados como el tema presente.

Dada la solucion, no se reduce al mero satisfacer la curiosidad teórica; trasciende á fines prácticos, constituye un jalon que, alineado con los otros que venimos colocando, espero nos tracen el camino del acierto. Por lo pronto nos permite, respecto á nuestro observado Pilar Romero, pronosticar, no sólo su muerte infalible, sino tambien próximamente la fecha en que deberá ocurrir. Y no es necesario ser muy lince ni echarla de zahorí. Vereis los datos para el cálculo, y opino que á vosotros os ha de dar el mismo resultado aproximadamente.

Cinco meses contaba de tumor visible cuando entró en nuestro hospital; entónces su volúmen era como el de una naranja. Dos meses justos lo hemos tenido bajo nuestra observacion, en cuyo tiempo ha crecido hasta medir nueve centímetros de altura y 14 de diámetro. Un síntoma sutil despues de algun tiempo de la estancia, vino, tomando cuerpo, á declarar que el cerebro comenzaba á sufrir cierta compresion. Otro tumor secundario ha aparecido en distinto punto del cráneo. Y decidme si con estos datos, con este curso de crecimiento cada vez mayor, con esta compresion cerebral ya establecida, con esta emigracion celular maligna, dado un sarcoma tan blando, tan vascularizado, tan apto para crecer rápidamente, es probable que al seguir su curso, como infaliblemente ha de seguirle, pueda dejar de ser incompatible con la vida de aquí á otros dos meses. Nuestro juicio es que en el espacio que media del 6 de Diciembre al 6 de Enero ha de morir (1).

---

(1) Noticias recibidas posteriormente confirmaron la prediccion.

Ahora bien; si el estudio y la observacion metódica llegaran á facilitar el diagnóstico de estos tumores llamados de la dura-madre, si se facilitara el deslinde de sus variedades, apreciando, por consiguiente, el pronóstico absoluto y el relativo al período de su desarrollo, ¿no sería una pena, un cargo de conciencia, un medroso egoismo dejar de socorrer estos desgraciados, salvando algunos de las garras de la muerte?

¿Sería en tal caso un *asesinato quirúrgico* la empresa? O, por el contrario, desistir volviéndole la espalda, ¿no resultaría un hecho semejante y más reprensible que el del pobre diablo que, armado de buenas armas, presenciando que iban á asesinar á una criatura, echara por otro lado, huyera y guardara silencio para evitar las incomodidades de las declaraciones en averiguacion del crímen?

Señores, puede que esto vaya en temperamentos. No pretendo que el que carezca de valor sea un héroe, pero que al ménos no se oponga, ni denueste, ni lance anatemas contra los que, pensando lo que hacen maduramente, y guiados de móviles generosos, procuren quemar las naves.

Por lo que á nosotros toca, les declaro que este enfermo nos ha servido de útil enseñanza; otros de su especie han de venir, y si despues de estudiadas sus circunstancias la razon nos señala algun camino, no habeis de vernos con los brazos cruzados y la cabeza doblada bajo el peso de la musulmana fatalidad.

¿Qué conducta se nos aconseja en tales casos?

Veamos los recursos con que cuenta el dogma proclamado por el órgano del mismo Lebert.

Despues de oponerse con calor apasionado á todo tratamiento quirúrgico, desahogándose con las palabras del conjuro que dejamos anotadas, y despues de declarar que los fungus de la dura-madre no se curan jamás médicamente, recomienda con gran encarecimiento, y hasta con cierto amor, las sangrías, las sanguijuelas y las cantáridas, el agua fría, y, sobre todo, los baños de pié. Llama pre-

cioso remedio á los purgantes, especificándolo todo tan prolija y seriamente como si, en efecto, resultaran verdaderamente preciosos. Agrega luégo con mucha recomendacion los lugares comunes de la dieta, que no se coman frutas, que se beban leches, que el enfermo se cuide, concluyendo así: «*En résumé; le médecin expérimenté est donc à même de soulager considérablement ces pauvres malades, lors même que leur guérison est imposible; et dans cette circonstance, comme toujours, l'inaction, en thérapeutique, est l'apanage à la fois de la présomption et de la ignorance.*»

No queremos hacer comentarios. El silencio es más elocuente.

Por nuestra parte, nos resistimos á engañarnos á nosotros mismos. Carecemos de seriedad para tratar con sanguijuelas, baños de pié y purgantes á estos enfermos. Mejor optamos por caer bajo el reproche del *apanage à la fois de la présomption et de la ignorance.*

Pero, ¿qué razon hay para esto? ¿Las declamaciones de Lebert y la mayoría de opinion que le sigue? ¿En qué se funda? ¿En los desastrosos resultados de anteriores empresas? Pero, ¿qué criterio las guió? ¿No fueron al tun tun, sin discernir de lo que se trataba, si era un cáncer ú otra cosa, si partía del cerebro ú otro punto?

Pues así, ¿qué extraño era que los resultados fuesen deplorables?

¿Ni qué motivos para las palabras del conjuro?

¿Es cierto que todas las tentativas hayan sido desastradas?

Pues este argumento *ad hominem* se funda en datos exagerados é inexactos.

Oid:

En la memoria de Luis consta «que Marco Aurelio Severino, tratando de la trepanacion para la cura de la manía y de la melancolía, dice: Un señor de la corte de España y de la casa de los Avalos, sufría de dolores insoportables en la cabeza, que ningun remedio externo ni interno pudo aliviar. Le persuadí que se dejara abrir los

tegumentos y legrar el cráneo hasta que consiguiera encontrar la raíz del mal. Por esta operacion descubrí bajo el hueso una excrescencia *fungosa*, cuya destruccion preservó por siempre á este señor de los violentos dolores de que el tumor era la causa.»

Mr. West de Birmingham publicó, en *The Lancet* del 25 de Marzo de 1876, una observacion que intitula *Fungus de la dura-madre*. Dilató la piel, encontró el hueso necrosado, extrajo varios secuestros, y vió un tumor que salía de la cara externa de la dura-madre.

No atacó el tumor, y se contentó con comprimirlo por medio de una almohadilla de gutta-percha.

Un mes despues, en Diciembre, el tumor había desaparecido; pero no obstante se presentaron convulsiones y otros síntomas cerebrales, muriendo comatoso en Enero del mismo año. En la autopsia se encontraron varios tumores en diversos puntos del cerebro, y otro en el hígado de estructura cancerosa.

Como se ve por estos hechos, el fundamento de la fatal doctrina que informa la práctica es falso; no es exacto que todas las tentativas hayan sido infructuosas, y eso á pesar de haberse emprendido á ciegas y sin los datos necesarios.

Saben Uds. que no tenemos tiempo para revolver bibliotecas, ni áun nuestros propios libros; por consiguiente, no sospecharán que hemos encontrado esos ejemplares á fuerza de diligencias. A buscarlos como ellos, deberán existir algunos más.

Suceden cambios raros en la marcha de las cosas, altos y bajos de la opinion que no se explican fácilmente. Como los Estados que, en prosperidad y poderío unos siglos, decaen y casi desaparecen en otros; como las familias, que unas suben y otras bajan, lo mismo ocurre en el campo de la ciencia y del arte. Un sistema entronizado derroca otro sistema. Una práctica científica decae, se desacredita, se olvida totalmente; quedan sus recuerdos en las manos del vulgo, que bien ó mal procura utilizarla. Pasan

siglos, y vuelve á retoñar en el campo de la ciencia y á crecer con más vigor.

¡Cosa extraña! La cirugía primitiva comenzó por la cabeza. Quiere decir que se atrevió al mayor atrevimiento. Las guerras aquellas á pedradas y á porrazos, debieron dar numeroso contingente de heridas del cráneo, mucha copia de cabezas hundidas y de sesos saltados. La observacion demostró que, sacando los fragmentos de los huesos, salían adelante algunos heridos, y esto animó y dió lugar, por sus naturales pasos, á la operacion del trépano. Sin duda alguna que es, entre todas, la operacion quirúrgica primera, la más antigua. Antes de la época de las crónicas, ántes de la civilizacion cantada por Homero, ántes de la antigua egipcia, ántes de la tradicion, ya se conocía y practicaba con frecuencia, y en muchos puntos distantes geográficamente. Los museos prehistóricos están llenos de ejemplares.

Nosotros los hemos visto. Su gran número, y haberse hallado la mayoría entre los escombros de los templos prehistóricos, ha dado lugar á muchas suposiciones.

Consultando la práctica de pueblos que viven actualmente en primitivo atraso, comparando sus costumbres con las que se inducen de los restos prehistóricos, parece lo más probable que en aquellos templos se ejerciera por sus sacerdotes la medicina y se practicara la trepanacion con fines quirúrgicos, médicos, frenopáticos y áun litúrgicos. Si ocurren dudas sobre algunos cráneos respecto á si la perforacion fué ejecutada en vida ó despues de la muerte, en otros no. Se encuentran muchos en proceso de reparacion, y muchos reparados. Debió la práctica generalizarse, aplicándose, no sólo á las heridas de cabeza, sino para curar los dolores pertinaces, los vértigos, las epilepsias y la demencia. Para todas estas cosas se empleaba aún la trepanacion en la Edad Media, como lo demuestra el caso que se ha citado de Marco Aurelio Severino.

La práctica vino decayendo en los tiempos modernos, quedando reducida á pocos casos de heridas de cabeza.

Despues decayó más, y al venir la cirugía, un tanto tímida y ecléctica, que sucedió á la época de Dupuytren, el trépano ha quedado enmohecido y tan postergado como quedó más tarde la sangría.

Esta es la bendita hora en que nos atrevemos con todas las vísceras del vientre, que entramos en el pecho y abrimos el pericardio, que osamos contra todo lo atrevible, y que nos paramos como ante un tabernáculo delante de la bóveda craneana.

Luchemos contra las preocupaciones y modas de los tiempos; y si un tumor, cuya naturaleza y condiciones lo permita, se cobija ú oculta su raíz debajo de la pared sagrada, rompamos la pared más que pese al anatema.

La luz traspasa ya por las rendijas como al nacer del alba.

Escuchad lo que dice una obra elemental de las que andan en manos de estudiantes:

«El método más racional consiste en destruir extensamente el fungus, circunscribéndole con un número suficiente de coronas de trépano, y practicar despues su extirpacion completa.

»A pesar de la excesiva gravedad de semejante operacion el cirujano está autorizado para emprenderla, porque ha dado dos resultados felices en manos de Grommam (1) y de Pecchioli (2), y la persistencia de la curacion debe hacer suponer que en estos casos se trataba de sarcoma y no de verdaderos cánceres. De consiguiente debe intentarse la operacion si el tumor es solitario, si hace rápidos progresos y determina accidentes graves ó dolores intolerables.»

Ya lo veis; no estamos solos, no son nuestras ideas las de esos solitarios calenturientos que la novedad los seduce y que se enamoran de sus propias lucubraciones. Somos

---

(1) Stolzt, *Thèse de Haller*, tomo I, pág. 169.
(2) *Gaz. méd.*, 1838.

unas medianías mondas y lirondas que procuramos observar y discurrir agarrados á la observacion.

La nuestra dice que se trata de un sarcoma; dice que el enfermo va á morir, y que pronto dirá: ya murió. La observacion dice que el tumor, aunque intra-craneano, no fué de orígen cerebral; pues nuestra razon y nuestra conciencia dice ahora que, á haber venido á nosotros ese enfermo con su tumor ménos avanzado, le hubiéramos trepanado el cráneo y extirpado el neoplasma.

¿Salvaba? Una víctima arrancada entre las manos de la muerte.

¿Qué hubiese muerto? De morir há dentro de poco. Lo que vive viviendo está encerrado en la cárcel dura que se llama: *Lasciate ogni speranza.*

Su muerte, una pena más para nosotros.

Observacion de Serafina Calvo

Pocos meses pasaron. El 1.º de Mayo se presentó pidiendo entrada Serafina Calvo, casada, de treinta y un años de edad. Tenía una úlcera fungosa en el lado derecho de la cabeza, inmediatamente por delante del tubérculo parietal. La ulceracion comprendía el tercio anterior de un tumor del volúmen de una naranja mandarina. Los antecedentes suministrados por la enferma y su aspecto caquéctico inspiraron al profesor del Dispensario algunas dudas, y fuimos llamados para consultar.

Se trataba de un fungus de la dura-madre.

Tomados los antecedentes, resultó lo que sigue:

Precedido de cefalalgia lateral derecha y algunos mareos, apareció un mes despues, Noviembre, un tumor que fué principio del que hemos dado conocimiento.

Tratado con cataplasmas emolientes pareció fluctuante, y á fin de Enero lo dilataron, sobreviniendo flujo de sangre. La herida se puso fungosa, y la cauterizaban con la barra de nitrato de plata.

El hábito exterior era deplorable. Color amarillo pálido. Ojos sin expresion. Párpados inferiores con indicaciones de bolsa edematosa. Carnes flojas y pocas, daban un cua-

dro caquéctico que, mirado con detenimiento, tenía más visos de hospitalario y del sello que imprime la miseria.

La parte no ulcerada del tumor era blanda con elasticidad. No pulsaba, ni latía espontáneamente, ni á la provocacion de las compresiones.

La porcion ulcerada y fungosa daba sangre al tocarla, aunque no en mucha cantidad. Su blandura permitía que, hundiendo en ella nuestro dedo meñique, llegara al fondo y tactase el parietal. Sentíase una superficie erizada por pequeñas puntas óseas desiguales. La sensacion no resultaba arenosa, ni graniforme, ni rugosa, ni seca. No era, en una palabra, lo que se experimenta al tactar un hueso necrosado ni carioso. Esta exploracion produjo más sangre, sin llegar al grado de hemorragia, conteniéndose fácilmente con el lavado.

Dispusimos aseo, un baño general, dieta restaurante, y cura simple con compresa de vaselina.

Pocos días más de observacion confirmaron el diagnóstico. No había desigualdad en las pupilas, ni síntoma neuropático apreciable por más que lo buscamos cuidadosamente. Instigada á fuerza de preguntas, averiguamos que sentía indicaciones de mareo y de desmayo; pero quedamos muy dudosos si procedían por causa del tumor ó si por la propia debilidad en que se hallaba el organismo. Mas nos inclinamos á la segunda explicacion.

Así las cosas, determinamos obrar. La trepanacion se venía al pensamiento. Para ello era preciso abrir campo á las coronas, trazando despues con ellas un círculo, en cuyo centro quedara el tumor y su base ósea aislados. Esto nos parecía harto prolijo y demasiado grave. Entónces pensé abrir el campo sobre el mismo tumor, dividiéndolo en cruz, extirpándolo hasta el hueso para atacarlo con el trépano en la extension que fuera necesaria. Pero extirpar un fungus en su expansion externa, dividir sus vasos á raíz de la superficie ósea, no sólo había de ofrecer la dificultad de la hemorragia, sino lo que para nuestro propósito era peor: íbamos á oscurecer y ocultar á la vista el estado de

las partes, obligándonos á obrar á ciegas, apresuradamente y sin poder observar bien si el orígen del neoplasma estaba en el diploe, si en las membranas ó si más profundo. Con motivo de tales inconvenientes nos preguntamos si habría medio de destruir la parte supra-craneana del tumor sin causar sangre, poniendo á campo abierto la superficie ósea afecta y suficiente porcion sana de sus alrededores. A dicha pregunta respondía de un modo satisfactorio la pasta del cloruro de zinc.

Acto continuo de haber resuelto el problema mentalmente, lo llevamos á la práctica. Tomamos una porcion de pasta de consistencia blanda, dándola la forma de semiluna que tenía la ulceracion fungosa. El espesor que dimos á la semiluna procuramos que fuese mayor hácia el lado cóncavo, como cinco milímetros, y menor hácia la circunferencia externa, tres milímetros. El fin que nos proponíamos era destruir más hácia el centro del fungus, por cuanto allí tenía mayor espesor y era necesario destruirlo por bajo de la piel.

Las 48 horas primeras fueron penosas por causa del dolor de la cauterizacion. La cara se hinchó un poco, y el párpado inferior derecho se puso decididamente edematoso.

Por lo demas nada ocurría. Levantado el apósito apareció la pasta seca, unida y como intimada en la parte que había estado fungosa, y que en aquel momento parecía un disco seco de carton. De la parte restante cubierta por la piel, más de la mitad se hallaba hundida y seca por su orilla próxima al cauterio. Cubrimos todo y aguardamos.

Al día tercero no ocurrió novedad; los dolores se habían calmado mucho, pero no que dejaran alguna que otra vez de repetir. La porcion no ulcerada se veía más seca y con menor altura.

En el cuarto día tampoco ocurrió cambio notable; hácia la orilla externa parecía que se levantaba la parte, trayéndose los restos acartonados del fungus.

Al quinto día el despegamiento era perceptible; un po-

quito de pus llenaba la hendidura que separaba lo cauterizado de las carnes vivas.

El sexto se graduó la eliminacion; podía elevarse con las pinzas la corteza, viéndose que aumentaba mucho de espesor hácia el centro y que estaba muy agarrada.

El séptimo avanzó mucho el desprendimiento.

El octavo, tirando con las pinzas, nos trajimos un tarugo en forma de tapon de barril, quedando á nuestra vista una abertura redonda del diámetro de cinco centímetros, formada y constituida de la siguiente manera:

Cuero cabelludo, cortado oblicuamente de fuera á dentro en tres cuartos de la circunferencia de la abertura. Caido hácia adentro en un cuarto, hácia el lado donde el tumor distaba más de la primitiva ulceracion. El aspecto de la piel era fisiológico.

Debajo de la piel se veía una pared oblicua, tambien de regular espesor, tajada hasta el hueso en forma de pared de taza; su aspecto, rosado y liso, era completamente satisfactorio en dos tercios de su circunferencia, granuloso, más pálido y anormal en el tercio del lado que miraba al occipital, y por donde el tumor distaba más de la parte ulcerarada.

En el fondo se veía el hueso limpio en un centímetro de extension, cubierto de tejidos sanguinolentos por el reciente arranque, y de dudosa naturaleza.

La parte de hueso á la vista aparecía formada por una porcion de puntos, resultantes como si muchas perforaciones desiguales lo calaran en forma de panal.

Tomamos una porcion de pasta escarótica más pequeña y delgada que la anterior, y la aplicamos hácia el fondo y parte posterior de la circunferencia del pozo, rellenando el resto con algodon.

Cinco días despues cayó la escara; todo el fungus se hallaba destruido. Toda la circunferencia de aspecto bonancible, y en el fondo un segmento del parietal de tres centímetros á tres y medio, limpio, despojado de periostio y de granulaciones. Dentro de su óvalo, y algo hácia la

parte superior, existía otro círculo concéntrico de forma poco regular, y de la extension varia de un centímetro á centímetro y medio.

Dicho círculo no constituía un agujero, sino una porcion irregularmente cribada por orificios irregulares, mayores y más aproximados hácia el centro, menores y ménos apiñados hácia la circunferencia, lo cual hacía que, aplicando el dedo á la superficie, sintiese como espinas los tractos verticales ó columnas intermediarias á las perforaciones.

Resultaba, pues, que el neoplasma, cuya parte exterior habíamos destruido, venía de adentro atravesando la caja ósea, pero no por una sola gran perforacion, sino filtrado á traves de multitud de orificios irregulares, unos mayores y otros menores, unos muy próximos, otros más distantes.

Hechas estas para nosotros importantísimas averiguaciones, dejamos aquello así, lo cubrimos con una compresa untada en vaselina, rellenando el hueco con algodon.

Necesitábamos ver lo que iba sucediendo, y hasta averiguarlo suspendimos el tratamiento.

A poco la superficie cribosa fué tomando color rojo, despues comenzaron á brotar por los orificios mameloncitos, y dada la prontitud, juzgamos que no podían ser mamelones carnosos de reparacion fisiológica, sino repululacion del fondo del neoplasma. En su virtud, tomando cloruro de zinc líquido puro, con una bola de algodon lo aplicamos y exprimimos en la criba, procurando que penetrase con prudencia. No originó dolor. Al otro día, el hueso en su porcion cribosa estaba otra vez limpio.

Entónces, con las mismas pinzas de curar, y con el cabo de la espátula á modo de legra, rompimos por el centro la parte más cribada, sacamos varias columnitas óseas, y perforamos el parietal así como á modo de pequeña trepanacion. La abertura que obtuvimos aquel día no fué perfectamente circular, porque la fuimos haciendo sin violencia, y en la direccion y á la medida que se prestaban mejor las co-

lumnillas. Siempre la perforacion llegó por unos puntos á medio, y en otros á un centímetro de diámetro. Separada dicha porcion ósea, encontramos las partes subyacentes grises, muertas, como por efecto de la accion del cloruro líquido aplicado el día anterior.

En la cura siguiente agrandamos y regularizamos el agujero, viendo que, en efecto, el cloruro líquido había penetrado.

Al otro día agrandamos más legrando con paciencia, obteniendo así una trepanacion, ni tan grande como la de una corona, ni tan pequeña que no nos permitiera ver distintamente la dura-madre. Hallábase deslustrada y cenicienta en el centro por la accion del cáustico; hácia los alrededores, y más hácia la parte posterior, roja y mamelonada, cosa anormal á su estructura.

Tomamos una bolita de algodon impregnada en cloruro, y tocamos aquellas partes carnosas. Los movimientos expansivos del cerebro, á modo de latidos lentos y acompasados, se veían con bastante claridad.

A otro día, todo el fondo estaba gris y seco. Dos despues, gris y húmedo. Limpiamos el fondo con una inyeccion fina de agua fenicada, y lo secamos con algodon.

Resultaba una superficie algo desfilachada, y con las pinzas y las tijeras desprendimos algunas partes de la dura-madre.

Teníamos dos pozos, uno dentro de otro.

El de la piel hasta el hueso, amplio, grande, que venía por carnes magníficas ganando de la circunferencia al centro. El del hueso á la dura-madre más angosto, en cuyo fondo se formaba alguna supuracion despues de pasados los efectos del cloruro de zinc.

Dejamos de aplicarlo ya. ¿Las carnes venían sin exuberancia y lentamente? Hacíamos la cura simple. ¿Parecía brotar entre la dura-madre y el hueso algun mamelon mayor? Lo atacábamos con el cloruro de zinc. De ménos en ménos vino ocurriendo la necesidad, y cuando terminó el ejercicio hacía mucho que no cauterizábamos. La marcha

de reparacion no podía ser más franca ni más satisfactoria. Las aberturas superficial y profunda venían cerrándose á compas.

Así nos separamos al llegar las vacaciones.

Segun nos comunican, sigue la enferma en buen estado.

Observacion de Josefa Rego.

A poco de dar entrada á la enferma cuya historia acabamos de hacer, se presentó esta otra con un tumor análogo.

De cuarenta y ocho años de edad, soltera, natural de Lugo.

Dice que hacía catorce meses que advirtió por primera vez su padecimiento.

Reconocida, encontramos un tumor en la parte lateral derecha superior y posterior del cráneo, del tamaño de una naranja pequeña. Elástico, resistente, sin fluctuacion, y que molesta causando tirantez y dolor, que se extiende desde el tumor á toda la cabeza.

Esta vez no se ha punzado. Su fluctuacion no es tan clara que haya hecho caer en la tentacion.

De todos modos se diagnostica bien que no es un quiste, que no es un lipoma, ni un exostósis, ni un goma, y que no puede ménos de ser un sarcoma, cuyo punto de partida no debía ser intra-craneano.

Así lo hicimos presente el día de la entrada. No entramos en explicaciones. Y ahora, que al dar brevemente cuenta de este caso deseo recordar las razones que tuvimos para diagnosticarlo de extra-craneano, me encuentro en una gravísima dificultad. Pero no perdamos el órden.

Ciertos de que se trataba de un sarcoma de los incluidos entre los tumores fungosos de la dura-madre, con no sé qué seguridad de que no venía por debajo del hueso, y visto el resultado obtenido en la enferma anterior, decidimos tratarlo por el cloruro de zinc.

Previa tonsuracion, aplicamos sobre el tumor una compresa de franela empapada en amoniaco de la forma y magnitud del mismo. Breves momentos despues levanta-

BIBLIOTECA · UNIVERSITARIA · Granada · DE ANDALUCIA

mos la epidérmis, que ya había perdido sus conexiones. Sobre el dérmis denudado colocamos una torta de la pasta del cloruro, un tercio menor en circunferencia que la del neoplasma, y de un espesor de tres milímetros.

El dolor en esta enferma fué agudísimo y muy duradero.

Los efectos del cáustico tambien. A los seis días se quejaba tanto como el primero, y doce tardó en levantarse el tapon de tejidos. Creimos posible que esta permanencia de los dolores fuese hija de sensibilidad exagerada individual; pero si se une á la tardanza en la caida de la escara, es más probable referirlo á la estructura fuerte y compacta del cuero cabelludo en la region sobre que fué aplicado.

Cuando levantamos el taco, quedaba destruida la mayor parte de la masa morbosa; pero todavía la cazuela que formaba la úlcera estaba constituida por tejido pálido y granuliforme, que es el aspecto que ofrece una superficie sarcomatosa cuando el cloruro de zinc ha obrado sobre el neoplasma sin destruirlo por completo. Este dato de observacion es del mayor interes, porque ya entenderá el lector cuánto importa tener caractéres objetivos para poder apreciar cuándo se han extraido por la cauterizacion todas las partes morbosas y cuándo no.

En vista de lo expuesto, aplicamos inmediatamente otra torta de pasta más delgada á la cazoleta producida por el cauterio. Esta vez no se hicieron esperar tanto los efectos, facilitando el desprendimiento por medio de las cataplasmas emolientes.

La cauterizacion resultó tambien sumamente dolorosa. Al desprenderse la segunda escara todo quedó en tejido perfectamente sano, rojo y liso. El cráneo á descubierto en un círculo bastante regular de cuatro centímetros largos de extension. El periostio había salido con el tumor, formando la masa comun de lo cauterizado.

Que el neoplasma quedaba completamente destruido, no había duda; faltaba ver qué sucedía en aquella superficie ósea descubierta, denudada de periostio y sin protec-

cion de ninguna especie. En el centro de la plaza se veía correr la sutura del occipital con el parietal, dibujándose sus dentellones más claramente que en una calavera.

Se cubrieron las partes con una compresa de vaselina y una almohadilla de algodon.

En el trascurso de algunos días el campo huesoso vino perdiendo su color blanco amarillento, y tomando un tinte algo rosado, más decidido hácia la línea de la sutura. Observando la causa, pudimos advertir que procedía de dos motivos: primero, de que, en efecto, la circulacion interósea debía haberse aumentado, dando con ello un viso sonrosado á la superficie; segundo, á que de espacio en espacio se veían unas punticulaciones muy pequeñas de color más rosado, como indicando brotecitos de actividad vital en la superficie denudada. Al llegar Julio y separarnos de la enferma, este modo de reparacion se hallaba bastante acentuado, principalmente hácia la línea de la sutura, donde los puntitos, más unidos, formaban una tenue capa, recorrida por estrías dibujadas por vasitos capilares. A nuestro parecer, y segun lo acompasado y regular de la marcha de estos fenómenos, creemos que poco ó nada se va á exfoliar del hueso; es más probable que la circulacion de su diploe, viniendo á la superficie del modo que imperfectamente hemos descrito, cubra la lámina externa con un tejido inodular de cicatriz.

No ha podido ménos de llamar nuestra atencion la unidad de este proceso, eminentemente fisiológico, con el proceso eminentemente patológico de la anterior enferma. Que así como las punticulaciones eran pequeñas hubiesen sido mayores; que así como se hallaban separadas por más espacios estuvieran más unidas, haciendo una criba irregular; que así como lenta y suavemente, en vez de derramarse el proceso dé vida al exterior, formando una membranita lisa y vascularizada horizontalmente, hubiesen brotado pequeños hongos por los orificios, que, creciendo unidos los unos á los otros con vascularizacion vertical, por la suma compusieran un fungus, y se vería que entre

el proceso fisiológico y el patológico, resultando al final cosas tan diversas como la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, no había habido esenciales diferencias.

Decíamos ántes que diagnosticamos un sarcoma del pericráneo, y no un fungus ó sarcoma de la dura-madre, sin saber por qué. Así fué, en efecto, si se atiende que á veces formamos los juicios rápidamente por impresion, sin pararnos á recapacitar los motivos de la impresion sentida. Cuando nos fijamos há poco en dicha circunstancia, surgieron á nuestra mente los motivos; pero son tan embrionarios, tan nacientes, por decirlo así, que se fundan á la vez en otra impresion obtenida de observaciones insuficientemente comprobadas. Como la cosa resulta un tanto vaga, dejamos el asunto para cuando, concluido el relato de lo observado, no tuviésemos que atravesar una digresion algo oscura.

Cuatro casos de sarcoma del cuero cabelludo.

Entre el año pasado y el actual vinieron á nuestra clínica cuatro enfermos verdaderamente horribles. Uno recomendado por el Dr. Velasco, dos forasteros que llegaban de lejanas provincias en busca de nuestro auxilio, y un cuarto, recomendado de no recuerdo quién. Todos eran hombres, todos ofrecían igual aspecto y el mismo grado de adelanto en su enfermedad. Padecían de sarcomas ulcerados del cuero cabelludo, abarcando casi todas las regiones altas, laterales y posteriores de la cabeza. Cuando vimos el primero, sentimos el deseo de alejarnos que se suele sentir cuando se ve una cosa que absolutamente se puede remediar. Su solicitud para que lo admitiéramos en la clínica era apremiante, y así nuestro espíritu sólo se ocupó en disuadirle del empeño.

Con el segundo y el tercero nos sucedió lo mismo. Pero con el cuarto, parándonos, movidos por la identidad de la forma de aquellos cuatro casos, que no parecía sino que un mismo enfermo iba y volvía disfrazando algo traje y manera de hablar, comenzamos á fijarnos en algunos particulares. Fué el primero traer á la memoria que no eran los

únicos que habíamos visto. Que habíamos tropezado en el discurso de nuestra vida médica con otros semejantes, pero sin prestarles asistencia, borrado el recuerdo por nuestra mala memoria y por el mismo conato que ponemos en olvidar las cosas muy desagradables. Pero entre la confusion recordamos bien, muy bien, un infeliz gallego que había ido á vernos desde Santiago hasta Sevilla.

Seguros de lo antedicho, nos fijamos en las particularidades que teníamos á la vista.

El cuero cabelludo del enfermo, y lo que de éste se diga se refiere á los demas, se hallaba engrosado en grandes extensiones de superficie; dicho engrosamiento no formaba un plano, sino como rollos trasversales, como gruesas arrugas, sumamente duras al tacto; entre los rollos tambien se encontraban grandes placas ulceradas, no fungosas, sino corroidas, y la superficie cruenta, icorosa, puriforme y de color rojo oscuro. Entre arrugas más ó ménos extensas, ya íntegras y con su pelo en pié, ya corroidas y en placas ulceradas, corre el mal desde el comienzo del pelo hasta la inferior del occipital, dejando los huesos al descubierto, ya aquí, ya allí, más ó ménos segun lo avanzado del mal y lo que las ulceraciones profundizan. Del cuarto enfermo mandamos sacar una fotografía, que se conserva rabiosamente iluminada en la sala de operaciones.

Ahora bien; esta especial clase de sarcomas del cuero cabelludo por su gran dureza, produjeron en nosotros una impresion de contraste con la blandura de la misma entidad morbosa del sarcoma de Pilar Romero. Volvió á despertar la idea del contraste observando el sarcoma de Serafina Calvo; y al tocar el tumor de Josefa Rego, encontrarlo ménos blando, ménos fluctuante que los otros, induje que los sarcomas debían guardar una ley de estructura de más en ménos compacta, desde el cuero cabelludo, forma más dura, al cerebro, forma más blanda y fungiforme; y que siendo el tumor de Josefa Rego más consistente que el de Pilar Romero y Serafina, debía venir del

pericráneo. Pero todo esto pasó por nuestra mente con la rapidez del pensamiento, sin pararnos á meditarlo ni darle gran importancia, porque, despues de todo, era una induccion ligera y falta de suficiente comprobacion. De todos modos, y valga por lo que valiere, ya está dicho. Si se comprueba, valga; si no, no he dicho nada. Acertaría por casualidad.

Ello es que las enfermedades siguen la ley del aforismo hipocrático. Cada parte, cada tejido, evoluciona, en caractéres algo varios, una misma enfermedad. Por muy verdad que sea que tan epitelioma es el que nace en la lengua como el que aparece en el labio, no es ménos cierto que cada uno ofrece su especial fisonomía y ciertas variantes en los caractéres. La trama histológica del cerebro no es igual que la trama del apretado cuero cabelludo. La vascularizacion de una parte, siendo vascularizacion como la de la otra, es muy diferente en orígen, modo de distribucion, anastomósis, etc. En virtud de lo dicho no es de extrañar, ántes resulta natural y lógico, que la neoplasia sarcomatosa evolucione de muy distinto modo en el cuero cabelludo que en la sustancia gris, en la aracnoides ó en la duramadre. Tampoco tiene nada de extraño, dada la vascularizacion de cada parte y el modo de la trama, que en el cuero cabelludo el sarcoma se extienda, coarrugando primero la piel y necrosándola luégo, para alcanzar así todas sus regiones, miéntras en las partes más profundas suba á modo de árbol, introduciéndose el neoplasma por los conductos vasculares, ensanchándolos, perforando en criba el hueso hasta su superficie externa, y desarrollándose despues al exterior en forma de la copa de dicho árbol.

Por lo demas, nada queremos añadir sobre el tratamiento.

Nos parece, cualquiera que sean los resultados ulteriores de nuestras dos enfermas, que los obtenidos hasta que las dejamos no pueden ser más satisfactorios. Pero no es eso lo que más interesa. El resultado trascendente estriba en que contemos con un sencillo y poderosísimo recurso

para llegar al cerebro sin grave peligro, sin los aparatos de una operacion quirúrgica, sin necesidad de gran pericia, ni otra cosa que una prudente discrecion, para atacar allí, y vencer en tiempo oportuno, los llamados fungus de la dura-madre y otros padecimientos tenidos hasta hoy como de incurabilidad absoluta.

Ingresados en la Clínica			Hombres.	91		177
			Mujeres.	86		
ENFERMOS	Operados	Curados.	Definitivamente de operacion, consecuencias y enfermedad	Hombres.	13	28	73
				Mujeres.	15		
			Definitivamente de la operacion, de sus consecuencias y de presente de la enfermedad	Hombres.	15	28	
				Mujeres.	13		
			De la operacion y accidentes, con sólo alivio de la enfermedad	Hombres.	7	12	
				Mujeres.	5		
			De la operacion y accidentes sin resultado terapéutico	Hombres.	1	5	
				Mujeres.	4		
		Fallecidos.	Por la operacion	Hombres.	1	1	14
				Mujeres.	0		
			Por accidentes ó consecuencias de la operacion	Hombres.	5	8	
				Mujeres.	3		
			Por la enfermedad á pesar de la operacion	Hombres.	2	5	
				Mujeres.	3		
		Que siguen en tratamiento		Hombres.	3		7
				Mujeres.	4		
	No operados	Curados		Hombres.	20	29	52
				Mujeres.	9		
		Aliviados		Hombres.	10	23	
				Mujeres.	13		
		Fallecidos		Hombres.	4		6
				Mujeres.	2		
		Que siguen en tratamiento		Hombres.	4		8
				Mujeres.	4		
	Que pidieron el alta sin tratamiento			Hombres.	6		17
				Mujeres.	11		

OPERACIONES	Número.....	Curados.....	Aliviados....	Sin resultado.	Muertos.....
Amputacion. Muslo	4	2	»	1	1
Amputacion. Mama	5	4	»	»	1
Amputacion. Úbula	1	1	»	»	»
Resecciones	10	8	»	2	»
Laparatomía y extirpacion de la matriz	1	»	»	1	»
Extirpaciones	28	24	»	2	2
Dilataciones profundas	10	4	4	2	»
Ovariotomía	3	1	»	»	2
Estafilorrafia	1	1	»	»	»
Uranoplastia	3	»	2	1	»
Tenotomías	4	2	2	»	»
Traqueotomías	3	1	1	1	»
Labio leporino	1	1	»	»	»
Fimosis	3	3	»	»	»
Parafímosis	1	1	»	»	»
Estrabismo	1	»	1	»	»
Hernia estrangulada	1	»	»	»	1
Uretrotomía interna	2	1	»	»	1
Prostatotomía sin conductor	2	»	»	»	2
Fístulas de ano	2	2	»	»	»
Uro-vaginales	4	»	2	2	»
Talla perineal	1	1	»	»	»
Litotricia	2	1	1	»	»
Ligadura de la carótida	1	1	»	»	»
	94	59	13	12	10

PROFESORES QUE HAN EJECUTADO LAS OPERACIONES

Ldo. D. Manuel Gracian.
Dr. D. Ramon Morales.
D. Ambrosio Rodriguez.
D. Eugenio Gutierrez.
D. José Gil y Valero.
D. Ricardo Egea.
D. Federico Rubio.

Algunas observaciones sobre los cuadros estadísticos.

Siguiendo para la formacion de los cuadros estadísticos el mismo criterio que el año anterior, recordamos al lector las advertencias consignadas en su RESEÑA.

Examinando comparativamente los cuadros de dicho año y del presente, se ve escasa diferencia en el movimiento de la clínica.

Los entrados entónces fueron 145.

Los del año presente 177.

Los operados en el primer ejercicio, 85.

Las operaciones, 92.

En el presente, los operados 87, y las operaciones 94.

Ignoramos si las proximidades de las cifras muestran que ése debe ser el nivel del trabajo rendido con los medios de que disponemos, ó si representa una detencion en el desarrollo de la clínica por las causas accidentales que nos han combatido.

Todas las cosas, por más que parezcan suceden al acaso, tienen una medida aproximada, dentro de cuyos límites varían poco.

El estado de nuestras Salas, amenazadas de enfermedades contagiosas, nos ha obligado á no admitir algunos enfermos en varios períodos del curso.

¿Habrá influido en la mortalidad?

Directa é inmediatamente, la gangrena nos arrebató una

operada; á largo plazo, nos parece que la erisipela y la diarrea influyeron infaustamente en el éxito de algunos. Ello es que en el año anterior, habiéndose hecho operaciones tan graves como en el presente, de 85 operados perdimos 9, y en el actual, de 87 perdimos 14.

Tambien debe tenerse en cuenta que la mortalidad de la poblacion ha sido en el presente año muy superior á la del año antecedente, en varios meses casi doble.

La discordancia numérica que entre el cuadro de operados y de operaciones aparecen en el ejercicio de que damos cuenta, procede de las mismas causas que explicamos en el anterior.

A más se ha verificado alguna operacion en policlínica para evitar peligros, y en algunos otros enfermos que, provenientes del Dispensario, se operaron tambien sin ocupar número en las clínicas.

Escasos efectos de las inyecciones parenquimatosas.

La cosecha de material recogido nos obligó á preferir publicar los que ofrecían resultados de aplicacion práctica terapéutica.

La falta de tiempo, y hasta el cansancio que sentimos, nos impiden exponer con la extension debida el material que resta. Muy ligeramente tocaremos algunos puntos principales.

Dejándolos así como preparados, para que, andando el tiempo, puedan servir de aporte al establecimiento de alguna doctrina ó práctica utilizable.

Mucho conviene avanzar, pero no es ménos útil enderezar los caminos.

Sin pretender desviar los estudios de ciertas ideas, ántes deseando que se explore el mayor número posible, debemos, á la verdad, exponer sencillamente el resultado de nuestros ensayos.

Desde hace años se viene persiguiendo por experimentadores de varios países el resultado de las inyecciones parenquimatosas en los neoplasmas. Si á esto se redujeran, nada tendríamos que decir; pero nos parece que han de

haber anticipado celebrar sus efectos terapéuticos si se atiende al modo como las recomiendan.

Llevados nosotros de esas recomendaciones hemos ensayado las inyecciones parenquimatosas en algunos casos, y el efecto obtenido es el siguiente:

En pólipos mucosos nasales:

Inyeccion de ácido acético á distintas graduaciones, llegando hasta ponerlo puro	Nulo.
Inyeccion de percloruro férrico.	Nulo.
Inyeccion de tintura de iodo	Nulo.
Inyeccion de cloruro sódico.	Nulo.

Referímonos á los efectos curadores; por lo demas, algunos fenómenos irritativos se presentaron por las inyecciones cuando eran concentradas, si bien escasos relativamente á lo que podía esperarse del grado de concentracion.

Está de más decir que los ensayos no se hicieron de mala voluntad y ligeramente, sino que, por el contrario, insistimos en cada uno por largo espacio de tiempo, sin dejarlos de la mano hasta quedar convencidos de la ineficacia de su accion inmediata y de su accion consecutiva.

Tumor eréctil venoso de la cara interna del carrillo:

Inyeccion de percloruro férrico.	Resultado: Nulo.
Inyeccion de tintura alcohólica de iodo puro . .	» Nulo.
Primera inyeccion del cloruro de zinc á 10 %.	Se endurece el tumor y despues se resuelve la leve inflamacion periférica, quedando más pequeño.
Segunda inyeccion.	Iguales fenómenos.
Tercera inyeccion.	Desaparece el tumor, quedando curado en la apariencia durante veinte días de observacion.

La enferma vuelve al Dispensario ocho meses más tarde. El tumor eréctil ha vuelto á presentarse. Ofrece la tercera parte del tamaño que cuando entró en la clínica.

Primera inyeccion del cloruro de zinc á 10 °/₀. . . . . Endurécese la parte y sus alrededores. Déjanse pasar ocho días y desaparecen los fenómenos. Queda el tumorcito duro y más pequeño.

Segunda inyeccion. . . . . Igual en un todo.

Tercera inyeccion. . . . . Desaparece el tumor, quedando las partes sin cicatriz ni vestigio de su existencia.

Aconsejamos á la interesada que no deje de volver de tiempo en tiempo por el Dispensario para ver lo que sucede.

Linfo-adenomas de la sub-maxilar y glándulas cervicales.

Dos enfermos.

Grandes linfo-adenomas de los ganglios cervicales, lado derecho.

Son tres enfermos parecidos, muy deformes por el abultamiento de sus cuellos.

Dos pertenecen á la clínica, otro á la policlínica.

Inyecciones con disoluciones de ácido acético. Resultado: Nulo.

Inyecciones de ácido acético puro . . . . . » Nulo pero dolorosas.

Inyecciones de tintura de iodo á diversas diluciones y pura. . . . . » Nulo.

En uno de los pacientes:

Inyecciones de licor de Fowler, diez gotas. . . . Resultado: Nulo.

Inyecciones de id. hasta el gramo de la jeringuilla de Pravaz. . . . . » Nulo.

Así como respecto á indicaciones tóxicas:

Inyecciones de cloruro de zinc 2 °/₀ Nulo.

Inyecciones de cloruro de zinc 3 °/₀ Nulo.

Inyecciones de cloruro líquido puro. Irritacion en el punto correspondiente á la inyeccion, centro del tumor submaxilar.

Pasados algunos días queda el punto algo endurecido,

pero sin disminuir las partes de volúmen, y ántes al contrario, creciendo los linfo-adenomas considerablemente, hasta producir un aspecto monstruoso. Se practica la extirpacion. El acto operatorio resulta laborioso, porque estos tumores no se desprenden fácilmente de las partes vecinas, y es necesario extraerlos á punta de bisturí y por virtud de prolijas disecciones.

El lóbulo sub-maxilar que sufrió la inyeccion de cloruro está mucho más adherido á los tejidos circundantes, resultando la diseccion más laboriosa. Abierto en el centro, donde se depositó la sustancia medicinal, ofrece un color pizarroso, endurecido, pero no desorganizado ni supurado; á sus alrededores el parénquima neoplásico aparece rojo y más inyectado que el resto.

Epitelioma de la laringe difundido por las glándulas del cuello. El enfermo era A. Barcenilla, de que ya dimos conocimiento.

En la imposibilidad de obrar de otra manera, le tuvimos sujeto á las inyecciones parenquimatosas durante muchos meses.

Disoluciones de ácido acético.	Nulo.
Idem puro	Nulo pero dolorosas.
Tintura de iodo hasta puro y en cantidad de una jeringa á cada lado del cuello.	Nulo.
Licor arsenical de Fowler. 8 gotas á cada lado. .	Nulo.
Licor arsenical de Fowler. 12 gotas.	Nulo.
Licor arsenical de Fowler. 20 gotas.	Nulo.

En esta dósis se continuó diariamente mucho tiempo, sin advertir fenómenos locales, ni generales, ni tóxicos.

Vulnerabilidad quirúrgica de los atléticos.

Prometimos ocuparnos de la vulnerabilidad quirúrgica de los atléticos.

El genio observador de Hipócrates había advertido la gran suceptibilidad que ofrecían tales individuos á las causas morbosas.

Con los cambios sociales se ha perdido la ocasion de repetir las observaciones hipocráticas.

Ya no hay atletas de oficio, ni luchadores.

Quedan algunos como restos en los gimnastas; y en dichos restos, siendo jóven y ántes de empezar la carrera, nos chocó el contraste de debilidad y fortaleza que juntamente veía en los forzudos.

Concurría á un gimnasio. Eran los primeros albores de la gimnasia en España. Miraba casi con envidia el desarrollo muscular y las enormes fuerzas que iban adquiriendo algunos amigos; y apénas un catarro ó cualquiera enfermedad leve en otros los acometían, caían en cama, tardaban mucho en reponerse y volvían al gimnasio pálidos, magantos y sin poder sostenerse sobre lás piernas.

Más tarde seguimos la medicina. Nos hicieron aprender algunos libros hipocráticos, y escuché á mis maestros los comentarios sobre la debilidad de los atletas, cosa que no olvidamos por venir á explicar la observacion que naturalmente hubimos hecho.

Andando el tiempo, uno de los profesores del gimnasio cayó enfermo con una cosa baladí. Más de un año estuvo grave, con asombro del Dr. Gardoqui, sabio médico de su asistencia.

Algo más tarde, otro profesor del gimnasio, M. de Benissien, se estableció en Sevilla, y le asistí. Un resfriado, era en él cosa gravísima. Una indigestion tomaba los caractéres de una tifoidea; y un arañazo en la cara, se le inflamó, se le erisipeló, se le hizo una ulcerita que no cicatrizaba por nada, que corrió y que se llevó la cara, y se llevó tambien á M. de Benissien.

Despues he tenido ocasion de observar, si no atletas, hombres de proporciones grandes, altos, gruesos, rojos, anchas espaldas y miembros fornidos. ¿Caía alguno de éstos y se rompía una pierna? Pues cuando á su término ordinario el flacucho y endeble andaba por la calle, el fornido estaba si son flores si no son flores, ya con flemones, abscesos, y complicaciones locales y generales de una ú otra índole.

Desarrollarse la gangrena rápidamente en tal clase de sujetos por cualquier herida, es cosa harto frecuente.

No habíamos, sin embargo, sacado ninguna consecuencia útil de estos hechos de observacion.

El caso de Manuel García nos hizo pensar sobre el asunto (1).

Que los hechos son reales, que fueron observados desde Hipócrates, que se siguen observando aunque con menor frecuencia por ir desapareciendo los tipos, pero que en los que restan, se ve hoy la misma susceptibilidad para que sus padecimientos sigan una marcha grave, todo ello resulta verdad é indiscutible.

Pero, ¿dónde está la razon? ¿En qué consiste?

Nos parece que si la patología tiene su raíz misma en la fisiología, cuanto mayor sea la accion fisiológica de un órgano, mayor ha de ser tambien su accion patológica.

Si dada la circulacion lenta y pobre del brazo de un canijo recibe el brazo una herida, no es probable que su circulacion se active al grado de traer una hinchazon extraordinaria; ni con esa fluxion y esa hinchazon una estrangulacion aponeurótica; ni con la estrangulacion los flemones difusos, ni la gangrena, ni las otras complicaciones á que el atleta está sujeto.

Por otra parte, si bien se examina vendremos á caer en que, si pesamos el cadáver de un grandullon forzudo y otro medianejo, el primero nos podrá dar nueve arrobas y el segundo cuatro. Pero si lentamente desecamos ambos cadáveres hasta la momificacion perfecta, ya la proporcion no será como de nueve á cuatro, sino muchísimo menor; resultando de aquí que el primero posee muchos más elementos ficticios, inestables, líquidos, más abocados á pérdidas y empobrecimientos rápidos.

Agréguese ademas que el desarrollo de unos sistemas se verifican generalmente á expensas de otros, el sanguíneo á expensas del nervioso, etc., y aparecerá con esto

(1) Pág. 89.

otro factor de muchísima importancia. A él puede deberse esos colapsus, esas angustias y debilidades que tan pronto se presentan en los fuertes.

La marcha de la herida de Manuel García no pudo ménos de levantar las ideas apuntadas. Qué prontitud en el desarrollo de los fenómenos morbosos, qué pararse la circulacion capilar en todo el hombro y espalda, y qué manera de venirse el gangrenismo extensísimo, difuso, de la noche á la mañana.

Nos resignamos con la desventura, pero no podíamos resignarnos con que volviera en casos análogos á repetirse. ¿Cómo? En el cómo está la dificultad.

No pretendemos haberla resuelto.

En lo que atañe á los traumatismos quirúrgicos, nos parece que no debe ser un dislate procurar quebrantar las fuerzas fisiológicas para quebrantar las fuerzas patológicas. Al ménos, á nosotros no se nos ha ocurrido otra cosa mejor.

Tres enfermos hemos tenido despues que nos inspiraban cuidado en tal concepto. Dos en la clínica y otro en la práctica civil.

Uno de ellos Miguel Alvarez, otro operado de sarcoma, pero mucho mayor que el de García, y de cuya observacion ya dimos cuenta.

Alvarez es un hombre más alto que bajo, sin ser de mucha estatura; moreno, ancho de cavidades y fornido. No pudiéndolo operar cuando vino á nosotros por el estado sanitario de las Salas, aprovechamos el tiempo en prepararlo, disponiendo que fuese disminuyendo la alimentacion y que se sangrara cada diez ó doce días, purgándose ademas semanalmente. Luégo que lo admitimos en la clínica, volvimos á sangrarlo hasta verle marchito y con el pulso blando. Entónces le operamos, y no aseguraremos que, sin haberlo dispuesto así, no hubiera pasado lo mismo, pero el caso es que nada ocurrió de lo que de su fortaleza atlética temíamos, y que el curso posterior á la operacion fué muy bonancible.

El segundo enfermo se refiere á un señor de historia curiosísima, que aquí no podemos relatar sin meter un episodio demasiado largo. Tratábase, cuando ménos, de un aneurisma bastante voluminoso de la temporal. Por razones prolijas había necesidad de ligar la carótica primitiva; pero este sujeto, anchísimo, de brazos como muslos, cuello corto y carnoso, cuero cabelludo grueso y haciendo rollos en el occipucio, era un tipo atlético.

Por los motivos, ya que no le concedamos el dictado de razones, que expusimos ántes, le pusimos á dieta, le purgamos y le sangramos, consiguiendo con esto, cuando ménos, desbastar su cuello y que nos fuera posible llegar á la carótida, cosa que de otro modo nos hubiera sido más difícil y quizás imposible. Digo lo mismo. Tampoco en este caso tuvimos motivos para arrepentirnos de lo hecho.

El tercero era un extremeño de treinta y cuatro años. Un jastial físicamente, sin que le ofendan mis palabras, y á no ser nosotros andaluces, diríamos que era mayor que el cuarto de su casa de pupilos, donde apénas cabía. Figúrese el lector uno de los hombres más grandes y más gruesos que haya visto, y como ése era con alguna añadidura. Tenía una fístula de ano, operada varias veces por otros profesores. Fístula antigua que, dado el espesor de la piel de su nalga, había venido minando hasta nivel del isquion. En aquel volúmen de su asentadera, la distancia se puede suponer. No creimos necesario rasgarle de la cruz á la fecha. Suponíamos que con dividir el esfinter externo habría bastante, atacando la fístula en la raíz de su mecanismo morboso, esperando que los trayectos de minacion se curarían cuanto cesara la causa. Así sucedió felizmente; pero, de todos modos, temíamos mucho herir las carnes de aquel hombron descomunal. Le preparamos, pero sin irnos demasiado léjos.

Los excesivamente grandes y gruesos constituyen otro tipo algo vario con el de los atletas verdaderos; hay más pasividad funcional, y con menores sustracciones se ablandan y dominan. Tambien pasaron las cosas sin contrarie-

dad, dando motivo para que insistamos en nuestra práctica.

Miéntras otra mejor no se discurra, y en lo que atañe al traumatismo, para quebrantar las fuerzas patológicas quebrantar las fisiológicas.

Quiere decir: De Abril á Abril vuelven las aguas por donde solían ir.

Hemos vuelto á Broussais.

En este particular de nuestra terapéutica es así.

En el principio que le informa no. Broussais creía en una irritacion, causa morbígena.

Nosotros, en los *traumatismos*, creemos que las funciones patológicas que subsiguen son las mismísimas funciones fisiológicas condicionadas por el insulto traumático.

Esto es, Broussais partía de la ley de unidad, pero como causa patogenésica.

Nuestra humilde conducta se reduce á aplicar la ley á un caso concreto, derivando de ella una terapéutica que coincide con la que para *todo* empleaba el ilustre autor de la medicina fisiológica.

Ovariotomías. Tres casos de ovariotomía constan en el cuadro de operaciones.

Dos adversos y uno feliz.

En verdad fuimos muy débiles. Por más que otra cosa se diga, cuando las enfermas llegan á desórdenes generales muy profundos, y que por sí solos ponen la vida en inmediato peligro, es inútil recurrir á la operacion. Entraña demasiada gravedad para que pueda soportarla una organizacion rendida ya por desórdenes generales estables, y que si un tiempo comenzaron á impulsos del tumor, más tarde adquieren existencia independiente.

Observacion de Asuncion Martinez. Pidió entrada el 1.º de Setiembre con un quiste multilobular de cinco años de fecha.

Era una mujer de cincuenta años; su vientre de los más voluminosos. Había disnea. Se hallaba en el paso de los

desórdenes locales á los generales. Le propusimos la operacion considerándola urgente.

No la aceptó y pidió el alta.

Vuelve el 29 de Diciembre. Hállase desemblantada; ha sobrevenido la complicacion ascítica, y la disnea la impulsa á reclamar la operacion.

Juzgo que ya no puede dar resultados, y así se lo manifiesto á la interesada.

Cada vez insiste más.

La experiencia propia, fundada en la práctica de operaciones de casos semejantes y peores, porque en nuestro país sólo en los extremos consienten las interesadas la operacion, nos retraían, haciéndonos resistir. Entre tanto fué acometida de un catarro que aumentó la disnea. La pobre llegó á creer que, por haber desechado la operacion cuatro meses ántes, incómodos nosotros no accedíamos ahora. Con la pena que nos causaba no poder disuadirla de su error, y bajo el influjo de acabar de leer una Memoria estadística en que se sostenía que muchos casos felicitados parecían tan extremos como los de mi enferma, nos dejamos rendir. Hízose la operacion el 20 de Enero. Existía un gran quiste multilobular del lado derecho que nacía sin pedículo del lado de la matriz. Con la ligadura elástica no resultó por ello inconveniente. Había mucho derrame ascítico, y el peritoneo estaba grueso y de color plomizo.

Por lo demas, la operacion no fué demasiado laboriosa.

La enferma tuvo vómitos clorofórmicos; reaccionó poco. Se acentuó la disnea y falleció á las 34 horas con los síntomas de colapsus pulmonal.

Cipriana Perez.

En esta enferma, jóven de veinticuatro años, las condiciones exteriores parecían regulares. Se diagnosticaba bien, por la forma y condiciones del vientre, un quiste multilobular de bastante tamaño, demasiado fijo al reconocimiento por vagina y recto; tenía tres años de existencia apreciada. Como ya la enferma no podía andar sin can-

sancio ni hacer las faenas domésticas, le propusimos la operacion.

Aceptada procedimos á ella, encontrándonos un tumor tan adherido á todas partes que, con menor experiencia lo hubiéramos considerado de imposible erradicacion.

Llevóse á efecto. El pedículo era regular y todo concluyó felizmente, insistiendo mucho en el aseo del abdómen. En la operacion y cura fué observado el método de Lister.

Algunos vómitos clorofórmicos molestaban la paciente. Pero la reaccion iba franca, y había largos períodos sin fatiga.

En la visita de la mañana siguiente quedamos contentos, y siguió mejorando, al parecer, hasta la tarde. La familia había entrado y estaba hablando con ella la operada, cuando repentinamente, sin agonía ni señal anterior, se trata de incorporar repentinamente, y en el acto fué cadáver.

Modo tan extraño de sucumbir llamó nuestra atencion. Tenía entierro y no podía hacérsela la autopsia; sin embargo, cortamos los puntos de sutura y vimos que todo el peritoneo estaba lleno de serosidad de color amarillo; hácia la cavidad de la pélvis, sanguinolento.

El modo de morir nos hizo suponer que habría sido de hemorragia. La inspeccion del vientre mostró, sí, un derrame de serosidad abundantísimo, algo rojizo hácia la pélvis, pero no hemorragia. La vejiga estaba ilesa. Antes de la operacion, y las primeras horas despues, se le extrajo la orina con la sonda; despues orinaba la interesada voluntariamente.

En resúmen: nos hemos quedado ignorando la causa inmediata de su muerte.

Otra operada de ovariotomía salvó felizmente.

No queremos hacer parada sobre casos notables sólo por su éxito. Daremos cuenta de uno por la enseñanza que sugiere.

Observacion de Francisco Gonzalez.

Casado; natural de Badajoz; 55 años; pintor. Ocupó la cama núm. 8. Demacracion *ad sumum*. Color sucio térreo. Entró el 8 de Febrero. El estado general produce la impresion de urgencia, constreñida por el juicio de muerte próxima.

Voz apagada; postracion sin descanso por angustias; indiferencia á las cosas externas. No puede contestar, y necesitamos atenernos á la historia que nos suministra un hijo suyo. De ella resulta que hacía un año cayó de una andamiada, fracturándose la pierna izquierda. Sobrevino hinchazon y calenturas; corrió el mal al muslo, se abrió por varias partes y supuró, y supurando continuaba. Desahuciado, le recomendaron la clínica y venía á ella.

La extremidad inferior de la tibia y peroné presentaba un abultamiento desigual, que, cubierto por la sola piel, se veía claramente estar constituido por un callo deforme, como los que resultan de las fracturas conminutas mal repuestas. El pié estaba lujado adentro, desfigurado, atrofiado y encorvado en forma de garra. Desde el sitio del callo hasta la mitad del muslo, piel y tejidos subyacentes formaban un cuerpo único esclerosado, duro á placas, blando en otras, ulceradas y en comunicacion con minaciones que venían de la tibia, de la articulacion de la rodilla, y del fémur.

La respiracion, la tos y la auscultacion declaraban una bronquítis crónica.

Cicatrices blancas, circulares y hundidas sembraban los miembros inferiores, todo el dorso, parte del pecho y brazos. Alrededor de la blancura correspondiente á las cicatrices, que tenían todas igual forma é igual magnitud, la de una moneda de 10 céntimos, la coloracion de la piel era aún más sucia y morena. El paciente no nos pudo dar cuenta del orígen ni fecha de las úlceras que determinaron dichas cicatrices. Debió ser un padecimiento ocurrido muchos años atras, porque el hijo no tenía noticias de ninguna enfermedad excepto la fractura.

Tan de urgencia consideramos el caso, que, á pesar del

estado de las salas, determinamos la amputacion para el día siguiente.

La practicó el Dr. Egeă por el tercio superior del muslo. Aun tan alta, el fémur se desgranaba á la accion de la sierra; el calibre óseo estaba reducido á una cáscara; el canal medular ensanchado y lleno de una médula oscura, poco consistente, que se vaciaba por la abertura ósea, de la que la separamos rasándola con el dedo.

Los músculos formaban una masa aglutinada por la esclerósis; estaban atrofiados y grises, en medio del mayor desarrollo y consistencia del tejido conectivo. En el seno de estas partes se veían tractos y huecos de supuraciones sucias. Los vasos y los nervios aparecían indistintos de los tejidos circundantes; se aislaban con dificultad, rompiéndose los primeros al pretender despegarlos para echar las ligaduras.

El enfermo se cloroformizó á las primeras aspiraciones. El acto operatorio fué tranquilo, y apénas se perdió ninguna sangre.

Las horas subsiguientes á la operacion fueron tranquilas. Se quejaba del pié; era lo único que le molestaba.

Al pasar la visita de la mañana el enfermo parecía otro. El semblante había perdido muchos rasgos cadavéricos; la vista ménos desanimada. Tomaba alimentos sin indiferencia y contestaba con más timbre de voz. Había dormido largos ratos, despertándole de cuando en cuando el dolor del pié.

Así continuó mejorando hasta la caida de la tarde. Hácia las nueve de la noche se puso fatigoso; el calor y el pulso empezaron á bajar; á las doce comenzó á dar golpes de hipo, siguiendo así en aumento hasta la mañana.

A la hora de pasar visita estaba la Extremauncion junto la cama núm. 8.

Miéntras visitábamos los números anteriores, la Sala guardaba ese silencio que todo el mundo consagra al respeto del que está al morir. Sólo un golpe de hipo se oía á cortos intervalos y el leve rumor de nuestras pisadas

Llegamos á la cama. No pasamos de largo.

Allí fijos, todos nos imitaron. Despues de cierta suspension dijimos:

Nota clínica sobre Francisco Gonzalez.

— El enfermo no tiene conocimiento. No oye; sus ojos entreabiertos y nublados por las secreciones glutinosas; su frío marmóreo; su mano que se coge, y al dejarla, cae como cosa muerta; el hipo, esa respiracion ronca, el estertor, todo declara que presenciamos un cuadro de agonía.

Escuchad el hipo. ¿Os parece que, como el estertor, señala aquí los últimos momentos?

Para mí tiene otra significacion. Comenzó anoche, lleva muchas horas; su frecuencia, su fuerza, es la que siempre hemos observado cuando ocurre un gangrenismo.

El paciente anteayer, despues de la operacion, estuvo bien; ayer á la hora de la visita, perfectamente. No se debe, pues, su estado á la operacion ni á la falta de fuerzas para resistirla.

Cómo estaban las carnes, ya lo vísteis.

El muñon se ha gangrenado.

—Separad el apósito.

El apósito de Lister se encontraba como acabado de poner.

Separado, apareció el muñon con excelente aspecto. Las suturas perfectas. Todo limpio. El drenaje en plaza, sin una gota de sangre ni de pus.

Los compañeros á una nos miraron, como diciendo en coro mentalmente:

—Nada hay.

— Nada hay — dijimos en alta voz. — Más abajo existe la gangrena. Cortad los puntos.

A medida que fueron divididos, el muñon se esperezó. La piel huyó á la circunferencia, y una gran masa negra apareció á la vista.

— Son grandes coágulos compactos en principio de putrefaccion. Separarlos.

— Pronto.

— Sin miedo.

—No así.

—Venga una espátula.

Con ella y con el borde cubital de la mano cortamos y volcamos la masa negra, cuya cantidad tendría de peso más de un kilo. Cogimos las ligaduras con la mano izquierda, y con la derecha, á grandes golpes, comenzamos á raer el muñon por medio de la espátula. Las carnes aparecieron de un color aproximado al de los coágulos. A lo brusco del raspar, el enfermo hizo algunos movimientos; los músculos del muñon se contraían, vermiculando por debajo de la piel.

— Cloruro de zinc pronto, al 30 por 100.

Vino, y con grandes pelotas de algodon comenzamos á lavar las superficies. El enfermo se agitó más, comenzó á contorcerse y á quejarse, aunque sin volver á conocimiento.

Sangre rojiza rezumó de la herida, que en presencia del cloruro se tornó en una papilla sonrosada.

—Más cloruro.

— Ahora, agua fenicada al 20.

— Lavar bien todo.

La superficie cruenta y la piel quedó del color de la carne cocida.

—Bajar la piel, fijarla con tiras de emplasto aglutinante, y poned otra vez el apósito de Lister.

A las once de la mañana volvimos á acercarnos al moribundo. Su respiracion era más fuerte.

El hipo más de tarde en tarde.

No se hallaba tan frío. El pulso muy veloz y más perceptible.

Al entrar en la Sala al día siguiente, alargamos el cuello hácia la cama núm. 8. No está desocupada. No oimos hipo. Pulsamos el enfermo. Había calor.

Comenzamos la visita, y al llegar su turno hicimos levantar el apósito de nuevo. No ocurría novedad. Ordenamos que volviera á aplicarse otra vez el cloruro. El enfer-

mo volvió en sí retorciéndose y dando gritos desaforados. Despues tomó caldo, y el calor estaba á 37°,9.

Por la tarde se hallaba en su conocimiento.

A otro día se repitió la misma cura con el cloruro al 15 por 100. Más exclamaciones.

Al siguiente comenzaba la supuracion.

Igual cura.

Al otro, supuracion más abundante y mejor hecha.

Color sonrosado y mamelones en algunos puntos.

Lavado con agua fenicada al 5.

Cúrase por la tarde del mismo modo.

Siguen dos curas diarias.

El enfermo se alimenta y digiere.

Sigue mejorando, no sin haber tenido que luchar despues contra una agudizacion de su bronquítis y úlceras por decúbito. El 23 de Abril se le da el alta.

Esta resurreccion, que así puede llamarse sin pecar de jactancia, la consignamos porque no nos pertenece.

El enfermo fué operado por el modestísimo Dr. Egea, y el mérito de la salvacion se debe al Dr. Lister. Sus trabajos, sus observaciones, sus consejos, son los que nos indujeron á emplear la conducta que seguimos.

Sólo nos corresponde la testarudez en no retroceder ni cruzarnos de brazos ante la muerte.

De casos algo parecidos, Lister y Billroth y algun otro cirujano han dado cuenta. Tan extremado y en las últimas, creo que puede ofrecerse como el primero.

Pero no es eso lo que importa. Lo que nos importa es que hemos perdido tres enfermos operados de la orina.

El caso que antecede declara que muchos de los que fallecen sucumben, no por la operacion, sino por la absorcion de los materiales que en las heridas se engendran. ¿Cómo se podrá evitar en los operados de la orina? Hé aquí el tema.

¿Lo podremos resolver? Que otros lo piensen.

Nosotros tambien lo pensaremos.

INSTITUTO

DE

TERAPÉUTICA OPERATORIA

SECCION DE ESPECIALIDADES

ENFERMEDADES DE GARGANTA Y OIDOS

POR EL

DOCTOR ARIZA

INTRODUCCION

Los que hayan seguido de cerca los trabajos del Instituto de Terapéutica operatoria, y áun los que, sin haberlos seguido, sean lectores habituales de *El Siglo Médico*, saben que allí tenemos establecido un Dispensario de enfermedades de garganta y oidos, en que, al mismo tiempo que hacemos un bien á los enfermos pobres, aprovechamos para nuestra propia instruccion casos interesantísimos de aquellas especialidades, que sin esto no podrían ser bien estudiados.

En la práctica civil, y áun en las clínicas generales, podemos considerar como perdido el rico material que referente á estas dos ramas de la Patología ofrece una capital de la importancia de Madrid.

Porque no basta que haya enfermos: es necesario estudiarlos á fondo. Y el que sufre de la laringe ó de los oidos no puede ser examinado convenientemente en las casas particulares, ni en los consultorios públicos donde no haya montado un servicio especial. Requieren la laringoscopia y otoscopia, ademas de instrumentos y aparatos propios, una instalacion adecuada, que sólo es posible en el gabinete privado del especialista ó en un Dispensario organi-

zado al efecto. Este conjunto de circunstancias, que en último resultado viene á constituir la técnica laringoscópica y otoscópica, impedirá constantemente la vulgarizacion de estas especialidades. El ejercicio diario de la medicina no permite, en la visita domiciliaria ni en la hospitalaria, la fineza de investigacion que debemos poner en el estudio de ellas. Las exigencias perentorias de la práctica imponen la necesidad de un diagnóstico formulado con cierta rapidez, y de esto precisamente es de lo que no podemos jactarnos en las enfermedades de la laringe y oidos. De un lado la intolerancia de los enfermos al reconocimiento, de otro la minuciosidad y pequeñez de los detalles objetivos que tenemos que recoger ántes de dar nombre á la enfermedad, exigen del especialista tanta paciencia como ciencia. «Está visto, yo no sirvo para esto,» exclama el enfermo despues de algunas tentativas de reconocimiento infructuosas; ó bien es un colega presente al exámen quien, experimentando ese cansancio de espíritu que nace de prestar atencion inútilmente, le dice á uno: «No insista usted, compañero, que ya está Ud. cansado y el enfermo tambien.» Y como ni ante el uno ni ante el otro agrada al especialista declararse derrotado, de aquí que esfuerce los consejos, las explicaciones, los ensayos; de aquí que se preste á experimentar en sí mismo para demostrar la facilidad de la maniobra.

Hay ademas de esta consideracion otra más importante, que contribuye á mortificar el ánimo del que cultiva estas especialidades. Ha sido opinion corriente entre los médicos, modificada ya hoy por fortuna, que la laringoscopia y otoscopia son un mito, por no decir una farsa; que nada se ve con ellas, y que, por consiguiente, la importancia que se les ha querido dar reposa sobre una superchería ó una ilusion.

Figurémonos, pues, el partido que de un reconocimiento frustrado sacarán á su favor los que así opinan.

Pero sobre todos estos motivos hay una razon suprema que empeña al especialista en el buen éxito de su obra.

Es la conviccion que tiene de que, cualesquiera que sean las dificultades, llegará á triunfar de ellas con paciencia obteniendo la vista del órgano, sin la cual no es posible el verdadero diagnóstico; pues, como demostraremos en el curso de este trabajo, los síntomas racionales son en laringopatía y otopatía tan equívocos, tan falaces, que sólo con una exacta notacion de los signos objetivos podemos garantirnos contra el error.

Véase, pues, cuán grandes son los obstáculos que se oponen á la generalizacion de estas especialidades, y por qué será siempre necesario que haya quien las cultive exclusivamente si hemos de conseguir verlas implantadas entre nosotros.

Pero el que á ellas trate de dedicarse tiene que dirigir sus esfuerzos, ántes que á su patología y terapéutica, á su técnica. Por eso, al inaugurar el año pasado en el Hospital de la Princesa nuestras tareas, lo primero de que nos ocupamos fué de adiestrarnos en el manejo de los instrumentos, aparatos y fantomas, en aprender á preparar al enfermo y en habituarnos al conocimiento de los tipos normales, tomándonos como ejemplo á nosotros mismos.

En *El Siglo Médico* del mismo año aparecieron las conferencias que dimos acerca de ambas técnicas; y aunque no las expusimos con la extension que tienen en los Tratados clásicos, abrigamos la pretension de que, el que desee iniciarse en ellas con facilidad, economía de tiempo, ahorro de procedimientos y de ensayos inútiles, debe consultarlas. Con esta recomendacion, y para evitar repeticiones, abreviaremos todo lo posible en el presente trabajo la exposicion de la parte correspondiente á estas materias.

Así, aprovecharemos el espacio que en este libro nos ha cabido en suerte para dar á la clínica la extension que merece. En el publicado el año anterior hicimos un estudio completo de la tísis laríngea, y á él enviaremos tambien al lector cuando pasemos revista á los casos que de esta laringopatía se han presentado en el Dispensario.

De este modo, sin omitir nada útil y conveniente á los

que deseen cultivar estas especialidades, conseguiremos darles en pocas páginas lo esencial, tanto en la técnica como en la clínica, de los cursos que hemos profesado de laringoscopia y otoscopia en los dos años que cuenta de existencia el Instituto de Terapéutica operatoria.

PRIMERA PARTE

LARINGOLOGÍA

I

TÉCNICA LARINGOSCÓPICA

Si siempre se ha considerado como uno de los elementos principales del diagnóstico la vista del órgano enfermo cuando esto es posible, nunca ha recibido este principio una demostracion más concluyente que en la esfera especial de las enfermedades laríngeas.

Órganos profundamente situados, á los que no puede llegar la mirada del observador, revelan sus secretos á otros sentidos, al tacto mediato é inmediato, al oido; tales son los pulmones, el corazon, la vejiga, la mayor parte de las vísceras abdominales.

Más profundos todavía algunos otros, como el cerebro y la médula, envían sus prolongaciones á las vísceras y á la periferia en forma de red nerviosa para el cumplimiento de ciertas funciones, cuyos trastornos nos permiten hasta poder dibujar esquemáticamente las lesiones que en ellos se desarrollan. Sólo la laringe hace excepcion á estos procedimientos; la induccion racional carece de valor para su estudio, y de los sentidos, el único apropiado á su exámen es el de la vista. Y es por lo que nunca se encomiará bastante la necesidad en que estamos de ver cuando se trata de diagnosticar los padecimientos laríngeos.

Que Laennec se equivocó cuando dijo que la auscultacion podía prestar en las enfermedades de la laringe los

mismos servicios que en las de los pulmones, es ya cosa admitida por todos los laringoscopistas. La auscultacion no es el método adecuado al exámen de la laringe, pues, si lo fuera, ya Trousseau y Belloc, en su *Tratado de la tísis laríngea*, publicado en 1838, hubieran podido echar las bases de una patología positiva de dicho órgano, como más tarde lo hizo Türck, y anteriormente lo había hecho Laennec respecto á los pulmones.

La tos, la voz, la respiracion, los estertores, los esputos, la deglucion, la forma externa del esqueleto laríngeo, pueden conducirnos á la suposicion de que la laringe está enferma, pero son impotentes para revelarnos la clase de enfermedad que padece. Por esto podemos afirmar, sin temor de ser desmentidos, que la ciencia de la patología laríngea no empezó á constituirse sino el día que pudimos penetrar con nuestra mirada en el interior del órgano.

El procedimiento por el cual conseguimos ver dentro de la laringe se llama laringoscopia. Inútil es que nos detengamos en hacer su historia completa, pues es bien conocida. Todos saben que su inventor fué el tenor Manuel García, quien, deseoso de observar el funcionalismo de las cuerdas vocales en el canto, ideó llevar á la cámara posterior de la boca un espejo de dentista que, colocado en cierta incidencia é iluminado convenientemente, retratase la imágen de la glótis. Sus ensayos fueron coronados de éxito, y el año de 1855 dirigió una Memoria á la Academia Real de Lóndres dándole cuenta de sus descubrimientos.

Poco efecto debió hacer su comunicacion en el ánimo de los graves académicos, cuando la docta Asamblea se limitó á archivarla y no se volvió á ocupar más de ella. Allí seguiría durmiendo todavía á no ser porque, habiéndola impreso su autor, vino afortunadamente á caer, al cabo de algunos años, un ejemplar en las manos de Türck, de Viena, el cual, comprendiendo todo el partido que de este procedimiento podía sacarse para estudiar los padecimientos laríngeos, empezó á ensayarlo en el hospital que

tenía bajo su direccion; y tan buen resultado obtuvo, que pasa con razon por ser el fundador de la especialidad. Apénas fueron conocidos los experimentos de Türck, se apresuraron á visitarlo para conocer novedad tan interesante muchos médicos, entre ellos Czermak, quien de vuelta á su patria perfeccionó el método de Türck, que consistía en servirse de la luz solar tal como había hecho García, sustituyéndola con la artificial. De este modo elevó la laringoscopia á la categoría de método general, aplicable en todo tiempo y momento, remediando el inconveniente que hasta entónces había tenido de no poder ser utilizada más que en los días bellos y con determinada orientacion. Desde este momento la técnica laringoscópica quedó fundada tal como la conocemos hoy día. Czermak vino á París en el año de 1860, donde en un curso público demostró la realidad, trascendencia y valor científico del descubrimiento. La revolucion quedó hecha, y de esta época datan Fauvel, Morell-Makenzie, Mourra Bourillon, Tobold, Bruns, Manldt y otros muchos que han formado la primera pléyade de la especialidad.

¿Qué es la laringoscopia? ¿Es algun procedimiento de prestidigitacion, verdadero rompe-cabezas para el cual se necesiten condiciones especiales ó una misteriosa iniciacion? De ningun modo. Es lo que cualquier otro método de reconocimiento: cosa fácil de aprender para todo el que quiera dedicarle su tiempo con aficion y entusiasmo.

Los aparatos y la instrumentacion son sencillísimos: luz intensa y un espejo. Hé aquí lo preciso para ver la laringe. La primera, si es artificial, debe estar enfocada de tal modo que pueda entrar horizontalmente en la boca del enfermo; el segundo, de acero ó de cristal, y en serie de uno, dos y tres centímetros de diámetro para acomodarlo á las diversas magnitudes de las fauces, está soldado, bajo un ángulo obtuso de 120°, á un alambre de 10 centíme-

tros de longitud, el cual se articula por medio de un tornillo con un mango de madera de seis milímetros de grueso por siete ú ocho centímetros de largo. Ni de la luz, ni del espejo creemos necesario decir una palabra más. Las largas descripciones que de ambas cosas vienen en las obras de la especialidad pecan de superfluas, porque las variantes que establecen son un lujo de inventiva. Esto podría encontrarse aceptable en las primeras publicaciones referentes al asunto, y cuando los iniciados eran escasos; pero hoy que el laringoscopio ha dado la vuelta al mundo, y raro será el médico que no lo haya manejado ó visto manejar, sería dar pruebas de una impertinente pedagogía detenernos á explicar lo sabido ya por todos. No creemos lo mismo respecto á la manera de aplicarlo; aquí se tocan dificultades que sólo una constante y diaria práctica enseña á vencer. Y precisamente en esto estriba, como anteriormente hemos indicado, la razon de que la especialidad no se generalice y se mantenga reconcentrada en las manos de sus adeptos.

La aplicacion usual y corriente es conocida. El enfermo se coloca delante del foco luminoso, bien sea éste directo ó reflejado, de modo que pueda recibirlo dentro de su boca, la cual deberá tener abierta todo lo posible. Se le invita á sacar la lengua, la coge el profesor con la mano izquierda envuelta en un lienzo, y tira de ella hácia afuera; con la mano derecha lleva el espejo, templado de antemano para que no se empañe, al fondo de la boca, y lo coloca delante de la úvula, mirando abajo, hácia la base de la lengua, con una inclinacion de 45°; en seguida dice al enfermo que entone la vocal *e*, *a*, ó *i*, y la epiglótis se levanta dejando ver el interior de la laringe.

Este es el clasicismo laringoscópico, y como se ve, la cosa no puede ser más sencilla. No lo describimos porque haya quien lo desconozca; al contrario, estamos seguros de que nadie lo ignora. Pero ¡qué decepcion! Ni el enfermo mantiene la boca abierta, sino que la va cerrando paulatinamente, ni deja la lengua fuera y aplanada, como se le

ha recomendado, sino que tira de ella hácia adentro con tal fuerza que hay que aflojarla para que no se haga daño y no se hiera el frenillo con los dientes inferiores, como sucede muchas veces; y entónces la lengua se pone convexa, toca con su cara superior la bóveda palatina, y el espejo, donde debíamos ver retratada la laringe, desaparece de nuestra vista. Ó echa la cabeza hácia atras y se desenfoca, ó rechaza con suma presteza y soltura nuestra mano con la suya. Aun salvados estos inconvenientes, es más comun todavía que, tan pronto como siente en su garganta el espejo, éntre en violentas náuseas, vomite ó tosa fuertemente, obligándonos á dejarlo en libertad y á concederle un rato de descanso para que le pase el acceso; inténtase de nuevo el reconocimiento, y la escena se repite; y así, dos, tres, cuatro veces y ciento si el enfermo y el médico tuvieran paciencia para tanto. Pero hay individuos atentos á los consejos que se les da y de garganta tolerante; no mueven la cabeza, ni cierran la boca, ni retraen la lengua; no dan náuseas, ni vomitan, ni tosen; en cambio, al sentir el espejo en la garganta, la contraen, y la úvula, el velo del paladar, sus pilares se aplican sobre la base de la lengua, estrechan el istmo de las fauces y cierran el canal faringo-laríngeo, dando por resultado que en el espejo se retraten las partes laterales de la faringe y la posterior de la lengua. Y cuando con ciertas explicaciones que luégo diremos se vencen estos inconvenientes y se descubre la parte inferior de la faringe, á cuyo término principia la laringe, no hemos adelantado nada, porque la epiglótis no se levanta, tapa el vestíbulo y toca con su borde superior la pared posterior faríngea; en vano recomendamos entónces respirar profunda y pausadamente, entonar las vocales *a, e, i;* todo falla; el enfermo no puede, no atina, produce un ronquido, ó da un golpe de tos con espuicion que mancha el espejo y nos deja á oscuras.

Y todo esto sucede tratándose de personas que tienen bien conformadas su boca y fauces; que si la primera es pequeña y las segundas se hallan estrechadas por una len-

gua gruesa, por hipertrofia de las amígdalas, prolongacion de la úvula, etc., las dificultades se aumentan hasta el punto de ser casi invencibles.

No se necesita tanto para desanimar al hombre más paciente y cachazudo; pero el laringoscopista, que sabe ya de antemano lo que puede ocurrir, permanece impasible, seguro de que ha de triunfar de todas las rebeldías voluntarias, instintivas, orgánicas ó imaginarias que ofrece el enfermo.

Y téngase en cuenta que no hemos recargado el cuadro, como pudiera creerse al leer las obras de la especialidad, y ver que en ellas el reconocimiento laringoscópico viene presentado como de fácil éxito en la mayoría de los casos, y que en los que excepcionalmente ofrecen alguna dificultad llega á vencerse ésta con alguna destreza y habilidad.

Hay una razon que explica la discrepancia entre lo consignado en los libros y lo observado por nosotros. Nunca hemos querido hacerla valer por no dar pábulo á una frase que hemos oido repetir con insistencia, y que es la siguiente:

«Los españoles no sirven para la laringoscopia.» Esta frase ha tenido siempre el privilegio de exaltarnos, porque con ella se trataba de justificar la indolencia y el desprecio con que entre nosotros era recibida la nueva especialidad; pero la verdad es que, quitando á aquellas palabras el sentido absoluto que se les quiere dar, y salvando la intencion algo malévola con que se profieren, los españoles, como todas las razas meridionales, son más difíciles para la laringoscopia que las razas del Norte.

Ya lo ha dicho Guinier, y áun si mal no recordamos Massei: «La imaginacion, la movilidad, el nervosismo, el temperamento excitable que caracteriza á los habitantes del Mediodía, los predispone en alto grado á los reflejos guturales, que se expresan por tos, náuseas, vómitos, contracciones faríngeas y linguales.» Algo de esto hemos tenido ocasion de presenciar nosotros en las clínicas de Tobold y Lewin, en Berlin, y en la de Oertel, en Munich, á cuyos

concurridísimos Dispensarios acuden individuos de todas las nacionalidades.

De lo dicho se deduce que para ser laringoscopista en España hay que tener vocacion, porque sólo profesando culto á la especialidad se puede hacer acopio de la paciencia necesaria para flanquear, eludir y salvar los obstáculos que se presentan.

Veamos la manera de vencerlos.

Antes de colocar al enfermo frente al foco luminoso, conviene que apreciemos su tolerancia. Para esto se le manda abrir la boca grandemente; hay personas que no atinan á hacerlo por más explicaciones que se les hace, lo cual indica ya que nos vamos á encontrar con una gran intolerancia, pues el no atinar en una cosa tan sencilla no depende de torpeza ni de falta de voluntad, sino del instinto, que avisa al enfermo la posibilidad de vomitar si en la separacion de sus mandíbulas traspasa ciertos límites.

Con alguna advertencia de nuestra parte y un poco de atencion por la del enfermo se consigue evitar esta anticipada entrada en escena de los reflejos, fáciles en este primer momento de ser dominados por la voluntad. Obtenida una gran abertura de la boca se procede á bajar la lengua con un depresor, y entónces una de dos: ó el enfermo va contrayendo sus mejillas y labios hasta dar á la abertura bucal la forma de una O, con lo que nos priva de la vision perfecta de las fauces, ó resiste enérgicamente á la depresion de la base de la lengua, obligándonos á emplear una fuerza prodigiosa, al término de cuya accion nos encontramos con el vómito. Inútil es aconsejar al enfermo que deje floja la lengua, pues para esto tiene que contraer los músculos infra-ioideos y relajar los supra-ioideos, y él no acierta en estas electividades de contraccion muscular. Llégase al resultado por un camino indirecto: recomendándole que inspire profundamente; y como en este acto la laringe desciende y tras ella el ióides, la lengua cede y las fauces se descubren sin provocar esos esfuerzos

violentos que hacen toser, nausear, vomitar, lagrimear, sudar y enrojecer el semblante del enfermo.

Con estos antecedentes, no muy halagüeños por cierto, pasamos en la mayoría de casos al reconocimiento laringoscópico.

Colocado el paciente frente al foco luminoso, directo ó reflejado, se procura que éste caiga de lleno sobre el labio superior é inferior; de modo que, al abrir la boca, corresponderá el centro de aquél al espacio circunscrito por la separacion de éstos, y el interior de la cavidad bucal resultará fuertemente iluminado. Bueno es entónces volver á bajar la lengua con el depresor, repitiendo las tentativas anteriores hasta asegurarse de que, al ménos para estas maniobras, contamos ya con una regular tolerancia. En seguida invitaremos al enfermo á sacar su lengua, encargándole que la proyecte fuera todo lo más posible; se la cogemos con la mano izquierda envuelta en un lienzo, y le recomendamos que la afloje para que ceda á nuestras tracciones. Una vez obtenida esta posicion, pudiera creerse que todo está preparado para empuñar el espejo laríngeo con la mano derecha, y despues de templado, colocarlo delante de la úvula en la conveniente inclinacion; pero guardémonos bien de hacerlo, porque nos exponemos á un fracaso. Antes de ejecutar este tiempo del reconocimiento conviene enseñar al enfermo á regularizar su respiracion y á entonar algunas de las vocales abiertas, para que luégo, cuando ya colocado el espejo se le invite á respirar y á vocalizar, sepa lo que exigimos de él y cómo debe hacerlo. Procediendo á introducir el espejito sin esta preparacion, basta la ligera titilacion que produce para que, en vez de una respiracion pausada y de una entonacion sonora y amplia, obtengamos un aullido acompañado de tos ó náuseas.

Nada dicen los autores sobre esto, porque en las obras de la especialidad se presuponen las facilidades más bien que las dificultades; pero conviene tenerlo presente para evitarse mucha pérdida de tiempo.

Á pesar de estos ensayos previos, es lo comun que, al

ver el enfermo entrar el espejo en la boca, estreche la abertura de ésta y tire hácia adentro de la lengua sin tener de ello la menor conciencia. Una simple advertencia es suficiente á veces para que se corrija de estos movimientos instintivos; pero hay individuos para quienes toda predicacion es inútil y siempre inciden en los mismos inconvenientes; á éstos hay que recomendarles que cierren los ojos y abran la boca; que ojos que no ven, corazon no quiebran.

Llegamos ya á tener colocado el espejo delante de la úvula en buenas condiciones; es decir, bien iluminado, porque hemos conseguido la máxima abertura bucal y el aplanamiento de la lengua. Si la respiracion y la vocalizacion se hacen como queda dicho, hemos triunfado: la laringe se retrata en el espejo y no falta más que saber leer en ella. Pero las reglas fallan, y el que con tanto esmero ha sido instruido en la manera de respirar y entonar no hace ni lo uno ni lo otro, sino que, al sentir sus fauces titiladas, quiere tragar, y las estrecha en vez de aflojarlas y ensancharlas, como es preciso para que la luz pueda llegar á la laringe.

Entónces (ya lo hemos dicho) aparecen en el espejo unas masas carnosas constituidas por la base de la lengua y los pilares del velo, formando una muralla sólida, sin ningun intersticio por donde pueda penetrar la mirada. Hay que volver, pues, sobre los primitivos consejos, é insistir con el paciente en que respire con respiracion amplia y pausada, pues nada más contrario á la deglucion que un acto respiratorio hecho de esta manera. Muchos, al ser requeridos en este sentido, se esfuerzan y lo hacen convulsivamente, por sacudidas, malogrando así el reconocimiento.

Parece imposible que, siendo la respiracion un acto funcional que no se presta á la suspension sino por algunos instantes, el enfermo tenga tanta propension á retenerla cuando se le laringoscopiza. Y, sin embargo, nada es más general; no hay uno siquiera que deje de suspenderla. Y

¿qué resulta de esto? Que el enfermo se fatiga pronto y el médico no ve. Por lo cual se puede asegurar que en el exámen al laringoscopio todo viene á parar en movimientos instintivos que se vuelven en contra del examinado y del que examina.

Sucede algunas veces que, á fuerza de recomendar al enfermo que respire, conseguimos que lo verifique, puesto que aguanta sin asfixiarse; pero la garganta no por eso se afloja. ¿Cómo es posible, nos hemos preguntado durante mucho tiempo, respirar y que, sin embargo, la garganta no éntre en la acomodacion necesaria para que nuestra mirada pueda penetrar hasta la laringe? A fuerza de observar hemos comprendido lo que por estar demasiado á la vista pasó para nosotros desapercibido por largo tiempo: el enfermo respira por las narices, y puede, por tanto, permanecer un buen rato con el istmo de las fauces estrechado, y áun tapada por el espejo la pequeña abertura circunscrita por los pilares, el arco y la base de la lengua. Conocida la causa de este insuceso, el remedio es fácil; hay que llamar la atencion del enfermo para que procure respirar por la boca, y si no atinase á hacerlo, comprimirle las ventanillas de las narices con unas pinzas á resorte ó por medio de otra persona.

No basta ningun aprendizaje á evitar la tos, la náusea, el vómito. Todo lo que hasta aquí llevamos dicho sirve para proporcionar sólo una tolerancia relativa. Una pequeña tardanza en la presentacion de aquellos fenómenos es todo lo más á que podemos aspirar, pues son suficientes brevísimos instantes para lograr nuestro objeto. Pero en la mayoría de casos no hay ni esta pequeña tregua: la colocacion del espejo y el toser ó dar arcadas, son simultáneos.

Véncese en ocasiones susceptibilidad tan exquisita repitiendo las tentativas; otras veces la insistencia en ella da un resultado contraproducente, aumentando la intolerancia, por lo que viene á ser necesario llegar al fin haciendo un rodeo; redúcese éste á recomendar al enfer-

mo que respire y entone alternativamente ántes de colocar el espejo, y cuando se halla entregado á este ritmo sorprenderlo con la introduccion de aquél; el reflejo gutural se producirá, de seguro, pero como la garganta se halla empeñada en un acto favorable á la acomodacion, tardará un momento en contraerse, en entrar en otro órden funcional, y nos dará tiempo para ver.

Hemos apuntado hasta ahora las dificultades que nacen de la mala adaptacion del enfermo, ocasionada por su falta de tino ó por intolerancia; pero hay otras que, procediendo de defectos orgánicos, y no pudiendo remediarse, como los anteriores, con consejos ni ensayos, exigen del especialista algunas modificaciones en el procedimiento. Una boca pequeña y unos dientes superiores sumamente largos, impiden la proyeccion del foco luminoso sobre el punto preciso donde debe colocarse el espejo; de lo que resulta que, no estando éste suficientemente iluminado, no puede reflejar la luz á las regiones inferiores de la garganta, que es la condicion indispensable para ver claramente la laringe. Igual inconveniente tiene una lengua demasiado gruesa, de las que á veces encontramos algunas tan exageradas que obstruyen casi por completo la abertura bucal cuando el enfermo la saca, pues se asemejan á un cuerpo redondeado y cilíndrico sobre el cual viene á amoldarse el labio superior, impidiendo, por tanto, la entrada de la luz.

En estos casos debemos aconsejar al enfermo que lleve su boca al máximum de dilatacion posible, forzando la separacion de las mandíbulas y relajando los músculos temporales y maseteros, con lo que se corrige un tanto el obstáculo dependiente de las condiciones orgánicas mencionadas. Se introduce entónces un espejo pequeño por la abertura bucal que hemos podido obtener, y lo colocamos en el sitio de eleccion, ó sea delante de la úvula, y en la inclinacion de 45°. Si de este modo el reflector resultase bien iluminado, habremos conseguido practicar el reconocimiento en las condiciones ordinarias, con la única diferencia de que el campo visual será más reducido; pero si

por efecto de que entre la lengua y el labio superior no queda más que una hendidura, ó porque éste baja demasiado, ó porque, siendo los dientes superiores demasiado largos, proyectan sombra al interior de la boca, el espejo queda en la oscuridad, lograremos salvar estos inconvenientes variando un poco la posicion de la cabeza del enfermo. Sabido es que para los reconocimientos que no ofrecen ninguna dificultad se coloca aquélla verticalmente, de manera que el foco éntre en la boca en direccion perpendicular al plano que ésta ocupa; pero como en los casos de que ahora tratamos la luz no llega á la parte posterior de la bóveda palatina, porque lo estorba la convexidad de la lengua, ó el labio y dientes superiores, hay que aconsejar al enfermo que eche su cabeza hácia atras para que los rayos luminosos, incidiendo algo oblicuamente hácia arriba, hallen camino franco hasta el espejo.

Tambien la úvula tiene á veces participacion en las dificultades laringoscópicas. Cuando es muy larga, ó no se contrae al sentir el dorso del espejo, cuelga por detras de éste de tal modo que la vemos retratada en su superficie reflectora; y allí donde debíamos encontrar espacio franco por el que nuestra mirada penetrase hasta la laringe, nos hallamos con un tabique carnoso que se opone á nuestro exámen. En tal caso no hay más remedio que rechazarla atras y arriba, llevando el espejo más profundamente, inclinándolo un poco más de los 45°, áun á riesgo de provocar la náusea; con lo que alcanzamos generalmente nuestro objeto, aunque sea á costa de un pequeño aumento en las molestias del enfermo.

La estrechez del istmo de las fauces por las amígdalas hipertrofiadas, es otro de los defectos orgánicos que con frecuencia nos salen al encuentro en el ejercicio de nuestra especialidad. No es difícil obviar sus inconvenientes cuando la hipertrofia de aquéllas no es tan exagerada como para traerlas á contacto, pues basta con que entre ellas quede un pequeño espacio ó hendidura, suficiente á admitir un diminuto espejo de rinoscopia ovalado, para que po-

damos obtener la vision de la parte central de la laringe, que, despues de todo, es la más importante. Y aunque las amígdalas se toquen, no por eso es impracticable el reconocimiento si sólo lo verifican en su extremo superior, dejando en el inferior una separacion pequeña; es necesario que el contacto se extienda á toda la longitud de aquéllas para imposibilitar en absoluto el acceso de la luz hasta la laringe, en cuyo caso no hay habilidades manuales, no hay prestidigitacion que nos saque del apuro; no queda más recurso que la amigdalotomía, operacion que debe proponerse al enfermo cuando sea imprescindible para establecer el diagnóstico del padecimiento laríngeo.

Salvados los inconvenientes que en la boca ó en las fauces podemos encontrar, nos esperan otros allá en puntos más profundos, en la laringe. La epiglótis puede decirse que es la piedra de escándalo de la laringoscopia. Situada á modo de tapadera móvil sobre el orificio superior de la laringe, constituye la llave maestra del reconocimiento. Su pronta y fácil ereccion nos permite descubrir desde el primer instante el interior del órgano; su rebeldía al movimiento estorba nuestro intento por tiempo indefinido. Las inspiraciones profundas y las entonaciones en *a*, *e* ó *i*, tienen aquí el mismo valor que en la acomodacion de las fauces, pues apelando á ellas conseguimos casi siempre que el opérculo laríngeo pierda su estática rigidez y ejecute movimientos alternos de elevacion y depresion. Pero sucede á veces que, á pesar de la buena conformacion de las partes, ni el respirar ni el entonar lo levantan, permaneciendo, por el contrario, tan caido que su borde libre está casi en contacto con la pared faríngea. Nada, á excepcion de la cara superior de la epiglótis, se ve entónces de la laringe, y ni los ligamentos ari-epiglóticos y vértices aritenoideos, que de ordinario se descubren en las condiciones más desfavorables, pueden percibirse en estos casos. ¿Cuál puede ser la causa de que con una epiglótis y esqueleto laríngeo bien conformado fracase la investigacion, y no podamos recoger un solo dato que

nos conduzca al diagnóstico? Desde luégo hay que achacarlo al enfermo.

No depende seguramente de falta de voluntad, pero sí de falta en la acomodacion. Del mismo modo que para penetrar con nuestra mirada á la region donde la laringe se halla situada es menester que la faringe se acomode (en los términos que hemos explicado anteriormente), así aquélla necesita tambien, para poner al descubierto su interior, de una adaptacion especial. Esta consiste en contraer los músculos elevadores de la epiglótis, el epiglótico lingual y faríngeo, y en relajar los haces musculares contenidos en los ligamentos ari-epiglóticos. Sabido es que no puede obtenerse la pasividad de éstos y la actividad de aquéllos por el influjo directo de la voluntad; pero hay actos funcionales dependientes de ésta, en cuyo cumplimiento intervienen inconscientemente dichos músculos de la manera expresada. Los actos en virtud de los cuales se determina la elevacion de la epiglótis, hemos dicho ya que son los mismos que aflojan y acomodan la faringe: la inspiracion y la entonacion de ciertas vocales. Pero por más que se le recomiende al enfermo y éste obedezca nuestro mandato, la epiglótis permanece caida y la laringe se mantiene oculta. Y es que hay una manera de verificar aquel funcionalismo, contraproducente al objeto que con él se trata de obtener. Increible parece la habilidad que instintivamente despliega el enfermo para hacerlo al reves de como se le dice: nosotros le aconsejamos que respire con abandono, con naturalidad para que relaje la garganta, y él la fuerza, la contrae, la violenta; le exigimos que deprima la base de la lengua por la contraccion exclusiva de los músculos supra-hioideos, y él la deprime por los infra-hioideos y externo-tiroideos, que llevan al mismo tiempo la laringe hácia abajo, la oculta de nuestra vista, y hacen que la epiglótis se mantenga caida; pretendemos obtener la elevacion de ésta por las notas *a* y *e*, y no lo conseguimos aunque las entone; resultando que, despues de apelar á todos los medios conducentes á alcanzar el fin propuesto,

que es la vision del interior de la laringe, tenemos que contentarnos con la de la cara superior de la epiglótis y los vértices aritenoideos.

Ya hemos dicho anteriormente que, cuando no hay defectos de conformacion, el mal éxito del reconocimiento depende de falta de acomodacion; de lo que se deduce que si nosotros, con paciencia, con la repeticion de los ensayos, ó aprovechando algun descuido ó cansancio del enfermo, conseguimos hacerle comprender la manera de adaptar sus órganos, ó sorprenderlo en una relajacion involuntaria de esas contracciones forzadas en que, á pesar de nuestros consejos, mantiene sus músculos, habremos vencido el obstáculo logrando descubrir el vestíbulo laríngeo.

Cuando no se tiene gran hábito de practicar la laringoscopia se atribuye á mera casualidad el logro momentáneo de nuestro propósito, y se continúa creyendo que la persona sometida al exámen es, orgánicamente considerada, inapta para el reconocimiento; pero esto es un error; como se ha visto una vez puede verse ciento, y el que así no suceda siempre depende de que el enfermo no atina á acomodar sus órganos.

Hay algunos medios indirectos de los que puede uno servirse para llegar al resultado en casos de esta naturaleza. Uno de ellos es provocar la náusea intencionadamente llevando el espejo á lo profundo de las fauces, con lo cual se consigue que, al determinarse aquélla, la epiglótis se levante y deje al descubierto el interior del órgano por un brevísimo instante, que basta, cuando se está muy alerta, á establecer el diagnóstico. Otro de los recursos á que solemos apelar, es dejar al enfermo abandonado á sí mismo manteniendo la posicion; es decir, con la lengua cogida y fuera de la boca, y con el espejo colocado en su sitio y sin recomendarle que respire en determinado sentido, pues miéntras con más empeño se le recomienda peor lo hace. De este modo llega un momento en que, cansado de violentarse para desacomodar su garganta, que es á lo que en último término vienen á parar sus esfuerzos, respira con

amplitud, los músculos se relajan y la epiglótis se levanta. El mismo resultado da á veces la respiracion que se obtiene aconsejando al enfermo que suspire; la cual, aunque no es más que una respiracion hecha con cierta profundidad, no acierta aquél á hacer hasta que no se le dice: — Dé Ud. un suspiro.

Todo lo que acabamos de decir respecto á la respiracion, es aplicable á la entonacion de las vocales. Lo comun es que, al emitir éstas con cierta fuerza, se descubra el vestíbulo; pero hay individuos en quienes no sucede así, porque, al hacerlo, no elevan la laringe, ni hacen bascular el tiroides hácia adelante; de lo que resulta que la epiglótis, cuyo ángulo inferior se inserta en la gran escotadura de aquél, permanece caida y tapa los aritenoides cuando éstos se aproximan y se fijan sobre sus bases en el acto de la vocalizacion.

Digno es de notarse que las personas en quienes con más frecuencia se observa esta ocultacion de los aritenoides al entonar las vocales, son los cantantes. Cualquiera creería que por lo mismo que estos individuos están habituados al juego y flexibilidad de las articulaciones laríngeas, y á llevar los músculos fonadores al *máximum* de relajacion y contraccion, serían los más aptos para el reconocimiento; pero la experiencia enseña lo contrario. Largo tiempo hemos estado sin poder darnos la razon de este fenómeno; mas á fuerza de examinar casos y de comparar individuos, hemos llegado á averiguar que en los que esto sucede hay una falta de energía en los músculos crico-tiroideos y en los tiro-aritenoideos que les obliga á entonar y á modular, reservando y economizando la accion de aquellas potencias fonéticas de que no están muy seguros; en una palabra, los que así se portan al ser laringoscopizados son cantantes de pocas facultades ó en decadencia, que emplean ciertos recursos para disimular la deficiencia ó desgaste de la funcion laríngea.

Hasta ahora no hemos estudiado las dificultades que la laringe opone á su exámen sino bajo el punto de vista de

la acomodacion; pero, lo mismo que en la boca y en la faringe, hay tambien aquí dificultades que nacen de defectos orgánicos. Los principales son los que se refieren á la epiglótis, la cual puede hallarse enroscada hasta el punto de qué sus ángulos laterales se toquen sobre la línea media de su cara interna, ó estar hipertrofiada de modo que su borde superior presente un grosor extraordinario, ó haber perdido su facultad de elevarse por cicatrices y adherencias consecutivas á úlceras y pérdidas de sustancia; en cuyos casos todos se comprende que, no pudiendo penetrar la luz en la laringe, no hay manera de ver. Cuando estos defectos son muy graduados, hay que confesar que la laringoscopia es imposible en los individuos portadores de ellos; pero para que esta imposibilidad sea absoluta es menester que el espacio por donde el aire penetra en la laringe, aunque reducido y pequeño, tenga cierta oblicuidad; porque si es central y cae en la línea media, siempre podremos dirigir sobre él un rayo luminoso que nos descubra alguna parte del interior del órgano. Y como al laringoscopista ejercitado bastan á veces estas visiones parciales para deducir el diagnóstico, resulta que el problema, áun en la mayoría de casos de epiglótis deformadas, es de posible resolucion.

Con lo dicho creemos haber expuesto las dificultades que ofrece la laringoscopia bajo el punto de vista de la técnica. Como ha podido observarse, nos hemos limitado á aprender á vencerlas por los procedimientos manuales y por la educacion del enfermo, sin tomar en cuenta para nada las ventajas que, segun creencia vulgar, pudieran obtenerse de la anestesia de las fauces y de la laringe. Mucho ruido se ha hecho alrededor de esta cuestion, pero hasta ahora su solucion no ha pasado de la categoría de mito; es un *desideratum* que la ciencia no ha podido resolver á pesar de los ejemplos que con tanta frecuencia registra de anestesias locales patológicas; lo cual depende, en nuestro concepto, de que la localizacion es en estos casos una mera apariencia, y de que su causa determinan-

te reside en los centros nerviosos, ó por lo ménos á mayor profundidad que las terminaciones nerviosas periféricas. Lo único que hasta ahora se halla perfectamente averiguado respecto á la tolerancia laríngea, es que ésta nace espontáneamente ó se obtiene con facilidad en los casos de grandes lesiones que han modificado la sensibilidad del órgano.

II

PATOLOGÍA Y CLÍNICA LARÍNGEAS

No es muy numerosa la estadística de enfermedades de laringe que hemos recogido en el Dispensario. Observadas, sin embargo, con detencion y anotadas con esmero, nos podemos congratular de ofrecer ejemplares correspondientes á casi todos los tipos patológicos que se presentan en el órgano fonético.

Este resultado obtenido con un número reducido de casos, se debe exclusivamente al empeño que hemos puesto en llegar siempre á ver el interior de la laringe, pues está demostrado que la vision directa es el único método aplicable al estudio de sus enfermedades. Difícil es conseguirla en muchos individuos sometidos al exámen, pero no hay otro medio de diagnosticar las lesiones del órgano. Por grande que sea la paciencia y tiempo invertidos en hacer el reconocimiento, quedamos suficientemente recompensados de nuestros afanes cuando ha sido perfecto; que no hay nada más rico en signos inequívocos que la objetividad laríngea. Es ésta fuente tan fecunda de conocimientos, que bien puede decirse: á laringe vista, diagnóstico formulado. Bajo este punto de vista están en desventaja con ella los órganos externos; pues áun teniendo sus lesiones bajo la mano, no podemos diagnosticarlas muchas veces con la misma facilidad que sus análogas en la laringe.

Y es sacando todo el partido posible de la propiedad que tiene este órgano de revelar sus secretos á una completa inspeccion, como hemos podido aprovechar todos los casos que se han presentado, y conseguido abarcar, al estudiarlos, el extenso cuadro de la patología laríngea.

LARINGÍTIS FOLICULAR Y CATARRAL. — CASOS CLÍNICOS EXTRACTADOS DEL REGISTRO GENERAL DE ENFERMEDADES DE LA LARINGE

Número 5

Matías G., veintinueve años, mediana estatura, robusto, pecho ancho, de profesion cantante. Refiere que hace cuatro meses cogió un resfriado, desde cuya fecha viene observando que, al cantar, le falta la voz en el pase del registro medio al bajo; lo cual comprobamos ser exacto haciéndole ejecutar varias escalas. La voz hablada normal; tiene tos puramente gutural, de sonido de *hem*. Síntomas objetivos: cuerdas inyectadas; partícula mucosa en sus bordes, que las aglutina en la adduccion, y que forma como un filamento extendido de una á otra cuando se ponen en abduccion. Faringe granulosa; borde superior y cara interna de la epiglótis, inyectados de color sombrío; glótis respiratoria vellosa.

Diagnóstico. — Laringítis folicular antigua, agravada por el catarro y por el canto.

Pronóstico. — De fácil curacion en los síntomas dependientes de la agudizacion reciente.

Tratamiento. — Toque á las cuerdas con una disolucion de nitrato de plata al 2 por 100; prohibicion absoluta del canto; conversar moderadamente; evitar las causas catarrales.

A la segunda visita las cuerdas están ménos inyectadas, y el enfermo confiesa haber experimentado algun alivio. Desde principios de Febrero que se presentó en el Dispensario, hasta el 21 de Marzo que dejó de concurrir, sólo

la primera semana guardó la prescripcion; las siguientes llegó tarde al consultorio y no pudo ser curado. Como manifestase que tenía compromisos que le obligaban á cantar, y al mismo tiempo se quejase de que no adelantaba en su curacion, fué reconvenido y no volvió á parecer.

Número 6

Antonio S., de veintisiete años, natural de Miengo, provincia de Santander. Está de dependiente en un almacen, y es cantador de flamenco. Tipo moreno, constitucion fuerte. Antecedentes catarrosos, ronqueras habituales; en la actualidad tos con expectoraciones catarrales y ronco. Síntomas objetivos: faringe granulosa é inyectada; epiglótis y vértices aritenoideos enrojecidos; granulaciones menudas en la region meso-aritenoidea; cuerdas engrosadas, sin brillo, de color grisáceo; mucosa traqueal inflamada y cubierta de secreciones.

Diagnóstico. — Faringo-laringítis folicular antigua y catarro laringo-bronquial reciente, sin ningun indicio de sífilis.

Tratamiento. — Toques con disolucion saturada de ácido tánico; inhalaciones de brea. Mejoría rápida. A los dos meses se acatarra de nuevo el enfermo y desaparece el alivio obtenido. Completando entónces los antecedentes, averiguamos que hace cuatro años vienen repitiéndose las mismas agravaciones por catarros sucesivos, que el enfermo coge con una frecuencia desesperante.

En vista de esto, aconsejamos al paciente que viniese al Dispensario siempre que su padecimiento se recrudeciese, porque teníamos la seguridad de abreviarle el ataque; pero que si aspiraba á la curacion radical debía emplear la hidroterapia, y consultarnos cuando llegase el verano respecto á las aguas minerales que podrían convenirle.

Número 10

Doña Adela P..., casada, de treinta años de edad, temperamento escrofuloso. Se queja de dolor al tragar; ronquera.

Examinada, nótase hipertrofia y enrojecimiento vivo de ambas amígdalas; por la pared posterior de la faringe descienden del espacio post-nasal grandes sábanas de mucosidades espesas. Inspeccionadas las narices se nota excoriada la membrana de Schneider, y la enferma refiere que suena materias purulentas, oscuras, teñidas de sangre, y á veces endurecidas y sólidas. Al laringoscopio aparecen inyectadas las cuerdas vocales en pequeña extension y normales en el resto. Los antecedentes datan, respecto á las narices, desde la niñez

Diagnóstico. — Angina hipertrófica y folicular; ozena escrofuloso, crónico; agudizacion catarral en la actualidad, extensiva á la laringe.

Tratamiento. — Resuelto el estado agudo con aplicaciones calmantes y la belladona al interior, recomendamos pulverizaciones nasales y guturales con disolucion de cloruro sódico al 2 o/o; toques con glicerina iodada á las fauces y la laringe, fosfato de cal al interior.

Desde Abril, en que se empezó este plan, hasta fin de Junio en que dispusimos á la enferma hiciese una temporada de aguas sulfuroso-cloruradas sódicas, la voz adquirió su timbre natural, las cuerdas recobraron su blancura y brillo normales, las secreciones nasales disminuyeron y se hicieron puramente catarrales; la hipertrofia de las amígdalas y de los folículos faríngeos persistía, sin embargo, pero su coloracion se modificó ventajosamente, pues de intensa que era fué bajando paulatinamente hasta el rosa pálido.

Número 11

Filomena S..., de veintiseis años, anémica, mal menstruada. Padece de catarros frecuentes desde hace dos años, y coincidiendo con ellos tos y ronqueras periódicas. El diagnóstico inscrito es: angina granulosa con botones gruesos, pálidos y secretantes, y laringítis glandular con folícu-

los hipertrofiados en la glótis mucosa; palidez en la mayor parte del órgano.

Tratamiento. — Pulverizacion é inhalaciones de cloruro sódico al 2 o/o; toques con glicerina iodada y disolucion débil de nitrato de plata; ferruginosos al interior. Sigue viniendo con regularidad los meses de Abril, Mayo y parte de Junio. De su hoja clínica no resulta que haya obtenido alivio, pero recogemos el dato de que el diagnóstico hecho en ella nos sirvió para ilustrar el de otra hermana, cantante, que se presentó al mismo tiempo con una paresia de las cuerdas vocales, y de cuya historia daremos cuenta más adelante.

Número 20

Mariano C..., de cincuenta y cuatro años, empleado en la cárcel de hombres. Completa extincion de voz desde hace cinco meses, y anteriormente ronqueras por causas catarrales. Al laringoscopio se nota hipertrofia considerable de las bandas que ocultan las cuerdas, lo mismo en la abduccion que en la adduccion. Viene una sola vez y no se le pone tratamiento.

Diagnóstico. — Tipo de laringítis plástica pura.

Número 24

José P..., de cuarenta y ocho años de edad; acusa ronquera desde hace 15 días á consecuencia de un catarro. El espejo revela inyeccion de las cuerdas. Viene al Dispensario una sola vez, y cura rápidamente con toques astringentes. Fué diagnosticado de laringítis catarral reciente sub-aguda.

Número 25

Celestina C..., de veintiun años, escrofulosa. Hace algunos meses que empezó á sentir molestias á la deglucion, tos y enronquecimientos pasajeros. Atribuye estos síntomas

á catarros repetidos. A la inspeccion, amígdalas hipertrofiadas y enrojecidas, así como la epiglótis, los aritenoides y region inter-aritenoidea; las cuerdas sanas.

Diagnóstico. — Agudizacion catarral sobre una faringo-laringítis folicular crónica de naturaleza escrofulosa.

Tratamiento. — Toques con iodo y hierro al interior.

CONSIDERACIONES

Los casos que acabamos de mencionar, extractados de nuestro diario clínico, pertenecen á una clase especial de laringopatías: á la laringítis catarral crónica simple. La forma aguda de esta enfermedad cae rara vez bajo la observacion del especialista, porque, siendo de breve duracion, cede generalmente al tratamiento ordinario de los catarros. Por eso no registramos en la estadística expuesta más que un sólo caso, el 24, de simple y subagudo catarro laríngeo, que fué curado en una sola sesion.

Los demas ofrecen todos, por su marcha (cronicidad), por su expresion anatómica (objetividad), por lo difícil de su curacion (tenacidad), y por otras muchas particularidades, caractéres comunes suficientes á justificar la creacion del tipo patológico.

Las variedades que se han tratado de establecer en la laringítis crónica, no tienen razon de ser. La generalizada, la circunscrita, la simple, la folicular, la plástica, pueden agruparse para su estudio en una descripcion única, pues los diversos aspectos á que aquellas denominaciones se refieren constituyen solamente grados de un mismo proceso.

La laringítis crónica va siempre acompañada de la angina granulosa, pero ésta suele existir frecuentemente sin aquélla. Para convencernos de la exactitud de esta afirmacion, basta fijarnos en las observaciones citadas.

Y es que la faringe, comprendida en toda su extension y con el istmo de las fauces, es sitio predilecto de mani-

festaciones patológicas. El escrofulismo, el artritismo, el herpetismo, la anemia, la clorósis, el isterismo, la sífilis, la tuberculósis, la lepra, el lupus, el cáncer, la viruela, la escarlatina, el sarampion, en una palabra, las distrofias, nosohemias, infecciones, nervosismos, diátesis, etc., se expresan en ella con mayor ó menor grado de electividad. Pero de todas las causas morbosas que acabamos de citar son la artrítis y la escrófula las que de preferencia se localizan en la faringe, pues sus vestigios aquí son infalibles y anteriores á los que se presentan en las glándulas y articulaciones.

No es de extrañar, por tanto, que, en vista de la predileccion que ciertas diátesis tienen por la faringe, la encontremos afectada en los casos de laringítis crónica, porque ésta es siempre de la misma índole patológica que la angina granulosa, y consecutiva á ella.

Por eso en nuestras observaciones hallamos dos tipos de individuos portadores de la laringítis folicular: los de tez morena, constitucion fuerte, predisposicion catarrosa y diátesis artrítica; y los blondos, pálidos, linfáticos, anémicos, catarrosos tambien, y diátesis escrofulosa.

Las causas reconocidas generalmente como productoras de la laringopatía que estudiamos, no producen sus efectos sino en organismos trabajados por aquellos vicios morbosos. Las profesiones de cantante, pregonero, actor, predicador; el uso del tabaco y del alcohol; el respirar atmósferas pulverulentas y cargadas de gases; la intemperie, la humedad, los cambios bruscos de temperatura, carecen de la influencia que se les ha atribuido si no obran sobre terreno apropiado. Aun los mismos catarros, que parecen ser especialmente debidos á una mera exposicion ocasional, necesitan, para explicar la frecuencia con que se desarrollan, ser referidos á una predisposicion diatésica. Así es que, por mucho que hayan sido ensalzadas las causas ocasionales que acabamos de indicar en la produccion de la laringítis crónica, quedan fuera de esta etiología los casos que hemos presentado de mujeres anémicas, linfáti-

cas, que no fumaban, ni bebían, ni cantaban, ni pronunciaban discursos, ni se exponían á más intemperies que la de la vida casera y sedentaria.

Lo sintomatología de esta enfermedad es muy variada y anómala, pues abarca una serie de términos subjetivos y objetivos que se elevan desde los grados más débiles é imperceptibles hasta los más intensos y pronunciados.

Las sensaciones subjetivas son á veces tan ligeras, que pasan desapercibidas para el enfermo si no se le llama la atencion sobre su garganta. Preguntado si padece de ella, contesta negativamente; y sólo cuando despues de haberla inspeccionado se le dice que la tiene enferma, y que en ciertas épocas debe sentir sequedad, ardor, molestia, enronquecimiento, etc., confiesa que, efectivamente, así le sucede, pero que no echa cuenta en ello porque eso le pasa pronto sin hacer nada.

Otras veces son estos síntomas más graduados, el enfermo fija en ellos su atencion, y los describe perfectamente. A la sensacion de ardor, sequedad, picor, se agrega la de cuerpo extraño, la necesidad de toser para desembarazarse de él, el característico *hem*, por el que consigue arrancar secreciones escasas, concretas, globuladas; la voz es normal, timbrada, durante la mayor parte del día, pero cuando se ejercita demasiado se enronquece, como tambien á la caida del día, al levantarse, despues de agitaciones físicas y de acalorarse. Si el enfermo es cantante ú orador, dice bien las primeras notas ó frases, pero al poco tiempo tiene que hacer grandes esfuerzos para emitirlas y concluye por quedarse afónico. Por último, son tan exageradas en algunas personas estas sensaciones, que hacen el tormento de su vida, las vuelven hipocondriacas, las constituyen en un nervosismo exagerado, en una preocupacion constante, y les infunde un gran temor á la tísis.

No son ménos variables los síntomas objetivos. Como preludio de lo que hemos de encontrar en la laringe, aparece la faringe enrojecida uniformemente ó á placas; mar-

mórea y con diversos tonos de coloracion; chagrinada ó papulosa con vasos varicosos que terminan en las granulaciones; salpicada de pequeños blocs de secreciones, ó de grandes sábanas mucosas que descienden de la region post-nasal cuando hay coriza crónico.

Las pápulas más gruesas existen en la línea media de la pared posterior ó á sus lados, excepcionalmente en los pilares del velo, y si la afeccion es graduada y antigua, en la raíz de la úvula. En vez de aumento en las secreciones hay algunas veces carencia de ellas, y la mucosa faríngea está seca, barnizada, brillante, vivamente enrojecida y desprovista de papilas. O predomina sobre la hipertrofia discreta y folicular la del dérmis submucoso y del parénquima tonsilar, y entónces la úvula, los pilares, el velo, las amígdalas, la faringe se hallan engrosadas, ó sobreviene la regresion y la atrofia, principalmente en la última, y el espacio gutural se encuentra considerablemente agrandado.

Las lesiones de la laringe son por lo general circunscritas: borde epiglótico enrojecido uniformemente ó varicoso; vértices aritenoideos lisos, no engrosados, pero eritematosos; plica mucosa aterciopelada y vellosa; cuerdas sucias, grisáceas, equimóticas (Obs. 5 y 6), con una pequeña partícula de moco que aglutina sus bordes; granulaciones rojas en la cara interna de la epiglótis y en la glótis respiratoria (Obs. 5 y 6); ó la coloración de las partes afectas es oscura, sombreada, y su volúmen se ha aumentado hasta la hipertrofia, especialmente en las bandas ventriculares, que llegan en ocasiones á estrechar la glótis, á estorbar el juego de las cuerdas y á producir la afonía (Observacion 20); ó el enrojecimiento es más bajo, no tan vivo, las porciones sanas pálidas y descoloridas, las granulaciones gruesas, rosadas, secretantes, las cuerdas sanas y blancas ó ligeramente inyectadas en puntos circunscritos; la glótis mucosa hipertrofiada, pero no vellosa. (Observaciones 11 y 25.)

Las disposiciones morbosas dan la explicacion de estas

diferencias. En los artríticos la mucosa inter-aritenoidea suele estar afelpada; la coloracion de las partes afectas es más subida; las granulaciones más pequeñas, rojas y secas, y las hipertrofias existentes de color más oscuro que en los anémicos y escrofulosos. Iguales cambios induce la naturaleza de la diátesis en la faringe; de modo que, tanto aquí como allí, puede el especialista llegar á diagnosticarla por la simple inspeccion y sin tomar antecedentes.

En el tratamiento de la angina granulosa y de la laringítis folicular, hay que satisfacer dos indicaciones: la local y la general. Como la afeccion es eminentemente diatésica, raro será el caso en que no nos veamos obligados á obrar sobre los sistemas ó funciones generales con objeto de traer el organismo á condiciones de mayor normalidad. En este propósito tendremos siempre presente que las diátesis no se curan, y, por consiguiente, que deberemos darnos por satisfechos con acallar sus manifestaciones.

El tratamiento local es el que más particularmente compete al especialista, porque el enfermo acude siempre á él en demanda de un remedio directo; pero respecto á esta faz de la cuestion terapéutica, decimos lo mismo que de la anterior: la enfermedad es tambien incurable en su expresion anatómica. ¿Quiere esto decir que nos crucemos de brazos? De ningun modo. Así como tratamos las diátesis con ventajas para el enfermo, debemos hacer lo mismo con la lesion, y obtendremos iguales resultados.

El alivio no se hace esperar mucho tiempo en algunos casos. A las pocas sesiones confiesa el enfermo hallarse mejor ó estar curado; en los casos más rebeldes se necesita de una temporada de aguas minerales, de campo, de descanso, etc., para conseguirlo. Ello es que más temprano ó más tarde llega un día en que, si tomáramos al pié de la letra lo que el enfermo nos dice, le creeríamos completamente libre de su padecimiento. Pero mirando atentamente en sus fauces, encontramos las granulaciones é hipertrofias que anteriormente existía; sólo que éstas no despiertan sensaciones: el ardor, el picor, el estorbo, la ca-

rraspera, los conatos á expeler han desaparecido; el enfermo, por tanto, se cree curado. En la laringe se obtiene más fácilmente la mejoría objetiva, ó sea el retroceso de las alteraciones anatómicas, porque, habiéndose afectado consecutivamente á la faringe, sus lesiones suelen hallarse reducidas á la simple congestion ó á ligeras hipertrofias exudativas que no han llegado todavía á hacerse escleromatosas. Así es que los enfermos pueden entrar de nuevo en el ejercicio de la palabra hablada ó cantada como en sus buenos tiempos; pero ¡mucho cuidado con abusar de ella, con los catarros, con excesos de otra naturaleza! porque el enemigo está cerca, apostado se halla en la faringe, y aunque parece dormido porque no despierta sensaciones molestas, su presencia se revela por las granulaciones existentes; la menor imprudencia lo pondrá en movimiento y se extenderá de nuevo á la laringe.

El tratamiento tópico de la laringítis crónica está reducido á los resolutivos, á los astringentes, á los cateréticos, á los calmantes, á los salinos. La glicerina iodada al 4 por 100, la disolucion de tanino á saturacion, la de nitrato de plata al 3 ó 4 por 100, la glicerina morfinada al 6 por 100, las disoluciones de sulfato alumínico, de cloruro y bicarbonato sódicos, de cloruro amónico, de bicromato de potasa, de sesquióxido de hierro, son las más generalmente empleadas. Sus aplicaciones deben hacerse circunscribiéndolas á los puntos afectos, para lo cual nos guiaremos siempre por medio del espejo. No es necesario que las disoluciones sean muy concentradas, pues el alivio se obtiene generalmente sin esforzarlas; sólo por excepcion convendrá, si la resolucion tarda en pronunciarse, aumentar su intensidad; pero en estos casos no debemos usarlas arriba de dos ó tres sesiones, porque si con ellas no se determina la mejoría, será no solamente inútil, sino hasta perjudicial continuarlas. Despues de un toque fuerte hay que contar con el aumento de las molestias y de la ronquera; es decir, con una agravacion que, cuando es transitoria y no dura más que dos ó tres días, es siempre de buen augurio.

El empleo de estos medios, el descanso del órgano, la abstencion de excitantes, y el evitar las causas catarrales, bastan para hacer desaparecer los trastornos circulatorios, secretorios y exudativos, y obtener, por tanto, la curacion completa si las lesiones no han llegado á ser verdaderas esclerósis; pero si lo son, sucede como en la faringe: las molestias desaparecen, la voz se recobra, con tal que las hipertrofias no residan en las cuerdas ó estorbe su juego, y el enfermo se cree curado. La curacion en estos casos se extiende sólo á los síntomas subjetivos, á los funcionales y á las lesiones susceptibles de resolucion, con lo cual nos podemos dar por satisfechos de nuestra intervencion. Mas cuando las alteraciones han alcanzado cierto grado de organizacion, no debemos esperar nada de la medicacion tópica: se necesita destruirlas. El procedimiento más sencillo y seguro para llegar á este resultado es la ignipuntura con el punzon, ó la incision con el cuchillo galvano-cáustico, segun sean folículos ó tejido conjuntivo esclerosados los que tengamos que destruir. Tal es el método que tendremos que emplear con el enfermo de la observacion número 20 si vuelve al Dispensario decidido á curarse.

LARINGÍTIS HIPERESTÉSICA. — CASOS CLÍNICOS

Número 1

Amparo F., de diez y nueve años, vecina de Madrid. Amenorréica, neurópata, histérica; parálisis espinal infantil; atrofia muscular consecutiva; doble pié valgus, más pronunciado en el lado derecho que en el izquierdo. Claudicacion; anémica; dispépsica. Hace un año que empezó á sentir dificultad en la deglucion y sensaciones molestas en la garganta; ronqueras pasajeras; exasperacion moral á causa de estos síntomas. Exámen objetivo: palidez anémica de las encías y bóveda palatina; inyeccion discreta vascular y á gránulos finos en la faringe, con coloracion

baja en el resto; epiglótis descolorida, enrojecimiento de los vértices aritenoideos y de la parte posterior de las cuerdas.

Diagnóstico. — Hiperestesia faringo-laríngea, sostenida por la dispepsia; angina granulosa y laringítis crónica ligeras.

Tratamiento. — Toques á la faringe y laringe con disolucion débil de nitrato de plata; hidroterapia; tónicos al interior; corrientes continuas descendentes espino-musculares, para cuya indicacion y aplicacion fué remitida al Dr. D. Serafin Buisen.

Desde los primeros toques mejoró la hiperestesia, pero se reproducía siempre que se presentaba un catarro ó que se agravaba la dispepsia. Las miserables condiciones de vida en que la escasez de recursos tenía á la enferma, impedían la reposicion de su organismo; así es que los retrocesos eran frecuentes, lo mismo respecto á la garganta que á su parálisis.

El Dr. Buisen comprobó en esta última repetidos alivios, que luégo desaparecían al reproducirse los ataques histeriformes y dismenorréicos. Conocedora, sin embargo, la enferma de la paliacion que se la proporcionaba en el Dispensario, no ha faltado una sola semana desde principios de Noviembre de 1881 hasta fin de Junio del presente año.

Número 18

Josefa S., de cuarenta y siete años, casada. Antecedentes reumáticos, constitucion robusta. Se queja de dolor y ardor intolerables en la garganta, dificultad para tragar, voz normal, inyeccion ligera en las fauces, en la epiglótis y aritenoides; cuerdas sanas.

Diagnóstico. — Laringítis folicular ligera é hiperestesia faringo-laríngea.

Tratamiento. — Toques con disolucion débil de nitrato de plata; al interior ioduro y bromuro de potasa. Curacion obtenida en los meses de Mayo y Junio.

La enferma se quejaba tambien de una otalgia agudísima, que fué curada con la extraccion de una muela cariada.

Número 19

Venancio G., de cuarenta y siete años, natural de Avila. Acusa los mismos síntomas que la enferma anterior. Objetividad faríngea y laríngea, ídem.

Diagnóstico.—Hiperestesia laríngea con faringo-laringítis folicular. Curado en dos sesiones con toques de nitrato de plata.

Número 22

En una sola sesion y con idéntico tratamiento curó Ignacia R., de treinta y ocho años de edad, casada, natural de Camarena, provincia de Toledo, la cual ofrecía síntomas hiperestésicos é inyeccion en la cara interna de la epiglótis y en los aritenoides

CONSIDERACIONES

En vista de que todos los casos que hemos inscrito bajo la rúbrica de hiperestesia laríngea presentan signos de laringítis folicular, podría dudarse de las ventajas de hacer de aquélla un tipo especial de laringopatías. Su creacion quedará, sin embargo, justificada desde el momento que fijemos nuestra consideracion en el hecho de que los signos objetivos son ligeros é insignificantes miéntras la hiperestesia es exagerada, y en que ésta se cura con facilidad sin que aquéllos desaparezcan. Hay que desligar, por tanto, el síntoma dolor, cuando es vivo y desesperante, del fondo comun que le sirve de trama en las lesiones vulgares de la faringe y laringe, porque no existe entre ambos relacion de causalidad.

Registrando respecto á este particular la literatura médica, encontramos mencionada esta forma de laringítis como propia de las personas nerviosas é histéricas; y si esto resulta exacto en la que es objeto de la observacion número 1, no sucede lo mismo con la del número 18, que tiene una constitucion robusta y carece de antecedentes nerviosos. En las dos observaciones restantes (19 y 22) no hallamos mencion alguna en pro ó en contra del nervosismo, pero de seguro no existía cuando no se tomó en cuenta.

Para que una laringítis pueda con razon ser calificada de hiperestésica, es necesario comprobar una gran desproporcion entre la sensibilidad y la lesion; porque si ésta consiste en ulceraciones vivas que se encuentran en su período de actividad, y situadas en la epiglótis ó en los aritenóides, es decir, en los puntos expuestos á los roces y frotaciones ocasionados por la deglucion, el dolor, aunque agudísimo, es entónces consecuencia natural del proceso destructivo y se halla estrechamente relacionado con él.

El cuadro etiológico de la hiperestesia laríngea es más extenso de lo que hasta ahora se ha creido; el temperamento nervioso, la gestacion, la anemia, el histerismo, constituyen casi todas las causas reconocidas por los autores; pero ántes que éstas, y en primer término, debemos colocar un estado dispépsico que envía sus reflejos á la garganta. Raro será que, inquiriendo minuciosamente, no se averigüe la dispepsia en los que sufren de esta neurósis laríngea, ya sean de temperamento débil ó fuerte. Los de la última categoría pertenecen generalmente al sexo masculino: son gastrónomos, bebedores, hemorroidarios, artríticos; es decir, que presentando los caractéres de un tipo opuesto á los de la primera, coinciden, sin embargo, con éstos en la misma expresion morbosa; otras veces la exquisita sensibilidad de la laringe es puramente local, y depende de la hipertrofia y prolongacion de la úvula, la cual, excitando mecánicamente la base de la lengua y el borde superior de la epiglótis, provoca un faringismo y laringis-

mo insoportables. De modo que, cualquiera que sea la causa, el temperamento, el sexo, todos los casos de hiperestesia laríngea concuerdan en un subjetivismo de tal intensidad, que pone al paciente en grande exasperacion y le hace concebir tristes presentimientos respecto á su enfermedad.

Cuando ésta no está ligada á una perturbacion gástrica ó á una uvulítis crónica, basta un toque con disolucion de nitrato de plata para modificar la sensibilidad de las partes y obtener la curacion. Las observaciones extractadas de nuestro registro confirman esta afirmacion. En el caso contrario hay que corregir la dispepsia ó excindir la úvula para hacerla desaparecer. Por no haberse fijado en estas circunstancias vemos persistir durante largas temporadas hiperestesias laríngeas, contra las cuales, creyéndolas idiopáticas, se entabla un tratamiento directo que no puede dar resultado miéntras subsista la causa.

LARINGÍTIS TUBERCULOSA. — CASOS CLÍNICOS

Número 2

Blas Q., de treinta y un años, natural de Baeza, de oficio peluquero. Rubio, linfático, de pequeña estatura. Cojea por una artrítis seca de la rodilla izquierda que ha producido anquilósis, retraccion de los flexores y acortamiento del miembro.

Se presenta en el Dispensario á principios de Noviembre de 1881 diciendo que á consecuencia de enfriamientos se quedó ronco hace tres años, y que desde esta época tose, expectora, y su voz ha ido disminuyendo hasta extinguirse por completo; añade tambien que en los primeros meses de su padecimiento laríngeo sufría mucho al deglutir, pero que hoy come y bebe sin molestias.

Gran dificultad al reconocimiento laringoscópico por tener boca muy pequeña y lengua tan corta que no pue-

de proyectarla fuera de los labios. Con mucho trabajo consíguese, sin embargo, ver la epiglótis y los aritenoides; la primera, pálida y desgastada en su centro, parece haber sufrido en este punto un proceso ulcerativo superficial y extenso que ha terminado por cicatrizacion, y al cual podemos atribuir la disfagia de que en cierta época padeció el enfermo. Los segundos están igualmente pálidos y son asiento de una considerable hipertrofia, principalmenmente el izquierdo, cuyo volúmen es comparable con la gruesa extremidad de una pera. Nada alcanzamos á ver del interior de la laringe, de donde salían grandes cantidades de secreciones mucosas.

El diagnóstico establecido desde el primer reconocimiento, fué el de laringítis fímica hipertrófica.

Tocamos la laringe con una disolucion débil de nitrato de plata, y prescribimos el fosfato de cal al interior en vista de que estaba anémico, demacrado y en gran decadencia el estado general, recomendándole tambien que abandonara Madrid durante el invierno, y se fuese á pasarlo á su país. El enfermo estuvo cinco meses sin parecer por el Dispensario, y en fin del pasado Abril se presentó de nuevo, nutrido, con buena coloracion y semblante animado, pero tan afónico ó más de lo que estaba anteriormente.

Vuelto á reconocer tocáronse los mismos inconvenientes que la vez primera, con más alguna intolerancia al espejo, nacida de haber perdido el pequeño hábito que entónces adquirió. Fué necesario educarlo nuevamente, y cuando esto se consiguió nos encontramos detenidos en nuestra inspeccion en el límite de ántes: de la epiglótis y de los aritenoides no pudimos pasar. ¡Ya se ve! Con las fuerzas que el enfermo hace para abrir una boca que no se abre, y sacar una lengua cortísima que no sale, contraía sus músculos supra-hioideos y faríngeos de tal manera, que su epiglótis quedaba siempre tocando á la faringe por su borde superior, y su respiracion se hacía forzada y sibilante. Imposible era en esta posicion descubrir el vestíbulo

laríngeo, donde suponíamos debían existir, en vista de la afonía absoluta, lesiones de mucha consideracion. Decididos, sin embargo, á vencer estas dificultades á fuerza de paciencia, adoptamos el partido de prolongar los reconocimientos todo lo que la tolerancia permitiera; y como ésta iba siendo cada vez mayor, sucedió un día que, cansado el enfermo de aquel estado de contraccion forzada con que respiraba, relajó sus músculos, inspiró profundamente, y la epiglótis se levantó, dejando ver grandes masas carnosas de color de rosa bajo en el ángulo anterior de las cuerdas. Ni en estas excrescencias ni en la region interaritenoidea había ulceraciones. Pero una y no más; imposible de obtener igual éxito en las tentativas posteriores.

Desde esta época hasta fin de Junio nos hemos limitado á hacer toques ligeros en la laringe y á recomendar al enfermo procure conservar la entonacion adquirida en el estado general; porque, si éste se mantuviese satisfactorio durante largo tiempo, estaríamos en el caso, por las razones que más adelante expondremos, de intentar la destruccion de las masas poliposas.

Número 8

D. José F..., de cuarenta y nueve años de edad, cesante. Padece de la garganta desde hace un año; está completamente afónico, y atribuye este padecimiento á las expectoraciones y vómitos que le provocaba el pus que, procedente de una otorrea del oido izquierdo, sentía caerle á la garganta.

Exámen laringoscópico. — Los dos aritenoides engrosados, pero más el izquierdo; la cuerda del mismo lado sumamente engrosada y poliposa.

Diagnóstico. — Tísis laríngea hipertrófica.

Seis meses ántes de enfermar de la laringe se escarbó en el conducto auditivo izquierdo y se hizo daño, sobreviniéndole dolor intenso, y al cabo de algunos días supura-

cion fétida. Hecho el reconocimiento otoscópico, se nota en el centro de la timpánica una gran perforacion, por la que los líquidos inyectados pasan á la trompa y de aquí á la garganta. Es, por consiguiente, exacta la relacion hecha por el enfermo de que el pus otorréico seguía el mismo camino. Y respecto á su opinion de que la laringítis era dependiente de esta causa, nos inclinamos á creerlo en vista de su temperamento linfático, de la mala alimentacion á que estaba reducido, y de las grandes penas morales que había experimentado. Pues con estos antecedentes estamos autorizados para razonar de la manera siguiente: una ligera causa ocasional, el traumatismo sobre el tímpano, determinó una otítis que se hizo tuberculosa por las malas condiciones en que se encontraba el paciente; el pus fímico, descendiendo por la trompa, producía por su fetidez grandes náuseas y fuertes golpes de tos, que congestionaban la mucosa laríngea y hasta la exulceraban, segun podía inferirse por las pequeñas estrías sanguinolentas de que venían manchadas las expectoraciones; y abierta así la puerta á la introduccion de la materia tuberculosa, fué fácil su implantacion é inoculacion en la laringe.

El enfermo estuvo bajo nuestra observacion desde mediados de Marzo hasta el 15 de Junio; y aunque ya cuando se presentó venía deteriorado, se mantuvo en el mismo estado, sin que progresara su decadencia orgánica. De vez en cuando aparecían ulceraciones aftosas, superficiales, nada profundas, en los vértices y cara interna de los aritenoides, y entónces había disfagia; pero se cicatrizaban prontamente con los toques de nitrato de plata, y la dificultad de tragar desaparecía.

El tratamiento al interior consistió en la administracion del sulfuro de calcio; pero viendo que no adelantaba y que las condiciones higiénicas en que se encontraba eran cada vez peores, le aconsejamos hiciera un esfuerzo para pasar el verano en Cataluña, su país natal, donde podría tomar las aguas de la Puda. Apelando á las sociedades benéficas

y á la caridad de algunos paisanos reunió los recursos necesarios, y marchó recomendado al notable laringoscopista, director de aquellas aguas, Dr. D. Luis Góngora.

Número 9

Angel G..., albañil. Se presentó en 14 de Marzo pasado. Afónico, dolor al tragar; engrosamiento tuberoso de la glótis mucosa con ulceraciones en ella y abundantes secreciones.

Diagnóstico. — Laringítis tuberculosa.

Tratamiento. — Toques con nitrato y aceite de bacalao al interior. No vino más que tres veces.

Número 23

Manuel C..., de treinta y cinco años, soltero. Afónico, deglucion dolorosísima. Ulceraciones extensas en la epiglótis, aritenoides, bandas ventriculares y cuerdas; todas las úlceras están cubiertas de secreciones; no hay hipertrofia.

Diagnóstico. — Tísis laríngea ulcerosa. Vino una sola vez, y se le recomendó hiciese una temporada de campo y leche.

CONSIDERACIONES

La tuberculósis laríngea es una de las laringopatías mejor estudiadas hoy día. No hace muchos años necesitábamos todavía para diagnosticarla poner á contribucion los síntomas derivados del estado general, y los suministrados por otros órganos y aparatos. Esta cooperacion, buscada fuera del terreno propio de la especialidad para ilustrar uno de sus más importantes problemas, argüía una gran insuficiencia de parte de los datos objetivos. El defecto no estaba, sin embargo, en la manera como el órgano revelaba al laringoscopio la naturaleza de la lesion, la tuberculósis, sino en nuestro modo de apreciarla. Creíamos que la la-

ringe se afectaba siempre en este proceso morboso secundariamente, y que la úlcera era su genuina y exacta expresion.

Pecaba esta creencia por elevar á regla general lo que no era más que un caso particular. Es indudable que observamos tísicos de laringe con úlceras en este órgano, con infartos pulmonales, cavernas, expectoraciones purulentas, fiebre héctica, consuncion, etc., y que si al calificar la lesion laríngea de estos individuos nos preciamos de exactos, no podemos dejar de darle el nombre de tuberculosa. Desconocíamos las tuberculósis localizadas, las estacionarias, las que no evolucionan ó sólo lo verifican en un radio muy circunscrito, y, áun más que esto todavía, las tuberculósis laríngeas idiopáticas; en una palabra, no veíamos el tubérculo sino á traves de la idea de que era, en todos los casos, un proceso destructivo que reaccionaba letalmente, inficionaba y gastaba el organismo, trayéndolo á la consuncion y á la tísis. De aquí nacía la correlacion establecida entre el tuberculoso y el tísico, y la imposibilidad de que diagnosticáramos el producto fímico en las laringes de personas que tenían sanos sus pulmones y gozaban de un estado general satisfactorio.

Estudiado más profundamente el tubérculo en estos últimos años, se averiguó que no es su marcha tan fatal como había creido Laennec, que evoluciona de muy distintas maneras, y que no siempre es la tísis su terminacion obligada. Aplicando estos conocimientos á la laringe hemos venido á ensanchar el cuadro de sus manifestaciones tuberculosas aumentándole con tipos no descritos como tales hasta ahora, porque se confundían con otras laringopatías.

Los que quieran formar idea exacta de la innovacion recientemente introducida en la manera de considerar la tuberculósis laríngea y de la parte que en ella nos cabe, deben leer las conferencias que acerca de este asunto dimos el año pasado en el Instituto de Terapéutica operatoria, y que fueron publicadas en el tomo correspondiente á dicho ejercicio, así como la Memoria que en el año

1880 presentamos al Congreso de Laringología de Milán.

Una vez al corriente de estos trabajos, se comprenderán, no solamente las particularidades de algunos de los casos observados, sino tambien los motivos de nuestra manera de establecer el diagnóstico.

Habráse notado que para formularlo nos ha bastado con los signos laringoscópicos, y que nos hemos abstenido del exámen del pecho, el cual, si puede ser conveniente cuando se trata de hacer el pronóstico, es completamente innecesario para calificar la naturaleza de la laringítis. Porque como en los individuos que no están tísicos la tuberculósis laríngea marcha con autonomía é independientemente del estado del pecho, es menester aprender á conocerla por sí misma y sólo por su objetividad.

Por eso en el enfermo de la observacion núm. 2, cuyo temperamento, aspecto y estado general daban ocasion á sospechar tubérculos pulmonales, no quisimos ocuparnos de averiguarlo, pues para la resolucion del problema laringoscópico era esto innecesario. La cicatriz epiglótica y el doble infarto aritenoideo fueron suficientes á calificar de tuberculosa su laringítis. É hicimos bien en no pasar de aquí; porque si examinando el pecho hubiésemos encontrado infartos pulmonales, habríamos subordinado á éstos el padecimiento laríngeo, siendo así que, como demostró el porvenir, la reposicion que el enfermo obtuvo en los cinco meses que pasó en su país natal prueba que el último, en el cual no hubo mejoría, era independiente de cualquiera lesion tuberculosa que pudiéramos haber encontrado en los pulmones.

Y aquí tenemos un ejemplo de que la tuberculósis laríngea es posible sin las tan renombradas ulceraciones, de las que se ha querido hacer un signo patognómico; pues si bien se ven vestigios de su existencia anterior en la epiglótis, verificóse la cicatrizacion, y despues ni aquí ni en los demas puntos de la laringe tuberculizados se han presentado durante la larga temporada que el enfermo lleva de estar sometido á la observacion. En cambio, y en esto

debemos fijarnos mucho porque hace variar las ideas reinantes sobre esta materia, hallamos una hipertrofia generalizada á los aritenoides y á casi todo el vestíbulo, con vegetaciones y engrosamientos en este último punto de coloracion pálida, ó á lo más de rosa bajo. Lo cual indica que la tuberculósis laríngea tiene una forma hipertrófica y vegetante no ulcerosa, respecto á cuya forma debemos ser muy avisados y tenerla siempre muy presente á nuestro espíritu; porque, á pesar de no haber sido descrita por los autores, es el tipo propio de las fimias idiopáticas de la laringe, sólo que se ha venido confundiendo, miéntras no aparecían ulceraciones, con las laringítis plásticas simples.

En los ocho meses que han trascurrido desde que Blas G. se presentó por vez primera en el Dispensario, las lesiones de su laringe han permanecido estacionarias. El aspecto de ellas indica que son duras, compactas, esclerosadas, y que, á no ser que á su alrededor tengan lugar nuevos brotes de tubérculos embrionarios, imposible será que sobrevenga la regresion destructiva. Tampoco debemos esperar la resolutiva ni por los medicamentos internos, ni por los tópicos; porque, de haber sido posible, nada mejor para obtenerla que las influencias higiénicas, bajo las cuales el enfermo adquirió un estado general tan floreciente. Nunca con más exactitud que aquí se puede aplicar el *lasciate ogni speranza:* agotárase la diátesis tuberculosa, y Blas G. viviese largos años conservando la entonacion y reposicion actuales, que no por eso su laringe volvería á condiciones normales.

¿Deberemos en vista de este juicio cruzarnos de brazos, y contentarnos con recomendar al enfermo los cuidados higiénicos? Sí, miéntras tengamos temores de nuevas evoluciones tuberculosas; pero si adquirimos la certeza de que la disposicion á ellas se ha atenuado ó extinguido, estamos autorizados para obrar quirúrgicamente; procederemos á la extirpacion de las masas, excrescencias y pólipos que puedan ser extraidos con los forceps, ligados con el *écraseur* ó destruidos con los cáusticos; y respecto á

las hipertrofias nacidas á expensas del parénquima de ciertas partes del órgano, como sucede generalmente con las aritenoideas, las atacaremos con el cuchillo gálvano-cáustico ó por el procedimiento de Schmidt.

Tales son los recursos que emplearemos con Blas G. si en él se cumple la condicion que hemos indicado ser de absoluta necesidad para justificarlos.

Lo dicho hasta ahora es tambien aplicable á la observacion núm. 8. D. José F. es un tuberculoso de laringe, de la misma forma anatómica y clínica que el anterior; sólo que está constituido en peores condiciones generales que éste, y los períodos de pausa que se marcan en su lesion son cortos. Las recrudescencias en ésta se anuncian por dolor al tragar, al hablar, y por las ulceraciones de los vértices aritenoideos, que ceden fácilmente á los toques argénticos. A pesar de la miseria de su organismo no parece que la agravacion laríngea esté subordinada á una tuberculósis pulmonal, porque ni hay fiebre, ni disnea, ni ineptitud para la vida azorosa que lleva, propia de un hombre sin medios de subsistencia.

Es, por tanto, su laringítis la expresion de un estado local que, aunque nacido por infeccion, y consecutivamente, como ya dejamos indicado, á una otítis tuberculosa, ni allí ni aquí ha tenido el elemento fímico virtualidad bastante para inficionar el organismo. En suma: mayor gravedad en D. José F. que en Blas G., pero igual padecimiento laríngeo anatómica y clínicamente considerado.

Fuera de tópicos dirigidos á calmar y cicatrizar las ulceraciones que puedan presentarse, y del tratamiento hidro-mineral higiénico y farmacológico indicados para combatir la diátesis y reponer el estado general, no tenemos por ahora otra cosa que hacer con este enfermo; excusado es pensar en operaciones endo-laríngeas miéntras dure el vaiven de las agravaciones.

De lo expuesto se deduce que las indicaciones difieren en ambos pacientes, á pesar de la identidad de sus lesiones laríngeas; y esta diferencia tiene su razon en qué son

distintos los períodos en que cada una se encuentra. Los dos casos pueden, sin embargo, coincidir en la necesidad urgente de la traqueotomía, pues si la hipertrofia tuberculosa se graduase hasta el punto de ocasionar la asfixia, no quedaría más recurso que abrir una vía artificial á la respiracion.

Las observaciones números 9 y 23 son ejemplos de la tuberculósis laríngea de forma clásica; las ulceraciones constituyen su signo distintivo y característico. La primera es el tipo más frecuente: limitacion del proceso á la region inter-aritenoidea, que está pálida, ulcerada, cubierta de mucosidades, tuberosa, proliferante; la segunda, no tan comun, es el tipo propio de las tísis laríngeas consecutivas á la pulmonal, y que se desarrollan en el último período de ésta: faltan en absoluto las hipertrofias; las ulceraciones son generalizadas, extensas, superficiales, serpiginosas, de aspecto sucio, grisáceo, granuloso; suelen invadir la epiglótis, los repliegues, los aritenoides, el vestíbulo, y provocan los más atroces dolores al deglutir, toser y expectorar.

Independientemente de las indicaciones que en estos casos se derivan del estado general, el especialista está llamado á paliar calmando los sufrimientos y procurando la cicatrizacion de las úlceras. Reconocido se halla hoy día que los toques fuertes sólo sirven para exasperar los síntomas y precipitar el desenlace funesto. Por eso casi todos los laringoscopistas se limitan al empleo endo-laríngeo de la glicerina morfinada, y rechazan el del nitrato de plata y de los demas cáusticos. Tienen razon: la úlcera tuberculosa no agradece la cauterizacion, se revela contra ella; pero si se la toca con el nitrato de plata en solucion no caterética, en la proporcion de 2 á 2 1/2 por 100, se modifica favorablemente, se hace ménos dolorosa y manifiesta tendencia á la cicatrizacion.

No concluiremos este capítulo sin exponer nuestra opinion respecto á la curabilidad de la tísis laríngea. No pudiendo negar ya la curacion radical de la tísis pulmonal,

hay laringoscopistas que han trasferido á aquélla el infausto pronóstico que antiguamente se hacía de ésta; el tubérculo, dicen, se cura en el pulmon, pero no en la laringe; lo cual significa que, batida en su terreno propio la doctrina de Laennec, busca otro en que refugiarse.

Pues bien; nosotros creemos que el tubérculo es curable en todos los órganos, sin exceptuar la laringe, como hemos demostrado cumplidamente en nuestras conferencias del año pasado, ya citadas. Se cura como se puede: por induracion, por esclerósis, por enquistamiento, por destruccion y cicatrizacion. Lo importante es que la evolucion tuberculosa concluya definitivamente ántes que la lesion sea incompatible con la vida; que aunque las hipertrofias queden por vida y la voz no se restablezca, no por eso estará ménos curado el enfermo de su tuberculósis laríngea.

PARÁLISIS LARÍNGEAS. — CASOS CLÍNICOS

Número 3

Fermina G., de diez y siete años, natural de Madrid. Desde que entró en la pubertad padece de histerismo y de amenorreas. Por temporadas se queda afónica, y readquiere luégo la voz de una manera incompleta. En el primer reconocimiento al laringoscopio, que coincidió con una de sus agravaciones, se observa parálisis en los adductores del lado izquierdo.

Sometida al protocluro de hierro al interior, y á las corrientes inducidas á los lados del cuello, empieza á las pocas sesiones á hablar con voz ronca; el laringoscopio revela entónces restablecimiento de la accion del músculo crico-aritenoideo lateral y persistencia de la parálisis del ari-aritenoideo. En vista de esto se continúa con la misma prescripcion, aplicando el Dr. Buisen la electricidad dos veces por semana á la enferma, con lo que al cabo de mes y

medio se consiguió que las cuerdas vinieran á completa adduccion y que la voz recobrase su timbre normal.

Número 4

Julia F., de diez y nueve años, natural de Tudela, discípula del Conservatorio, clase de canto. Nota hace seis meses que, aunque su voz es natural al empezar á hablar, se le cansa pronto si la conversacion se prolonga por mucho tiempo. Al cantar emite bien las primeras notas, pero pronto se apagan y no produce sonido alguno; con el descanso le vuelve la voz, mas si intenta cantar de nuevo se reproduce el mismo fenómeno. El laringoscopio muestra parálisis de los tensores mediatos, ó sea de los crico-tiroideos; tambien ligera inyeccion en el vestíbulo, que atribuimos á los esfuerzos que hace á causa de su debilidad vocal.

Tratamiento. — Toques con glicerina iodada y nueve sesiones eléctricas aplicadas al exterior por el Dr. Buisen, produjeron una curacion completa en mes y medio, confesando la enferma que podía cantar como en sus buenos tiempos.

Número 7

Tomasa S., veinte años, cantante; anémica, linfática, demacrada, constitucion débil. Hace cinco meses que su voz cantada se ha debilitado extraordinariamente.

Examinada al laringoscopio, se diagnostica su laringopatía de parálisis de los tiro-aritenoideos.

Tratamiento. — Hierro al interior y electricidad. No habiendo obtenido alivio desde mediados de Marzo, que vino por vez primera, hasta fin de Mayo, se aumentó la intensidad de las corrientes. Buscando la causa que influir pudiera en la rebeldía de esta paresia vocal á la excitacion eléctrica, fuimos conducidos por el estudio que ya teníamos hecho en una hermana suya (observacion número 11), que padecía de laringítis folicular escrofulosa, á

examinar más detenidamente su laringe, y notamos que, efectivamente, existían folículos hipertrofiados en la region meso-aritenoidea. En vista de esto, al anterior tratamiento agregamos: toques con glicerina iodada, con nitrato de plata y pulverizaciones de cloruro sódico, recomendándola continuara así hasta la reapertura del Dispensario y se abstuviese en absoluto del canto.

Número 12

Antonia B., de diez y ocho años, cantante; ozena escrofuloso, granulaciones en la faringe cubiertas de secreciones. Desde hace un año experimenta frecuentes ronqueras; cuando éstas ceden y la voz se restablece para la conversacion, queda siempre velada y ronca para las notas altas de la escala, siendo buena y brillante en las bajas y medias, pues la enferma tiene unas facultades vocales de primer órden.

No habiendo podido descubrir el vestíbulo laríngeo al laringoscopizarla, calificamos, guiándonos por cierta inyeccion de la epiglótis y por la angina granulosa, de laringítis folicular su padecimiento. En este concepto instituimos el tratamiento siguiente: lactato de cal al interior, toques iodados y argénticos á la laringe, pulverizaciones de cloruro sódico y de ioduro potásico á las fosas nasales y á la faringe.

Ni respirando, ni entonando podíamos conseguir en esta enferma la ereccion de la epiglótis; vocalizaba bien, y emitía con facilidad la nota que le apuntábamos, ya fuese grave ó aguda; pero con todo esto no adelantábamos nada; tampoco con nuestros consejos y explicaciones. Así pasamos desde fines de Marzo hasta principios de Junio, en que, instándole y accediendo á presenciar el reconocimiento de otra enferma que enseñaba perfectamente las cuerdas, sentóse ella en seguida frente á la lámpara y dió una nota, levantando perfectamente la epiglótis y mostrando unas cuerdas vocales que no venían á perfecta con-

juncion en su centro porque estaban paralizados los tiro-aritenoideos. Al darle la enhorabuena por este éxito, contestó: «Ahora he comprendido por qué yo no sirvo para estos reconocimientos; desde que observé que mi voz me faltaba en ciertas notas, he apelado, para suplir esta falta, á ciertos recursos que hoy me impiden vocalizar como lo hace todo el mundo.»

Y tenía razon: el mismo defecto hemos encontrado en muchas cantantes del sexo femenino. Las voces atipladas y de contralto se prestan á poder ser emitidas contrayendo los músculos infra-hioideos y manteniendo baja la laringe, en cuya posicion debe ser más fácil á los tensores directos de las cuerdas encargados exclusivamente de las notas agudas, y que ya se encuentran cansados ó parésicos, el desempeño de su funcion.

Así es que en esta enferma erramos en un principio el diagnóstico por motivo contrario al de la observacion anterior; allí, parálisis laríngea con desconocimiento de la laringítis crónica que existía; aquí, reconocimiento de la laringítis, sin sospechar que en esta laringe cerrada al reconocimiento hubiese tambien impotencia muscular.

Averiguada la parálisis añadiéronse al tratamiento las corrientes inducidas, que no fueron aplicadas sino dos ó tres veces; porque como se aproximaba la época de baños y la enferma manifestaba gran empeño por este medio terapéutico, le recomendamos los sulfurosos y de mar, quedando aplazada la continuacion de aquéllas para el curso próximo.

Número 16

Doña Rita Galiana, de cincuenta y cuatro años. Viene por primera vez en 3 de Mayo, quejándose de que unas veces le falta la voz y de que otras la tiene rara y chillona. El laringoscopio revela parálisis de los adductores izquierdos.

Hace dos meses notó en el lado izquierdo y anterior del

cuello un tumorcito que fué creciendo paulatinamente, y hoy tendrá el tamaño de una media naranja cuya convexidad correspondiese á la piel, y la base á la mitad lateral izquierda inferior del tiroides y á los primeros anillos de la tráquea, con los que está en inmediato é íntimo contacto. Procurando circunscribirlo con los dedos es imposible hacerlo deslizar sobre el tubo aéreo, al que se encuentra fuertemente adosado, si bien puede apreciarse que no está formado á expensas de sus propios tejidos. Por lo que deducimos que comprime el nervio recurrente del mismo lado y es causa de la parálisis de los adductores correspondientes.

En el lado derecho del cuello, y en un punto simétrico al del tumor, existe una cicatriz antigua sin adherencias á las partes profundas, respecto á la cual, habiendo sido preguntada la enferma, manifestó que en su juventud había tenido un quiste del cuerpo tiroides, que le fué curado por el Dr. Argumosa á beneficio de la puncion y de inyecciones.

Con estos antecedentes, formamos la idea de que así como años atras el lóbulo derecho de la glándula tiroidea había sufrido un proceso morboso, lo experimentaba ahora el izquierdo, si bien de muy distinta naturaleza, pues no parecía quístico, como lo había sido aquél; cuya idea hacía ademas verosímil el sitio que ocupaba, que era el propio de la mitad izquierda de dicha glándula.

Reconocido el tumor como causa de la parálisis, era evidente que á éste debía dirigirse el tratamiento: ioduro potásico al interior, y tintura de iodo al exterior fué el que se le recomendó.

El caso, por lo que respecta á la parálisis laríngea, se prestaba á algunas consideraciones: desde luégo podía afirmarse que la compresion ejercida por el tumor sobre la tráquea no pasaba de su superficie externa, pues no había dificultad respiratoria, pero que era suficiente á estorbar la inervacion del recurrente, que, como se sabe, corre á lo largo de aquélla. Mas ¿por qué entónces, entran-

do en la composicion de este tronco nervioso fibras destinadas á los abductores, resultaba solamente paralizado el grupo de los adductores.

Compréndese fácilmente esta electividad en las parálisis histéricas y en las producidas por un enfriamiento; pero en las de causa orgánica no es tan fácil darse cuenta de ello si no se admite que la compresion ejercida sobre el nervio recae sólo en algunas de sus fibras. Ninguna otra razon fisiológica podía explicar el hecho, á no ser que se apelara á negar relacion causal entre el tumor y la parálisis, suponiéndolos independientes. El órden con que los síntomas se habían desarrollado no abonaban esta manera de considerar la cuestion, pues los desórdenes de la voz aparecieron con posterioridad al desarrollo del tumor; así es que, optando por aquella explicacion, tratamos de llevarla hasta sus últimas consecuencias, y dijimos: «si la parálisis laríngea es consecuencia de la neoplasia, no puede, en el caso de que ésta continúe aumentando, quedar aquélla limitada á los adductores, sino que llegará á invadir todos los músculos inervados por el recurrente; y lo que hoy nos parece anómalo no será más que un estado transitorio que concluirá por modificarse con los progresos del padecimiento.»

Hasta el 21 de Mayo no volvió á presentarse la enferma. El tumor parecía haber aumentado alguna cosa; gran dureza en todo él, principalmente en su parte posterior; dolores lancinantes, desviacion de la laringe y la tráquea hácia el lado derecho; respiracion y deglucion normal, afonía.

El laringoscopio revela oblicuidad de la glótis é inmovilidad del aritenoides izquierdo en las inspiraciones, debida á que, confirmando la exactitud del diagnóstico hecho anteriormente, se había presentado ya la parálisis del abductor del mismo lado.

Aunque el estado de la enferma no era por el momento alarmante podía llegar á serlo dentro de pocos días, y esto nos movió á proponerle se dejase examinar por los demas

compañeros, y esperase el resultado de nuestras deliberaciones.

Despues que cada uno dió su opinion tomó la palabra el director del Instituto, D. Federico Rubio, y manifestó: «que, suponiendo, como parecía evidente, formado el tumor á expensas de la glándula tiroidea, había que explicar por qué su desarrollo se verificaba hácia las partes profundas de la region y en mínimo grado hácia afuera; que esto podía ser debido á que la aponeurósis propia de la glándula hubiese experimentado engrosamientos y adherencias de vecindad allá en la época en que se hicieron inyecciones en el parénquima de ésta; que, de todos modos, el obstáculo á la exteriorizacion del tumor no dependía de la fascia comun del cuello, puesto que ésta se presta un tanto á la distension; y que haciendo un análisis de cómo estaban modificadas hoy día las relaciones anatómicas de la region, se adquiría el convencimiento de que la neoplasia era más grande y profunda de lo que la vista y el tacto revelaban. En efecto; tocando la parte posterior del tumor se veía que éste había desplazado la carótida primitiva, insinuándose por debajo de ella y rechazándola hácia afuera hasta hacerla subcutánea, lo cual no podía haber tenido lugar sino suponiendo que nacía de muy abajo y próximo á la emergencia de dicho vaso del arco de la aorta, pues sólo así era fácil de comprender cómo había llegado á separarlo de sus relaciones internas (tráquea, laringe, esófago), y á disociarlo de los cordones vasculares y nerviosos (yugular interna y pneumo-gástrico), que juntamente con él se contienen en la vaina de tejido celular laxo, conocida con el nombre de estuche de Riolano.» Respecto á la estructura del tumor se inclinaba á que era sólido en toda su masa, y que lo más que se podía admitir era la existencia de algunos pequeños quistes formados á expensas de los folículos cerrados de la glándula. Y viniendo al tratamiento, dijo: «que solamente debía discutirse acerca de los medios quirúrgicos, pues de los farmacológicos no había que esperar nada.

»La extirpacion completa la creía impracticable por la imposibilidad de llegar á los límites del tumor, tanto en el cuello como en el mediastino, y la parcial peligrosa porque, siendo muy vascularizado el cuerpo tiroideo, la superficie que resultase de su seccion daría lugar á una hemorragia incoercible. No quedaba más que la puncion como medio de exploracion y de evacuar la parte líquida, caso de que la hubiese, y despues provocar la supuracion cauterizando en el punto que pareciese más á propósito.»

Instruida la enferma de todo lo expuesto, con las salvedades que la moral nos impone, le aconsejamos que tan pronto como experimentara alguna agravacion volviese al Dispensario.

No lo hizo hasta el día 4 de Julio, y ya entónces la laringe había sufrido un desplazamiento completo al lado derecho: nos dijo que en algunos momentos le faltaba la respiracion, pero que lo que más le molestaba era la dificultad de tragar, pues no podía ingerir sino pequeñas cantidades de líquido. Y á todo esto el tumor parecía tener el mismo tamaño, lo cual indicaba que su desenvolvimiento se hacía siempre hácia lo profundo de la region.

Invitada á ocupar una cama en la clínica en vista de que era urgente obrar, indicó que, teniendo algunos recursos para ser asistida en su casa, prefería retirarse y que ella avisaría. Aún tardó algunos días en reclamar los auxilios con que se le había brindado, y cuando lo hizo el 20 de Julio estaba ya en una postracion mortal. El Dr. Castillo, encargado de visitarla, no pudo pasar ni una sonda delgada por el esófago, que estaba envuelto en la masa neoplásica; punzó el tumor y no salió líquido; cauterizó su superficie con cáusticos potentísimos, y no se manifestó, por falta de vitalidad, reaccion eliminatoria; y aunque sostuvo la alimentacion por el recto, no consiguió prolongar mucho tiempo la vida de la enferma.

Entónces se averiguó una circunstancia que explica la indiferencia con que la interesada recibía nuestros consejos, segun parecía demostrar su tardanza en acudir al Dispen-

sario, pues en el trascurso de dos meses largos no se presentó más que tres veces, á pesar de que la teníamos al corriente de la gravedad de su estado: era que, gozando de una mediana posicion, nunca careció de asistencia facultativa.

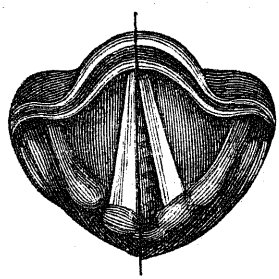
CONSIDERACIONES

Aunque, como se ve, no son numerosos los casos de parálisis laríngeas que hemos podido recoger en el presente curso, forman, sin embargo, una casuística de gran valor. Contiénense en ella ejemplares de todas las variedades que pueden presentarse, y esto nos va á permitir estudiarlas bajo el punto de vista clínico sin omitir ninguna.

El diagnóstico de las parálisis laríngeas suele ofrecer mayores dificultades que el de otras laringopatías. Hay afecciones de la laringe diagnosticables al primer golpe de vista, pues cualquiera que sea la posicion en que se sorprenda el órgano, basta echar una mirada á su interior para formar idea de su estado patológico. Así sucede, por ejemplo, con las vegetaciones, ciertas hipertrofias, varias formas de tuberculósis, de las cuales, sin necesidad de que el reconocimiento se prolongue y de que la laringe ejecute sus diversos actos funcionales, se puede recoger una impresion esquemática que sea fiel trasunto de la lesion. Pero en las parálisis el órgano está, por lo general, sano ó poco alterado, y no basta, por consiguiente, ver su interior para diagnosticarlas; hay que formar el juicio por la apreciacion de su capacidad funcional. Estudiar cómo las cuerdas se aproximan y se separan, con qué fuerza y energía lo hacen, cuánto tiempo son susceptibles de mantener sin cansancio la actitud tomada, si las distancias que entre sí guardan en los diferentes tiempos de la respiracion son normales, constituyen una serie de observaciones indispensables para llegar al conocimiento de la deficiencia de su funcion. Y como ya la técnica nos ha enseñado cuán difícil es á veces detenerse en la inspeccion de la laringe

el tiempo necesario á la comprobacion de estos detalles, de aquí la frecuencia con que dicha perturbacion pasa desapercibida.

Segun lo que la práctica nos ha manifestado, la parálisis más fácil de diagnosticar es la de los adductores. Es en ésta tan característica la posicion de las cuerdas en el momento de entonar ó de intentar hacerlo, que no hay lugar á la duda. Prescindiendo de la afonía, que casi siempre es absoluta y presentada repentinamente, bastará ver el esquema adjunto para estar seguros de su existencia.



Aunque la nota intentada emitir no llegue á sonar porque las cuerdas no vienen á conjuncion, sabremos que el enfermo ha hecho esfuerzos por aproximarlas en el mero hecho de ver que una sola de las cuerdas avanza hasta la línea media, como se puede notar en la figura anterior, correspondiente á la observacion núm. 3, en la que es la derecha la que cumplimenta su adduccion, miéntras que la izquierda, paralizada, se mantiene apartada de ella. Lo contrario tendrá lugar si la parálisis es del lado derecho.

A pesar de las facilidades que hemos dicho ofrece para el diagnóstico este tipo de parálisis, sucede algunas veces que es difícil conocerla porque el enfermo emite la nota con sonoridad y las cuerdas vienen, por tanto, á conjuncion, sin que por eso deje de estar impotente para la adduccion una de ellas. Es claro que no podremos entónces ver retratada en el espejo la imágen que hemos presenta-

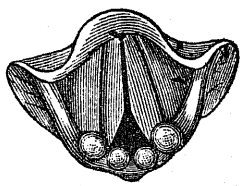
do como característica, es decir, separadas las cuerdas en el momento de entonar, sino que, por el contrario, las encontraremos aproximadas. Pero observando atentamente, notaremos que la aproximacion se verifica porque la cuerda sana va más allá de la línea media hasta ponerse en contacto con la que permanece inmóvil; de lo que resultará una rima glotídea oblicua que nos servirá en este caso de signo patognomónico de la parálisis.

Las causas que más frecuentemente la producen son la anemia, el histerismo, las intermitentes, los vermes, la amenorrea, la gestacion, las enfermedades infecciosas, y sobre todo los enfriamientos estando acalorado, y las impresiones morales fuertes en personas constituidas en aquellas condiciones. A estas influencias etiológicas pertenece la observacion núm. 3; á ellas tambien las que se curan con más facilidad, y por eso el brillante éxito obtenido en aquélla. Tienen, sin embargo, los casos debidos á estas causas el inconveniente de recidivar frecuentemente cuando las malas condiciones del estado general permanecen estacionarias, lo cual importa saber para no descuidar el tratamiento ulterior.

Todo lo halagüeño que es el pronóstico en la parálisis de los adductores, nerviosa ó histérica, es grave y sombrío en la que depende de causa orgánica. Incurable ésta casi siempre, tiene que serlo aquélla igualmente; de lo que tenemos un ejemplo en la observacion 16, cuyo esquema, cuando por primera vez se presentó en el Dispensario, era el mismo que la del núm. 3. Ya sabemos el triste resultado que tuvo.

Siendo los músculos adductores de las cuerdas el crico-aritenoideo lateral y el ari-aritenoideo, es posible que la parálisis recaiga solamente sobre uno de ellos, en cuyo caso, si el primero es únicamente el afectado, la glótis no discrepa grandemente de la figura que ya conocemos; pero si lo es el segundo, las cuerdas se unen en sus 3/4 anteriores, y sólo quedan separadas en el cuarto posterior. Esto es lo que sucedió en la enferma núm. 3 despues de las pri-

meras aplicaciones eléctricas: quedó retrasado en su curacion el músculo impar que aproxima los aritenoides, y la glótis se modificó, presentando entónces la imágen siguiente:

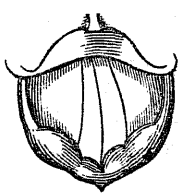


en la que, como puede observarse, la adduccion no se verifica en la extremidad posterior de las cuerdas, á causa de la separacion en que se mantienen los cartílagos aritenoideos. Inútil es añadir que, miéntras este defecto existió, la voz no llegó á recobrar sus condiciones normales.

Tan fácil de curar como la de los adductores de causa nerviosa es la parálisis de los crico-tiroideos, pero más difícil de diagnosticar. No hay en ésta, como en aquélla, afonía absoluta; los enfermos son capaces de sostener una conversacion con voz normal por algunos momentos; las cuerdas vienen á conjuncion y el laringoscopio las muestra ejecutando excursiones amplias y completas. Así sucede en la enferma de la observacion núm. 4, que puede hablar y áun cantar por cierto tiempo; cae despues en afonía momentánea, recobra con el descanso el uso de su voz, y las cuerdas se separan y se mueven con presteza. No hay, pues, signos ostensibles, ni racionales ni objetivos, que impresionen fuertemente nuestros sentidos, y de aquí la posibilidad de que pase desapercibida la paresia vocal. Nos pondrá, sin embargo, en el camino del diagnóstico la circunstancia del cansancio que sobreviene en la fonacion á poco rato de empezada; y luégo, observando atentamente miéntras la vocalizacion, se notará que, aunque las cuerdas vienen á conjuncion, no se ponen tirantes, quedan laxas, ondulan durante la emision del sonido, y que la línea

que resulta de su union no es recta en toda su longitud. Contribuirá tambien á ilustrar el diagnóstico el conocimiento de la causa productora, porque si se averigua que la deficiencia de la voz es debida á cantar, gritar, pregonar, declamar, etc., tenemos un nuevo dato que agregar á los anteriores para afirmar la parálisis de los tensores mediatos de las cuerdas.

Recuérdese bien lo que pasaba en Julia F. Principiaba á hablar y á cantar con voz normal, pero pronto la perdía; acusaba excesos en el canto, y como ademas su glótis aparecía al laringoscopio de esta forma,



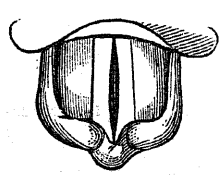
que es la que hemos descrito como propia de la parálisis crico-tiroidea, por eso calificamos su enfermedad con este nombre.

El descanso y la electricidad son de un éxito asombroso en la inercia de estos músculos. Colocados muy superficialmente á los lados de la laringe, bastan las corrientes percutáneas para excitarlos y avivar su funcion, como se demuestra con el feliz resultado obtenido en Julia F.

Las observaciones 7 y 12, referentes á parálisis laríngeas de los tiro-aritenoideos, han quedado pendientes para el curso próximo, porque no hemos tenido la fortuna de llevarlas á buen término. Atribuimos este insuceso á varias causas: 1.ª A que tanto en una como en otra hicimos al principio un diagnóstico incompleto. 2.ª Á que en ambas la parálisis se hallaba complicada con laringítis folicular; y siendo cosa demostrada que los que sufren de ca-

tarro crónico laríngeo se hallan, por esta circunstancia, expuestos á la paresia de los tensores inmediatos, es evidente que miéntras aquél no se corrija no podrá ésta ser influenciada benéficamente por el tratamiento. 3.ª A que, áun sin existir complicacion, y siendo sencilla la parálisis, son frecuentes los casos en que, no bastando las corrientes inducidas, hay necesidad de emplear las continuas, y nosotros no lo hemos hecho. Y 4.ª Á que hasta ahora la electricidad ha sido aplicada á estas dos enfermas exteriormente; y como la parálisis era de los tensores directos de las cuerdas, ó sea de los tiro-aritenoideos, que están situados profundamente dentro del armazon cartilaginoso de la laringe, la excitacion eléctrica no podía obrar inmediatamente sobre ellos. Habrá, pues, necesidad, al reanudar el tratamiento, de aplicarla interiormente, llevando los eléctrodos sobre las cuerdas vocáles.

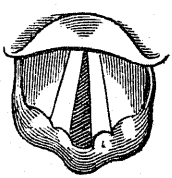
Los signos que revelan esta clase de parálisis es la falta de coaptacion en el centro del borde de las cuerdas en el momento de emitir la nota. Hé aquí el esquema que ambas enfermas presentaban.



Con semejante defecto funcional se puede hablar y cantar, pero sobreviene el cansancio y ciertas notas salen impuras, ásperas, chillonas, bitonales, ó llegan á faltar del todo. Su causa más comun es el exceso de vocalizacion en personas que llevan la angina granulosa, y están, por consiguiente, predispuestas á la laringítis crónica consecutiva á la propagacion de aquélla. De modo que, comparando bajo el doble punto de vista etiológico y funcional la parálisis de los crico-tiroideos con la de los tiro-aritenoideos,

se ve que no hay entre ellas diferencia alguna, y que sólo pueden distinguirse por la imágen laringoscópica.

Por muy útil que la electricidad sea en el tratamiento de las parálisis laríngeas, y por brillantes que sean las curaciones que á veces obtenemos con ella, su empleo no puede ménos de ser limitado. Háse visto que ni siquiera la hemos mencionado al relatar la observacion 16. Y es porque, convencidos de que la causa de la parálisis era orgánica en este caso, ni al principio miéntras estuvo limitada á los adductores izquierdos, ni despues cuando invadió el abductor del mismo lado y presentó la figura adjunta,



la creimos susceptible de ser modificadas por las corrientes, cualesquiera que fuesen la naturaleza de éstas, el punto y modo de aplicarlas.

NEOPLASMAS BENIGNOS DE LA LARINGE. — CASOS CLÍNICOS

Número 17

Cristóbal C., natural de Fregenal. Vino recomendado por el ilustrado doctor, residente en aquella poblacion, D. Enrique de la Rosa.

Hombre de treinta y cuatro años, delgado, de constitucion resistente. Tuvo una pulmonía hace tres años, y al salir de ella quedó con tos y ronquera; desde hace seis meses afonía absoluta y disnea laríngea á consecuencia de excesos alcohólicos. En ciertos momentos, principalmente al subir escaleras y al agitarse físicamente, ruidos de cor-

naje; en el reposo tendencia al sueño; por la noche charla dormido.

Exámen laringoscópico.—Epiglótis destruida profundamente en su centro por ulceraciones antiguas ya cicatrizadas; vestíbulo relleno de carnosidades grandes y rojas; una salía del ángulo anterior de las cuerdas, se prolongaba hácia atras sobre la glótis hasta unirse con otra más gruesa y más rojiza, que, arrancando de la parte posterior, iba derecha á su encuentro. De modo que la glótis estaba perfectamente obstruida como por una masa carnosa única, pues sólo cuando respiraba el enfermo se podía notar, por la dislocacion que el aire imprimía á las excrescencias, la independencia de su implantacion y el punto en que venían á contacto.

Diagnóstico.— Laringítis sifilítica, á pesar de que el enfermo no daba antecedentes. Las grandes cicatrices improductivas que existían no podían depender de otra causa, y las excrescencias tenían todo el aspecto de condilomas desarrollados á la terminacion del período activo del proceso. La duda podía recaer exclusivamente respecto á si la infeccion estaba ya extinguida y á si las lesiones laríngeas originadas por ésta evolucionaban ya sólo por la influencia de las causas ocasionales, y por la tendencia al engrandecimiento que tienen las neoplasias. De todos modos, ésta era una cuestion secundaria que no debía preocuparnos gran cosa. Lo importante era obrar con prontitud en el sentido de franquear camino á la respiracion.

A las dos ó tres tentativas que hicimos, ya con los forceps, ya con esponjas, comprendimos que en aquella laringe no se podía maniobrar impunemente, pues el pequeño espasmo que producía el contacto de un cuerpo extraño bastaba á provocar la asfixia. En su consecuencia era necesario colocar al enfermo en condiciones de poder ocurrir repentinamente á hacerle la traqueotomía, si llegase á ser necesario, y le aconsejamos entrara en la Clínica.

Aceptó de buen grado, al parecer, y ocupó una cama, pero nada más que por 24 horas, pues al día siguiente le encontramos vestido al pasar la visita y decidido á abandonar el hospital, porque, segun dijo, su estómago no le permitía permanecer allí.

Á los pocos días volvió á su pueblo en el mismo estado que había venido; y por más que se le hizo presente el peligro en que estaba, y que al primer amago de agravacion tenía que someterse á la traqueotomía, su médico, doctor la Rosa, nos escribió que tan pronto como llegó á Fregenal salió para una feria próxima con objeto de ocuparse en su oficio de corredor de cuatropea, y que seguía haciendo la vida propia de esta clase de gente.

Número 21

Don Martin A., de cincuenta y cinco años de edad, mediana estatura, demacrado, pero de buena complexion, se presentó en el Dispensario á principios de Mayo recomendado al Dr. D. Federico Rubio. Venía completamente afónico, y sus antecedentes se reducían únicamente á catarros antiguos y ronqueras; su afonía databa de ocho meses; nada de infecciones, de diátesis manifiestas, ni de enfermedades agudas anteriores. El reconocimiento laringoscópico, hecho con facilidad y soportado con tolerancia, puso de manifiesto una masa de color rosa bajo, de figura piriforme, que ocupaba todo el vestíbulo, con su delgada extremidad dirigida hácia delante (ángulo anterior de las cuerdas) y la gruesa hácia atras, descansando sobre los aritenoides; su superficie era lisa, y parecía tener gran compacidad y dureza. No se notaba espacio por donde la respiracion pudiera verificarse, y sólo aconsejando al enfermo respirase fuertemente se venía en conocimiento de que la misma magnitud de la masa, impidiéndola caer hácia abajo y encajarse en la glótis mucosa, permitía que por ésta entrara y saliera la cantidad de aire indispensable al sostenimiento de la vida.

Nuestro juicio respecto á la consistencia del tumor fué

tan exacto, que en varias tentativas de dislaceracion que practicamos con los forceps no nos fué posible extraer más que las porciones cogidas entre sus dientes, á pesar de que las tracciones fueron tan fuertes que la epiglótis asomaba á la cámara posterior de la boca. Más bien que disminuirlo lo que con esto lográbamos era arañarlo y herirlo; así es que durante tres ó cuatro días que repetimos estas maniobras nada adelantamos en ensanchar el espacio respiratorio.

Diagnosticado habíamos el caso de pólipo de naturaleza fibrosa; pero, despues que adquirimos conocimiento exacto de su dureza, hubiera sido mejor denominarlo fibroma á secas para indicar que era un verdadero tumor, porque así lo demostraba ya el descubrimiento que habíamos llegado á hacer del modo como nacía del lado derecho de la laringe, del cual se destacaba formando cuerpo con el mismo parénquima del órgano.

El día 23 de Mayo, á consecuencia de un ataque apnéico de que fué acometido el enfermo estando en el Dispensario esperando que le llegara su vez para ser examinado, se decidió en el acto hacerle la traqueotomía, la cual hizo el Dr. Rubio con la maestría que le caracteriza, venciendo con gran destreza las dificultades que se presentaron por la osificacion completa del cricoides y de los primeros anillos de la tráquea.

Apto el enfermo á los 15 ó 20 días para soportar operaciones endo-laríngeas, se le empezaron de nuevo á practicar con éxito vario, consiguiendo sacar pedacitos en unas sesiones y en otras no, porque la masa se escapaba con mucha facilidad de las pinzas. El pólipo había disminuido bastante á mediados de Julio; el enfermo respiraba con desahogo por la laringe; la voz empezaba á aparecer, aunque ronca; pero obligados á suspender el tratamiento por las vacaciones, y no habiendo peligro de vida, le aconsejamos que volviese á su casa durante los meses de verano, á condicion de presentarse al empezar el curso si quería curarse radicalmente y verse libre de la cánula.

La observacion 17 nos ofrece ocasion para manifestar nuestras ideas respecto á la laringítis sifilítica. Habrá llamado la atencion que sin antecedentes dados por el enfermo, y áun negándolos, no hayamos vacilado en calificar sus pólipos de condilomas resultantes de la sífilis. Es que tenemos la conviccion de que ésta puede diagnosticarse en la laringe por sus síntomas objetivos, lo cual nos proprorciona la solucion de problemas terapéuticos que sin esa posibilidad serían arduos y espinosos.

Lo comun es que la anamnesia y las manifestaciones sifilíticas en la piel y las fauces basten para calificar la naturaleza del padecimiento laríngeo, áun ántes de examinarlo de *visu*. Ofrecen, generalmente, esta facilidad las laringítis desarrolladas en el período secundario de la sífilis, porque rara vez faltan entónces otros signos que indican la infeccion general del organismo. Sin embargo, ni áun en este período podemos estar seguros de encontrar fuera de la laringe datos suficientes á aclarar el diagnóstico, porque dentro de aquél hay un momento en que las manifestaciones van reconcentrando y circunscribiendo su área hasta concluir por localizarse en un solo órgano; así es que debemos poner nuestro empeño en familiarizarnos con la serie extensísima de términos objetivos que ofrece la sífilis en la laringe, porque es muy posible que ellos constituyan nuestra única guía. Pero si en el período secundario sólo por excepcion se encuentra esta penuria de signos diagnósticos, podemos estar seguros de que en el terciario ha de ser ella la regla general.

La sífilis no desmiente en la laringe su polimorfismo: catarro, eritema, placas, hipertrofias escleromatosas, gomas, úlceras, cáries y necrósis de los cartílagos, excrescencias, pólipos, condilomas, cicatrices, etc., forman esa serie de términos que hemos calificado de extensísima. Por eso el aprender á conocerla con el auxilio exclusivo del laringos-

copio supone de nuestra parte la plena posesion de la patología laríngea bajo el punto de vista objetivo, porque ella puede confundirse con todos los padecimientos del órgano, desde el más sencillo hasta el más grave, desde el simple catarro hasta la tuberculósis y el cáncer.

No es posible que hagamos aquí el diagnóstico diferencial de las diversas formas de la sífilis laríngea con cada una de las laringopatías que les son similares, pues para eso se comprende fácilmente que necesitaríamos escribir un libro. Casi todo el curso pasado hemos invertido en exponerlo en nuestras conferencias; pero disponíamos de tiempo suficiente, y podíamos ademas, para suplir la falta de casos clínicos referentes á todos los términos de la serie, adoptar un método teórico. Ni lo uno ni lo otro podemos hacer aquí, porque se opone á los límites y plan de esta reseña, destinada exclusivamente al estudio y análisis de los tipos morbosos que se han presentado en el Dispensario; mas para llenar este vacío procuraremos que dichas conferencias vean la luz pública el año que viene en *El Siglo Médico*.

Los signos objetivos que nos condujeron á atribuir á la sífilis las alteraciones descubiertas en la laringe de Cristóbal C., fueron las cicatrices, los pólipos y la coloracion. Respecto á las primeras, bastaba fijarse en las grandes pérdidas de sustancia que las habían originado, en lo resistentes y fuertes que eran, y en la improductividad ó escasa reparacion de los tejidos destruidos; circunstancias todas que no se encuentran más que en las cicatrices que provienen de úlceras laríngeas pertenecientes al período terciario de la sífilis. Los pólipos eran múltiples, lisos, constituidos, al parecer, por tejidos blandos, casi embrionarios y de gran tamaño; de cuyos caractéres se deducía, que no eran mixomas, porque éstos son únicos y pequeños; que para ser fibromas les faltaba la dureza; y para calificarlos de papilomas la superficie granulosa y arracimada que éstos presentan. La coloracion de la mucosa laríngea y de las vegetaciones revelaba, por lo subida y oscura que

era, y por la uniformidad con que se extendía á todo el órgano, ser debida al proceso sifilítico, pues los demas pólipos y excrescencias no ofrecen esas tintas características, ni las comparten con el resto de la membrana. De modo que todo concordaba para hacer á la sífilis responsable de las alteraciones que se notaban en la laringe de este enfermo, y para afirmar que habían sido producidas por accidentes terciarios; si bien en vista de la pasividad de aquéllas y de que, al parecer, habían terminado su período evolutivo, creíamos agotada la infeccion ó adormecida por largo tiempo.

Nada tendríamos que decir de la observacion 21 si se refiriese á un pólipo de los que con más frecuencia se presentan en la laringe. Sabido es que los caractéres generales de éstos son: ser pequeños, papilomatosos, mixomatosos ó fibrosos, justiciables de la cauterizacion, avulsion ó ligadura, y de curacion más ó ménos pronta, segun la tolerancia de la laringe, pero siempre segura.

Ninguna de estas condiciones, excepto una mediana tolerancia, se realiza en el presente caso. Más que pólipo es una neoplasia, un tumor grande que tapa la glótis, amenaza con la asfixia, y tan duro que no puede ser extirpado en una ó pocas sesiones; de aquí el peligro de continuarlas, pues con ellas exponíamos al enfermo á que sucumbiese sentado delante del laringoscopio. Así es que la traqueotomía tenía una doble indicacion: vital, porque era el único medio de asegurar la existencia; y terapéutica, porque era el preliminar obligado de las maniobras indispensables para obtener la curacion.

Al emprenderla de nuevo reemplazaremos los procedimientos empleados hasta ahora, de cuya lentitud y poca eficacia nos hemos convencido, por la destruccion con la galvano-cáustica.

Número 27

Antonio D..., de cuarenta y nueve años, pintor. Antecedentes: cólicos saturninos. A consecuencia de unas anginas le quedaron molestias en el lado derecho de la garganta, que han venido aumentándose desde hace seis meses. Infartos en el mismo lado del cuello; voz nasal; disfagia. Examinado al laringoscopio, se ve: epiglótis destruida en su mitad derecha y corroida hasta el ángulo izquierdo, con ulceracion sucia, desigual, pultácea, que se extiende á la porcion derecha de la base de la lengua, en donde está limitada hácia adelante por bordes gruesos y anfractuosos; el tacto percibe dureza desde la parte inferior de la amígdala derecha y de los pilares del velo hasta el canal gloso-epiglótico faríngeo, é igual sensacion da el fondo y circunferencia de la úlcera de la lengua y de la epiglótis.

Diagnóstico. — Epitelioma ulcerado de la laringe y de la garganta.

Habiendo manifestado al enfermo que no podía ser admitido en las salas del Instituto porque su enfermedad era inoperable, le aconsejamos recurriese á un tratamiento interno con objeto de paliarla..

CONSIDERACIONES

Esta es la única observacion de cáncer laríngeo que el Dispensario nos ha proporcionado en el presente ejercicio. No se crea por eso que son raros, pues el año pasado se han presentado varios casos, en uno de los cuales fué practicada la extirpacion de la laringe por el Dr. D. Federico Rubio, y en la práctica privada hemos encontrado con más frecuencia todavía ejemplares de dicha enfermedad.

Es de pocos años á esta parte cuando ha empezado á profundizarse el estudio de las neoplasias malignas de la laringe. Anteriormente al laringoscopio no se reconocían sino despues de la muerte, y posteriormente á su descubrimiento hemos necesitado de algunos años para aprender á distinguirlas, en los principios, de otras alteraciones con las cuales podían confundirse en este período.

Hoy día se ha llegado á hacer un análisis tan minucioso de la objetividad laríngea, que cualquier laringoscopista de mediana práctica puede aspirar á establecer el diagnóstico del cáncer laríngeo desde el momento en que nace.

Las investigaciones modernas han enseñado que puede ser intra y extra-laríngeo; es decir, brotar desde luégo en el interior del órgano, ó interesarlo viniendo de las partes próximas, del esófago, de la faringe, de la lengua.

Nuestro caso pertenece á la última categoría. Los antecedentes dados por el enfermo, la invasion del lado derecho é inferior de la faringe y de la base de la lengua, miéntras de la laringe sólo se hallaba interesado su opérculo, los infartos existentes en el cuello, todo inducía á calificarlo de cáncer extra-laríngeo.

Las partes que rodean la laringe están aquí extensa y profundamente afectadas. al paso que ella lo está poco y con cierta superficialidad, y esto basta para asegurar que no ha tomado orígen dentro de su circunscripcion anatómica. El cáncer laríngeo propiamente dicho no irradia por la circulacion linfática ni sanguínea, no produce infartos secundarios; queda reconcentrado en el órgano áun despues de invadirlo en toda una mitad ó en casi su totalidad; se propaga por continuidad; y cuando le vemos aparecer al exterior, podemos estar ciertos de que entre la laringe y su manifestacion externa no hay tejido sano.

De esto se deduce una consecuencia que á muchos parecerá paradógica; á saber: que la extirpacion está más indicada en el cáncer intra que en el extra-laríngeo, porque, segun la ley de propagacion que cada uno sigue, la

infeccion y reproduccion serán más probables en el último.

Pero, ¡ya se ve! la extirpacion del primero exige casi siempre la ablacion total de la laringe, ó de una gran porcion de ella, y este acto quirúrgico no está todavía tan admitido, ni tan generalizado, ni es de tan poca monta que se pueda aconsejar en los principios del padecimiento; y lo que sucede es que, en las pocas veces que se ha practicado, se ha esperado á un período en que, por la extension que aquél había alcanzado, el organismo estaba ya profundamente deteriorado.

Estas consideraciones constituirán todavía por mucho tiempo un impedimento á la curacion del cáncer intra-laríngeo; pero, científicamente hablando, no se puede negar que es el que presenta condiciones más favorables á la no reproduccion. Hagamos constar tambien que la laringoscopia ha resuelto ya uno de los principales elementos del problema: la posibilidad de reconocerlo desde su principio, y de poder obrar, por consiguiente, en tiempo hábil.

Hipertrofia circunscrita á un punto del órgano, constida á expensas de su parénquima y sin ofrecer, por tanto, la forma poliposa; de coloracion lívida y vinosa; siempre unilateral; da sangre al menor contacto, y áun ántes de que en ella se perciba ulceracion; luégo que ésta se forma, aparece elevada con mamelones de un rojo oscuro y sin tendencia á profundizar; jamás presenta trazas de cicatrizacion; hipertrofia y úlcera progresan lentamente; por último, para que la degeneracion traspase la línea media ha de haber ya invadido toda la mitad de la laringe primitivamente afecta. Tales son los signos por los cuales se puede llegar con seguridad al diagnóstico del cáncer laríngeo.

Terminada esta parte de nuestro trabajo, debemos recordar lo que dijimos al empezarla: «una pequeña estadís-

tica bien aprovechada, es suficiente para estudiar toda la patología laríngea.» Pero, como han podido apreciar nuestros lectores, no hemos llegado á recoger los tipos principales de laringopatías sino mediante la vision completa del órgano, pues cuando ésta no ha sido perfecta el diagnóstico ha resultado deficiente. Inútil hubiera sido, por tanto, ver desfilar por delante de nosotros un gran número de enfermos de la laringe si habían de quedar indiferenciados y perdidos en el fondo comun de los síntomas racionales. La tos, la ronquera, la expectoracion, la disfagia, la odinfagia, la carraspera, el estorbo, constituyen ese fondo comun á todas las enfermedades laríngeas, del que no podemos sacar ningun dato para clasificarlas. Propongámonos, pues, conseguir siempre una notacion detallada de todos los signos objetivos, y la observacion de un solo caso nos enseñará entónces más que centenares de ellos recogidos sin llenar esta condicion esencial, á la que exclusivamente se deben los adelantos realizados en esta rama de la patología.

SEGUNDA PARTE

OTOLOGÍA

I

TÉCNICA OTOSCÓPICA

De fecha muy reciente data el conocimiento de la patología auricular. La tardanza en emprender el estudio de las enfermedades de un órgano tan importante como el oido, no debe atribuirse á descuido ó abandono de los representantes de la ciencia. El hombre no puede empeñarse en luchas estériles, y de este carácter hubiera participado el tratar de comprender los fenómenos que se desarrollaban en partes tan profundamente situadas sin poseer medios ciertos y seguros de exploracion. Así es que el arte de investigar el oido debía preceder al conocimiento de sus lesiones, y la otoscopia ser la precursora de la otología. Por eso el retardado nacimiento de ésta.

Para clasificar y deducir principios, para crear ciencia, se necesita observar; y mal podía observarse en el interior del oido cuando durante la vida era éste una region inabordable para los patólogos. Era menester ver, sentir, palpar, tocar en las profundidades de este misterioso órgano, para empezar á tener nociones positivas y exactas de las alteraciones que perturbaban su funcion, y no se podía llegar á esta delicadeza de observacion sin instrumentos á propósito que auxiliaran nuestros sentidos. Preciso fué, pues, que los métodos físicos de diagnóstico hu-

biesen hecho su camino para venir á parar al descubrimiento de la otoscopia: el espéculo, la auscultacion, el estetóscopo, la endoscopia, no solamente tuvieron que ser inventados con antelacion á aquélla, sino que no pudieron serle útiles hasta despues de haber sido aplicados ventajosamente á otros ramos de la Patología.

Hé aquí la razon de por qué, los que somos algo antiguos en el ejercicio de la profesion, podemos vanagloriarnos de haber visto nacer la ciencia otológica, pues en rigor no cuenta ésta arriba de veinticinco años de existencia.

El reconocimiento del oido varía segun la parte del órgano que se quiere examinar. Dividido éste por la Naturaleza en tres departamentos, que corresponden á momentos diversos de su funcion, cada uno de ellos exige, por razon de la profundidad á que se halla situado, un método particular de investigacion.

Conócense estos departamentos con los nombres de oido externo, medio é interno, y por la funcion que respectivamente desempeñan se les ha denominado colector, trasmisor y perceptor de las ondas sonoras.

El oido externo se compone del pabellon y del conducto auditivo externo. Situado el primero completamente al exterior, su descripcion, más que á la Otoscopia, corresponde á los tratados comunes de Anatomía, pues no exige ni método ni instrumento especial para su exámen. El segundo, extendido desde la concha hasta la membrana del tímpano, mide de 25 á 30 milímetros de longitud, de seis á siete de anchura en su parte media, y termina en un fondo de saco formado por la timpánica, septo membranoso, insertado en la ranura que presenta la circunferencia del reborde huesoso conocido con el nombre de *anulus timpanicus*, y atirantado como un parche de tambor. La direccion de esta membrana es oblicua hácia adelante, abajo y

adentro, de lo que resulta que las paredes superior y posterior del conducto son más cortas que la anterior é inferior; y como ademas tienen éstas diferentes inflexiones, de aquí la imposibilidad de examinarlo por la simple inspeccion ni en su longitud ni en su fondo.

Puede compararse el conducto, en su trayecto, á una *S* itálica muy tendida, cuyas direcciones fuesen en el tercio externo de fuera, adentro y adelante, en el tercio medio atras y adentro, y en el tercio interno adelante, adentro y abajo. Como es fibro-cartilaginoso en su porcion exterior, y huesoso en la interior, se le puede imprimir á la primera cierta dislocacion que permita ponerla en línea recta con la segunda. Consíguese esto tirando del pabellon arriba y atras, con cuya traccion desaparece la primera corvadura; pues formada ésta por una mera continuacion del cartílago de la concha, logramos enderezarla con tan sencilla maniobra.

No basta la desaparicion de este primer recodo del conducto para que nuestra mirada penetre hasta su fondo; tenemos que completar su rectificacion por medio del *speculum auris,* pequeño tubo, á manera de embudo, pleno ó bivalvo, el cual, al mismo tiempo que borra las últimas inflexiones, facilita el acceso de la luz hasta la timpánica.

El modo de usarlo es el siguiente: hecha la traccion del pabellon, se introduce empujándolo suavemente hácia adentro y adelante; al llegar al tercio medio del conducto se dirige un poco hácia atras, porque aquí empieza el segundo recodo, que, como ya hemos dicho, tiene una direccion contraria al primero; se hace entónces avanzar todo lo posible, evitando los roces con las paredes del conducto para ahorrar dolores al enfermo; y por último, cuando no se puede adelantar más se procura, obrando sobre la extremidad externa del espéculo, inclinarlo de modo que su interior forme una recta con nuestra visual.

No nos falta ya sino proyectar una iluminacion intensa en el caso de que nos hayamos servido del espéculo pleno;

pero si hemos empleado el bivalvo se separarán sus valvas, al mismo tiempo que la luz incide, por medio del resorte que tiene en su pabellon.

Muchos especialistas recomiendan que el tubo otoscópico no pase nunca más allá de la porcion fibro-cartilaginosa, porque de aquí en adelante se producen dolores muy vivos, á causa de que el hueso está cubierto sólo por la piel y el periostio, y porque, ademas, siendo las paredes inextensibles, nada adelantaríamos con hacer avanzar el espéculo á esta profundidad; ántes bien lo que conseguiríamos con eso sería reducir su calibre, y disminuir, por tanto, la intensidad de la iluminacion. Por muy exactas que parezcan estas razones, no deben tomarse al pié de la letra. Desde luégo no hay peligro de comprimir ni de causar dolor cuando se usa el espéculo pleno, porque con él no se pueden dilatar las paredes; y si es cierto que al abrir el bivalvo pueden comprimirse éstas con sus valvas y ocasionar gran dolor, porque, efectivamente, el conducto es muy sensible en su porcion huesosa, tenemos el medio de evitarlo separando aquéllas moderadamente y con lentitud. De todos modos, el espéculo debe introducirse lo más adentro posible, y en vez de limitarse á que no pase de la parte fibro-cartilaginosa del conducto, es necesario que avance hasta la huesosa, pues aquí empieza la segunda corvadura, constituida por un ángulo saliente de la pared anterior, más allá del cual es necesario pasar si ha de descubrirse el segmento anterior del tímpano. Y la prueba de que debe procederse de este modo es que, áun despues de haber avanzado todo lo más posible en el conducto, todavía no basta esto para ver la timpánica en toda su extension, pues hay necesidad de imprimir al espéculo diferentes inclinaciones para irla registrando en sus diversas partes.

Las reglas generales que acabamos de dar para el manejo del espéculo, pueden sufrir modificaciones por efecto de las que á veces experimentan las dimensiones y direccion del conducto. Puede éste tener sus inflexiones poco

pronunciadas y ser casi recto, ó alcanzar el máximum de anchura posible, en cuyos casos es evidente que la inspeccion es más fácil; ó presentar, por el contrario, estrecheces laterales ó circulares, circunscritas ó en su totalidad, oblicuidades ó recodos sumamente flexuosos que imposibilitan la introduccion del espéculo y nos obligan á recurrir á procedimientos especiales para llegar á ver la timpánica. De ellos trataremos cuando expongamos los casos clínicos que se han presentado en el Dispensario ofreciendo estas dificultades á la inspeccion; pues aunque muchas veces son congénitas, y por tanto irremediables, provienen otras de otopatías coexistentes, de cuyo tratamiento forma parte integrante la correccion de aquéllas.

La edad exige tambien una modificacion en el reconocimiento otoscópico. No estando en los niños completamente desarrollado el temporal, es corta y casi recta la porcion huesosa del conducto; por lo que, si en ellos intentamos introducir profundamente el espéculo, como debe hacerse por regla general, nos exponemos á lastimar el tímpano y á producir gravísimo daño.

Inútil es que nos detengamos á explicar las diferentes maneras de iluminar el conducto auditivo. En otoscopia, en laringoscopia, como en todo reconocimiento interno, lo importante es que la luz sea bastante intensa para distinguir bien los detalles. Puede emplearse la luz solar ó la artificial, y ser ésta directa ó reflejada; tambien sirve la luz difusa de un día claro cuando se está bien orientado, y se recoge y dirige por medio de un espejo reflector cóncavo de 8 ó 10 centímetros de diámetro, tenido á mano ó montado sobre la frente á beneficio de una armadura ó vendaje. Este es el procedimiento de que nos valemos en el Dispensario casi constantemente, pues hemos concluido por reconocer, despues de ensayar varias lámparas manuales, que es el más sencillo, fácil y limpio, que siempre se tiene á la mano, y que ilumina lo bastante para detallar y definir lo que se ve.

Introducido el espéculo y alumbrado el conducto, se

descubren sus paredes y fondo. Las primeras, si están sanas, no ofrecen nada de particular: epidérmicas en su mitad externa, parecen mucosas en la mitad interna porque están un poco sonrosadas; pero la histología enseña que de los mismos elementos se hallan formadas en una y otra porcion, y que, por consiguiente, es errónea la creencia antigua de que el conducto auditivo estaba revestido en cierta parte de su extension de una membrana mucosa. El segundo está constituido por la timpánica, y aquí ya es donde el especialista debe fijar su atencion de una manera especial, pues el estudio que de ella haga será para él fuente riquísima de indicaciones y de signos diagnósticos.

No es éste el lugar de describir los diversos aspectos que presenta el tímpano en estado patológico; dicha descripcion vendrá con la de las enfermedades correspondientes. Lo que sí es de nuestra incumbencia en este momento es conocerlo en su estado fisiológico, pues mal podríamos apreciar sus alteraciones si no tuviéramos constantemente retratados en nuestra mente sus caractéres normales.

Aparece la timpánica al observador á manera de un tabique circular, situado á la terminacion del conducto, dirigido oblicuamente de atras á delante y adentro; de manera que por el lado que corresponde á la pared posterior del conducto está más hácia afuera que por el que corresponde á la anterior. Su color es opalino, traslúcido, ligeramente sombreado en algunos puntos, más claro en otros por efecto de la inclinacion en que la vemos y de la incidencia con que recibe los rayos luminosos.

A pesar de la pequeñez de esta membrana, 10^{mm} en el diámetro vertical y 9^{mm} en el horizontal, nos perderíamos en la contemplacion de ella y no sabríamos al mirarla cuál de sus partes estábamos examinando si, á semejanza de lo que ha habido que hacer con la retina en Oftalmoscopia, no se hubiesen establecido como puntos de orientacion ciertas señales que se notan en su superficie, y cuyas mo-

dificaciones ó cambios en el estado patológico sirven, no solamente para diagnosticar enfermedades que tienen su asiento en la misma membrana, sino tambien otras que residen en la caja y áun en el laberinto.

Los signos gráficos por los cuales podemos leer en el tímpano, son por órden de notoriedad: el mango del martillo, línea pálida amarillenta que, formando un ligero relieve, se extiende desde la parte superior y media de la circunferencia hácia abajo y un poco oblicuamente atras, terminando por debajo del centro de la membrana por una extremidad ensanchada, que se llama ombligo del tímpano á causa de la depresion que forma en dicho punto. El mango del martillo divide perpendicularmente la timpánica en dos segmentos y constituye la nota más saliente de ésta, pues miéntras no lo descubrimos no podemos asegurar sobre qué punto ha caido nuestra mirada.

Siguiendo hácia arriba, en la misma direccion que él nos marca, lo vemos terminar en el limbo superior en un puntito blanquecino, redondeado, saliente, que se llama la apófisis corta del martillo, y que indica la union del mango con el cuello de dicho hueso. A los lados de esta apófisis, y por efecto de su relieve bastante pronunciado, aparece deprimida la timpánica, formando unas arrugas que se han denominado plegaduras anteriores y posteriores. Abajo, y por delante de la extremidad inferior del mango, se ve una mancha brillante de la figura de un triángulo equilátero, cuya base de medio á uno y medio milímetro toca paralelamente el borde inferior del tímpano, y cuyo vértice termina por delante y un poco por debajo del ombligo. Esta mancha triangular es á veces tan resplandeciente, que parece un foco luminoso que brilla con luz propia; y tanto por los cambios que experimenta en su figura, en su posicion, en su brillo, así como por la fragmentacion que en ella se verifica, pues en vez de una encontramos frecuentemente dos, tres y áun cuatro, podemos considerarla como un signo precioso para el diagnóstico. El resto de la membrana nos presta tambien, por su concavidad ó con-

vexidad, por su coloracion, por su opacidad, por su inyeccion y por otros muchos caractéres, datos importantes para ilustrar nuestro juicio.

No es de ménos valor el que podemos recoger apreciando las modificaciones que la movilidad fisiológica de la timpánica ha experimentado por efecto de las enfermedades. Por dos procedimientos se llega á la comprobacion de esta propiedad y de sus variantes: por la otoscopia externa, y por la media. La primera, que es la que ahora nos ocupa, exige una modificacion en el espéculo. Al efecto Siegle ha ideado el que lleva el nombre de pneumático, porque con él puede hacerse la rarefaccion ó condensacion del aire en el conducto auditivo, y empujar la membrana hácia adentro ó atraerla hácia afuera; con lo que, no solamente se podrá juzgar de su rigidez y colapso en totalidad, sino tambien de sus adherencias y adelgazamientos parciales.

No siendo éste, como ya hemos dicho, el momento oportuno de indicar los servicios que en la patología auricular nos presta la otoscopia externa, sólo mencionaremos de pasada que su poder alcanza á revelarnos casi todas las enfermedades de la caja, muchas del laberinto, é inmediatamente, y sin necesidad de juicio deductivo, las hiperemias, hinchazones, úlceras, neoplasias, cuerpos extraños, parásitos, etc., del oido externo.

Terminaremos esta parte de la técnica otoscópica con la exposicion sumaria de los procedimientos adoptados para medir la facultad auditiva; pues aunque éstos no forman parte integrante de aquélla, tienen, sin embargo, entre sí estrecha conexion.

Tómase la medida con un reloj de bolsillo, con instrumentos especiales llamados acúmetros, con diapasones y por medio de la conversacion. El especialista debe conocer de antemano la potencia del agente sonoro que emplea y la relacion en que está con una audicion normal. De este modo tendrán un valor conocido para él las condiciones en que el enfermo los percibe: si á distancia y cuál sea

ésta; si solamente al contacto con el pabellon ó por los huesos del cráneo, principalmente por la region mastoidea y temporal; si al hablarle oye únicamente el ruido de la voz ó entiende tambien lo que se le dice; en fin, se harán notar todas las particularidades referentes á la funcion, y hasta si el enfermo oye mejor cuando va en coche ó en ferro-carril que cuando está parado; pues aunque la sordera, siendo síntoma comun al mayor número de otopatías, nada indica por sí sola, sirve al ménos para apreciar la mayor ó menor gravedad de la lesion cuando ésta ha sido ya diagnosticada por otros medios.

Los demas síntomas racionales y subjetivos no deben detenernos un momento, porque, no teniendo ningun valor, no merecen ser expuestos; así es que, con lo dicho, podemos dar por terminada aquella parte de la otoscopia que llamaremos externa porque se aplica al oido externo, no porque deje de servir tanto ó más que los procedimientos que vamos á estudiar á continuacion al diagnóstico de algunas enfermedades pertenecientes á las regiones profundas del aparato auditivo.

El oido medio se compone de la caja, de la trompa de Eustaquio y de las celdillas mastoideas. Todas á la vez, y cada una de estas partes aisladamente, pueden ser el asiento de enfermedades que importa saber diagnosticar. La otoscopia externa es aquí todavía absolutamente necesaria; pues prescindiendo de los casos en que la destruccion de la timpánica nos permite inspeccionar directamente la caja, son suficientes á veces las alteraciones que la primera presenta para que por ellas podamos formar idea de las de la segunda. Esto no obstante, sería incompleto el exámen del oido medio si tuviéramos que atenernos á los datos recogidos por medio del espéculo; por lo cual ha sido necesario inventar procedimientos que faciliten á nuestros sentidos el acceso á las profundidades á que aquél se encuentra situado.

Los procedimientos empleados descansan casi todos sobre el principio de llevar una ducha aérea á la caja á traves de la trompa de Eustaquio. Es ésta, como todos sabemos, un conducto destinado á poner en comunicacion el aire exterior con el contenido en la caja, desde cuya extremidad anterior se dirige adelante y adentro por un trayecto de 35 á 36 milímetros, en parte óseo y en parte fibro-cartilaginoso, que viene á abrirse en las paredes laterales de la faringe por un orificio ensanchado que mide nueve milímetros de altura por cuatro ó cinco de anchura.

A Deleau corresponde la gloria de haber demostrado la importancia que la inyeccion de aire hecha por este conducto tiene para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del oido.

Tres son los métodos conocidos de practicarla:

1.° *El de Valsalva.* — Se hace previamente una profunda inspiracion, y despues se espira con fuerza teniendo la boca cerrada y las narices tapadas; con lo que, comprimido el aire hácia la parte superior de la faringe, se introduce por la trompa y llega hasta la cavidad timpánica.

La señal de que esto se ha conseguido es una sensacion de crujido ó de soplo que el paciente experimenta en el oido; tambien puede el médico percibirla por medio del estetóscopo *auris*, ú observando la membrana para ver si, por efecto de la presion que sufre por su lado interno, aumenta su convexidad.

La fuerza que se necesita emplear en la espiracion para que el aire penetre en la caja, varía segun la edad, el sexo y la capacidad torácica. En las condiciones ordinarias basta una presion manométrica de 20 á 60 milímetros de la columna de mercurio para alcanzar el objeto; cuando pasa de este límite podemos sospechar un obstáculo á la entrada del aire, nacido de un catarro nasal ó de una hinchazon de la mucosa tubaria, aunque no haya trastornos auditivos.

El método de Valsalva tiene su contraprueba, ó lo que puede llamarse su lado negativo. Si con las narices tapa-

das se verifica una deglucion, se enrarece el aire contenido en el espacio naso-faríngeo, se abre la trompa y el equilibrio se establece con el de la caja; de lo que resulta que, disminuida la presion en ésta, la membrana caerá hácia adentro, y el enfermo experimentará la misma sensacion de que ya hemos hecho mérito al hablar de la prueba positiva, aunque algo más débil.

El buen éxito de ambos procedimientos, positivo y negativo, del método de Valsalva, nos indicará que la tuba eustaquiana se halla en condiciones normales. Tambien puede el primero llegar á ser demasiado positivo, es decir, sobrepasar de sus límites porque el aire se escape produciendo un silbido perceptible á distancia por el conducto auditivo, lo cual será indicio de que la timpánica está perforada.

2.° *Método de Politzer.* — El experimento de Valsalva requiere la inteligencia y habilidad del enfermo, pues el médico no puede intervenir en su ejecucion más que ayudándole con sus consejos. Hay individuos en quienes la prueba resulta ineficaz porque se dan malas trazas; en otros la hacen fracasar obstáculos existentes en la embocadura ó en el trayecto de la trompa, y en no pocos, por último, se originan inconvenientes porque suspenden la respiracion por más tiempo del necesario, y sobrevienen congestiones venosas, no desprovistas de peligro en ciertos estados patológicos. Para obviar estos inconvenientes ideó Politzer un medio de aumentar la presion atmosférica en el espacio naso-faríngeo sin necesidad del concurso inteligente del enfermo. Toma éste previamente una buchada de agua y la conserva en su boca; el operador introduce por una de sus ventanas nasales la cánula de un balon de goma; comprime con sus dedos las alas de la nariz de manera que ésta quede cerrada herméticamente; y cuando ya todo lo tiene arreglado de este modo, ordena al enfermo tragar el agua que tiene en la boca, comprimiendo él al mismo tiempo con la otra mano el balon; con lo que, lanzado con fuerza el aire en las fosas nasales, y no

pudiendo escapar hácia abajo porque la elevacion del velo al deglutir el agua lo estorba, penetra por la trompa y va á parar á la caja.

No sólo nos vemos precisados á dar la preferencia á este método en los casos mencionados más arriba, sino que es el único aplicable á los niños, pues el del Valsalva y el cateterismo son impracticables en ellos. Para someterlos con éxito al primero no se necesita ni áun hacerles tragar la buchada de agua, basta sólo con insuflar por la nariz; la resistencia que oponen á este acto y los gritos que lanzan, favorecen el acceso del aire al oido medio. Tambien puede suprimirse la deglucion en los adultos sustituyéndola con la fonacion de la vocal *i* ó de la sílaba *ki*, durante cuya entonacion el velo se levanta, se aplica á la pared posterior de la faringe, opone bastante resistencia á dejarse vencer por el aire condensado en el espacio post-nasal, y se obtiene, por tanto, el mismo efecto que con aquélla.

El método de Valsalva y el de Politzer tienen el inconveniente de no poderse limitar á uno de los lados, y, por consiguiente, hacen partícipe de la prueba al oido sano; coinciden, ademas, en carecer de potencia bastante para vencer ciertos obstáculos. Por eso nos vemos precisados, si queremos hacer una exploracion perfecta del oido medio, á recurrir al más importante de los métodos, que es el

3.º ó *Cateterismo de la trompa.* — La idea de sondar este conducto es antigua en medicina. Ocurrió en 1724 á Guyot, maestro de postas de Versalles, quien, teniendo noticia de la completa descripcion que de él había por vez primera dado Bartolomé Eustaquio en el siglo XVI, pensó que de su obstruccion podía depender la sordera que padecía. El éxito obtenido confirmó sus sospechas, pues habiendo introducido por la boca una sonda de estaño hasta el pabellon de la trompa, y conducido por ella inyecciones líquidas, consiguió recobrar la audicion. Guyot dió cuenta de su feliz ensayo á la Academia de Ciencias de París; pero ésta corporacion acogió el descubrimiento con la misma indiferencia que la Real Sociedad de Lóndres el

del laringoscopio, inventado por nuestro compatriota García; lo dejó dormir en el olvido hasta que en el presente siglo lo rehabilitó el doctor ingles Cleland.

Cuando el cateterismo fué estudiado científicamente, se comprendió las dificultades que se oponían á practicarlo por la boca; se necesitaban sondas de corvaduras especiales; no era posible llevarlo á cabo sin excitar el velo del paladar y provocar náuseas, vómitos, estornudos, tos, etc.; en una palabra, se le reconocieron tantos inconvenientes, que hubiera sido preciso renunciar á su empleo si el mismo Cleland, al ponerlo en vigor, no hubiera modificado el proceder de Guyot, demostrando las ventajas de practicarlo por las narices. Este es el único método adoptado hoy por los especialistas.

Para hacer el cateterismo nos servimos de sondas de 15 á 16 centímetros de longitud, y de un grosor que va decreciendo desde su pabellon (extremidad destinada á quedar fuera de las narices) que tiene de 5 á 6 milímetros de abertura, hasta su extremo opuesto, que sólo tiene de 1 á 1 1/2. Dicha sonda es recta en los 11 primeros centímetros de su longitud, en cuyo punto se encorva en ángulo muy abierto en sentido contrario á un anillo que, colocado en la direccion del eje, guarnece el pabellon; despues de esta corvadura, que tendrá como 1 centímetro de extension, la sonda se endereza de nuevo y termina por una corvadura más corta opuesta á la primera; de modo que en su última porcion el instrumento tiene la forma de una *S* muy tendida, para acomodarse á la inflexion que la trompa presenta en su entrada.

Sentado el enfermo en una silla, y colocado el cirujano de pié á su lado derecho, toma la sonda por su pabellon como una pluma de escribir, de modo que el anillo corresponda arriba y la concavidad abajo; con el pulgar y el índice de la mano izquierda levanta un poco el lóbulo de la nariz, ó estira con un dedo hácia abajo el labio superior, con objeto de que la punta de la sonda salve más fácilmente el reborde del maxilar superior, un poquito

más elevado que la abertura de las narices. En este primer momento se dirige la sonda de abajo arriba y atras, manteniendo la mano al nivel de la boca; pero tan pronto como se ha franqueado el mencionado reborde, lo cual se conoce en la libertad con que la punta del instrumento puede moverse, se levanta la mano al nivel de la nariz para que aquélla venga á apoyarse en el suelo de la fosa nasal. Colocada la sonda en esta posicion no hay más que empujar suavemente hácia adentro, sin dejar de tocar el suelo con la punta, hasta que, faltándonos el apoyo, conozcamos que hemos llegado al borde inferior de la abertura posterior de la fosa. Estamos ya entónces en el límite del camino que debemos recorrer para entrar en la trompa; sólo nos resta imprimir á la sonda una rotacion de un cuarto de círculo, de manera que el anillo que mira hácia arriba se coloque paralelamente debajo del tabique, y la concavidad que mira abajo, ó sea al suelo de la fosa nasal, venga á corresponder hácia afuera, para que la punta se ponga en contacto con la abertura tubaria, dentro de la cual se encajará si, llamando el pabellon de la sonda hácia adentro, procuramos que la convexidad de ésta se apoye á lo largo del tabique.

No puede, como se ve, ser más sencillo el cateterismo de la trompa, y sin embargo, en vista de las descripciones confusas y embrolladas que de él se han dado, se le viene considerando como una operacion sumamente difícil. Ha contribuido á difundir esta creencia la parsimonia que en ejecutarla han tenido siempre los cirujanos, pues se suponía que cuando no apelaban á ella con más frecuencia era porque no estaban seguros de su perfecta ejecucion; pero más áun, si cabe, que esto ha cooperado al mismo fin la multitud de procederes que los especialistas han inventado con el pretendido objeto de facilitar lo que de por sí no podía ser más fácil. Enumerarlos todos sería enojosa tarea; baste decir que cada autor ha procurado unir su nombre, no digamos á una manera especial de practicar el cateterismo, porque no hay varios modos de hacerlo, sino

á pequeñas é insignificantes modificaciones que carecen de objeto y de valor.

Itard, Deleau, Kramer, Triquet, Miot, Guérin Giam Pietro, Desarénes y otros muchos, han preconizado métodos propios que concuerdan, como no podía ménos de suceder, en lo esencial: llevar la punta de la sonda, segun queda dicho, en contacto con el suelo de la fosa nasal hasta llegar al borde posterior del tabique, y una vez en este punto hacerla girar sobre su eje, de modo que la concavidad caiga hácia fuera, con lo que su extremidad franqueará el orificio de la trompa. Ni más ni ménos que esto es lo que hacen los especialistas más distinguidos; así lo hemos visto practicar á Luccæ, á Hartmann, á Voltolini, á Moos, á Politzer, á Sapolini; todo lo que se añade por los que han querido dar su nombre á maniobra tan sencilla, son recursos ideados para suplir la falta de hábito ó la poca finura en el tacto. Que al introducir la sonda se lleve su punta inclinada hácia el tabique ó por debajo del cornete inferior, es completamente indiferente: se lleva por donde se puede; porque si el tabique sobresale hácia fuera, ó el cornete aplanado obstruye el meato inferior, nos veremos obligados á escoger el camino que esté franco. Si al llegar al límite de la fosa nasal dudamos del punto en que nos encontramos, procuraremos orientarnos reconociendo el borde posterior del tabique con una rotacion dada á la sonda en sentido contrario del que hemos recomendado para entrar en la trompa, con cuyo movimiento su concavidad se enganchará en aquél y sentiremos retenido el instrumento si tiramos de él hácia afuera. Cerciorados de este modo de que no hemos traspasado el plano vertical á la abertura posterior de las narices, en cuya línea inferior se encuentra el orificio faríngeo de la trompa, no nos queda más que volver la punta de la sonda hácia afuera y apoyar su convexidad contra el tabique para terminar la operacion.

Como mera curiosidad histórica mencionaremos el proceder de Triquet, que consistía en llevar la sonda por el

meato inferior con la concavidad hácia arriba, y el de Guérin, que introducía la mano en la boca del enfermo, pasaba su dedo índice por detras del velo del paladar y se servía de él como guía para la colocacion de la sonda. Las dificultades que voluntariamente se imponían estos autores con semejantes procedimientos, y las molestias que ocasionaban al enfermo, son fáciles de comprender.

Otra modificacion del cateterismo propuesta por Kramer como método especial, es la de empujar la sonda adentro hasta tocar la pared posterior de la faringe, volver su punta hácia afuera y retirarla despues adelante en la extension de 8 á 10 milímetros, que es el punto preciso donde se encuentra la trompa. Este proceder es útil en ciertos casos, pero debe proscribirse como de aplicacion general. La tos y la náusea que algunas veces experimentan los enfermos cuando el instrumento llega á la faringe, tienen siempre lugar, y más fuerte y violentamente, cuando se pone en contacto con la pared posterior de aquélla; al retirarlo hácia adelante puede quedar la punta detenida en la fosa de Rosenmuller, que se encuentra detras de la trompa, y dar la misma sensacion que si estuviese encajada en ésta; por último, será difícil que atinemos á introducirla en la primera tentativa, y que no nos veamos obligados á volver de nuevo á la pared posterior, separarla de ésta por segunda vez rozando el lado correspondiente de la faringe, y repetir la maniobra hasta conseguir nuestro propósito, si ántes no tenemos que suspenderla por lo intolerante que se le hace al enfermo. El método de Kramer es un recurso excepcional, del que debemos echar mano cuando nos ha fallado el método ya descrito, y que deberemos llamar directo, porque es el único que nos conduce en línea recta á la trompa. Hay ocasiones en que, por grande que sea nuestra destreza, y aunque estemos seguros de haber llegado á la ventana posterior de la fosa nasal, no podemos hacer girar la sonda, porque lo estorban deformidades del borde posterior del tabique ó de la extremidad del cornete inferior; tenemos, por tanto, que hacer avanzar la sonda

en el espacio faríngeo, y perdida ésta en el vacío nos encontramos desorientados, y no nos queda más remedio que buscar nuestra salvacion en la pared posterior de la faringe.

De modo que, sometiendo á la prueba todos los procedimientos inventados para cateterizar la trompa, se echa de ver, como repetidas veces hemos dicho, que no existe más que uno, y que los demas descritos como tales no son sino variaciones suplementarias á que tenemos que acudir cuando tropezamos con alguna dificultad que nos obliga á separarnos de la regla general. Pertenecen estas modificaciones á la misma categoría de recursos empleados para vencer los obstáculos que nacen de ciertas anomalías, más frecuentes de lo que generalmente se cree. Tal es la obstruccion de la fosa nasal correspondiente á la trompa que queremos sondar, en cuyo caso nos servimos de una sonda á grande corvadura, que, introducida por la nariz contraria, la volvemos en el sentido de su concavidad hácia el borde posterior del tabique, y apoyando su convexidad en la pared externa del meato inferior, conseguimos encajarla en la abertura tubaria opuesta.

La introduccion de la sonda en el orificio faríngeo de la trompa constituye sólo el primer tiempo del cateterismo; si nos quedáramos reducidos á esto, nada podríamos sacar en claro de esta maniobra; la punta del instrumento no hace más que afrontar los dinteles de la entrada del tubo eustaquiano, lo cual, como se comprende desde luégo, dista mucho de ser un verdadero cateterismo. Desde su abertura interna ó faríngea hasta la externa, ó sea la que aboca á la caja, mide la trompa de 35 á 36 milímetros de longitud, y todo este trayecto escaparía á nuestra exploracion si despues de colocada la sonda no completáramos el exámen por otros medios auxiliares.

En la imposibilidad de llevar la sonda á lo largo de la trompa hasta su terminacion, se ha ideado inyectar por ella aire, líquidos y gases indiferentes ó medicinales, é introducir cuerdas ó bordones que hacen el oficio de man-

drines, de un tercio á medio milímetro de grueso, con los cuales podemos llegar al interior de la caja. Más adelante tendremos ocasion, al tratar de la clínica, de indicar las ventajas que de estos procederes podemos sacar para la terapéutica del oido medio; pero ahora sólo debemos estudiarlos bajo el punto de vista otoscópico.

Cuando se insufla aire en la caja por medio de una bomba á compresion, ó de una pera de caoutchouc tenida en la mano, cuya cánula se adapta á la extremidad externa de la sonda, se oye, si ponenos nuestro oido en comunicacion con el del enfermo por un tubo denominado estetóscopo *auris*, un ruido semejante, segun Deleau, al que producen las gotas menudas de lluvia cayendo sobre las hojas de los árboles, y todavía podría compararse mejor al soplo suave de un fuelle. La auscultacion hecha de esta manera, tiene inmenso valor en la apreciacion de las enfermedades del oido medio. Si los ruidos son fuertes ó débiles, ásperos, secos, duros, húmedos á burbujas gruesas ó finas; si el aire inyectado sale por el conducto externo y viene directamente á nuestro oido produciendo un silbido, ó, por el contrario, nada percibimos porque nos es imposible hacerlo pasar á la caja, diagnosticamos y diferenciamos las lesiones de esta cavidad, de la trompa y de las células mastoideas con la misma certeza que las de los órganos respiratorios al auscultar la cavidad torácica.

Aquí debemos advertir la facilidad de cometer un error de grande trascendencia al insuflar aire en la caja. La sonda ha sido colocada en el punto preciso; su extremidad interna se ha encajado en el pabellon de la trompa; el conducto de ésta está franco; practícase la ducha aérea y no percibimos estertor alguno, ni el enfermo experimenta sensacion en el oido. Antes de deducir una obstruccion tubaria procedente de una hiperemia ó hipertrofia de la mucosa, de una atresia de su orificio, de un pólipo de la caja encajado en su interior ó nacido en ella, debemos tener presente que es muy comun, áun estando su trayecto permeable y la operacion bien hecha, que el aire no

circule. Y es que en el cateterismo del oido medio, de igual modo que en laringoscopia, el enfermo debe acomodar sus músculos al acto operatorio que en él vamos á practicar. Y aunque, lo mismo aquí que allí, la acomodacion es muy sencilla, pues sólo consiste en que el enfermo permanezca natural sin echar cuenta de nada, indiferente y extraño á la maniobra á que se le somete, para que así mantenga sus músculos en relajacion, que es la condicion precisa al buen éxito de aquélla, no es fácil conseguirlo.

Por idéntico estado de contraccion muscular que en laringoscopia se produce la oclusion de las fauces, se cierra en el cateterismo el pabellon de la trompa. Al sentir el enfermo titilar la sonda en las aberturas nasales posteriores, contrae los músculos faríngeos y los del velo del paladar, como cuando se le coloca delante de la úvula el espejo laríngeo, y el resultado es que el paladar blando se levanta por la accion de los peristafilinos, tensor y elevador del velo; y como éstos se insertan en la circunferencia del orificio faríngeo de la tuba, se hinchan al contraerse y lo cierran herméticamente. En vano aconsejaremos al enfermo que esté natural, que no se contraiga, que respire; miéntras con mayor empeño procura obedecernos, peor lo hace; cree que lo hará bien poniendo algun esfuerzo de su parte, y esto es lo que á él le pierde y á nosotros tambien. Es menester impedirle, por tanto, que trate de coadyuvar al buen éxito con su voluntad, y esto se consigue, no con predicaciones, que son completamente inútiles, sino obligándole á ejercitarse en otras acciones musculares contrarias á las que nos estorban. Por eso debemos aconsejarle que respire con amplitud por la boca, lo cual basta á veces para aflojar el velo; mas como esto suele no ser suficiente, lo induciremos á la entonacion de algunas vocales, principalmente de la *a*, ó entablaremos conversacion con él para obligarle á hablar, ó le recomendaremos que trague su saliva ó una buchada de agua previamente tomada en la boca, cuidando nosotros por nuestra parte de que la insuflacion sea simultánea con el acto

que le pedimos ejecute. Raro será que el aire no penetre en la caja apelando á estos recursos; pero si, á pesar de ellos, nuestras esperanzas quedan frustradas, es señal de que la trompa está obstruida.

La otoscopia media alcanza tambien á reconocer el sitio de la obstruccion, y áun nos facilita los medios de curarla. Para las que residen en la embocadura tubaria nos servimos de la rinoscopia, con cuyo auxilio podemos averiguar si son debidas á cicatrices, granulaciones, adenomas ó tumores de otra clase; para apreciar las situadas más profundamente nos valemos de los mandrines de goma, los cuales, introducidos á traves de la sonda, se detienen al llegar al obstáculo, y revelan la profundidad á que se encuentra, su dureza y su forma, si están dotados de cierta maleabilidad.

Las inflamaciones de las células mastoideas y del tejido óseo que forma sus paredes, pueden diagnosticarse por la percusion metódicamente practicada sobre la apófisis mastoides, áun en los casos en que ésta aparece sana al exterior; por lo cual pertenece tambien este procedimiento á la otoscopia del oido medio.

Finalmente, corresponde á la exploracion de este departamento acústico la manera de apreciar objetivamente la conductibilidad de las ondas sonoras á traves de su admirable mecanismo, pues cuando esta facultad se halla en deficiencia podemos estar seguros de que la lesion reside en él. Mas como para describirla tendríamos que entrar en el terreno propio de la otoscopia interna, porque el principio en que se funda está íntimamente relacionado con el exámen del laberinto, nos reservamos exponerla en esta parte de nuestro trabajo.

La investigacion del oido interno ha sido considerada hasta nuestros días como un problema de imposible solucion. Gracias á los esfuerzos de hábiles y pacientes observadores empezamos á orientarnos en los recónditos miste-

rios que en su interior se desenvuelven; pero todavía nos hallamos muy distantes del grado de perfeccion á que hemos llegado en la exploracion del oido externo y medio. Posible es que esta inferioridad relativa persista indefinidamente, porque la cápsula huesosa en que aquél está encerrado opondrá siempre una barrera difícil de allanar por la inspeccion directa; mas este inconveniente no debe desalentarnos, pues, á juzgar por los adelantos realizados en estos últimos años, es indudable que, aunque trabajosamente, no dejaremos de progresar en el camino ya emprendido.

Las alteraciones del aparato nervioso del oido eran sumamente frecuentes para los otólogos de hace treinta años. Kramer, en una estadística de 2.000 enfermos, calificó de sorderas nerviosas 1.028 casos. Posteriormente, por efecto de las disecciones practicadas, la proporcion bajó á 10 y áun á 5 por 100, pues en casi todas las necropsias se encontraron lesiones en el oido medio. El hallazgo de éstas contribuyó á oscurecer la verdad; pues dándose por satisfechos los investigadores al descubrirlas, por creerlas suficientes á explicar la sordera, no extendían sus pesquisas al laberinto, que en muchos casos participaba tambien de la enfermedad. La mayor perfeccion con que las disecciones de temporales se ejecutan hoy día tiende á aumentar tan exigua proporcion, demostrando que las sorderas dependientes ó complicadas con lesion del órgano perceptor son más numerosas de lo que ella indica. De este convencimiento ha nacido el empeño que se ha puesto en diagnosticar la parte que el laberinto toma en los padecimientos otopáticos, y consecuencia de esta aspiracion es el impulso que ha recibido la otoscopia interna.

El exámen del oido externo y medio, contribuye en cierta medida al diagnóstico de las otítis laberínticas. Supongamos un enfermo en quien la membrana timpánica se manifiesta normal en tension, posicion y coloracion; que el mango del martillo no está inyectado, ni oblicuada su direccion; que la apófisis corta no aparece con mayor re-

lieve que el que le es propio; que la membrana de Schrapnell no está más plegada; que el tríngulo luminoso tiene su brillo, situacion y figura naturales, y deduciremos legítimamente que no padece de otítis externa, que la caja está sana, al ménos en la parte correspondiente al lado del tímpano, y que la trompa está franca. Y si luégo practicamos el cateterismo, y á la vez que confirmamos la permeabilidad del tubo eustaquiano percibimos estertores normales, que la ducha entra fácilmente, que la timpánica tiene su movilidad fisiólogica, que la cadena de los huesecillos experimenta excursiones hácia afuera en relacion con la presion aérea que en el interior de la caja producimos, podemos asegurar que esta cavidad está tambien sana del lado correspondiente al laberinto. Hé aquí, pues, cómo la otoscopia externa y media bastan á veces para sentar por exclusion el diagnóstico de otopatía interna. Pero hemos supuesto casos tipos, casos que, aunque reales y positivos, son raros, porque lo comun es que á la afeccion laberíntica acompañen lesiones de la caja; y entónces ya necesitamos apelar á otros medios para deslindar lo que á cada departamento corresponde.

Cuando observemos que un individuo sordo oye mejor viajando en coche ó en ferro-carril, y que esta mejoría es tanto más pronunciada cuanto más fuerte es la trepidacion que su cuerpo experimenta, sacaremos la consecuencia de que la causa de su sordera depende de una anquilósis incompleta del aparato de la acomodacion y de que el nervio acústico se halla sano.

Si la sordera existe solamente para un grupo de tonos ó para uno sólo, podemos con toda seguridad diagnosticar una enfermedad del laberinto. Reconocido se halla que, en estos casos, la deficiencia auditiva recae con más frecuencia sobre los tonos elevados de la escala y de la conversacion. De esto depende el que ciertos enfermos perciban fácilmente ligerísimos ruidos y sean ineptos para entender la palabra. La teoría de Helmholtz, segun la cual las diversas partes del caracol servirían para la percepcion de sonidos

diferentes, correspondiendo las primeras vueltas á los tonos agudos, y las últimas ó más altas á los graves, ha recibido plena confirmacion por el hecho recientemente observado por Moos, de Heildeberg, quien halló atrofiadas las fibras nerviosas de la primera vuelta del caracol en una pieza patológica perteneciente á un enfermo cuya sordera se limitaba á los tonos elevados y á la conversacion.

Las ondas sonoras que llegan á nuestro oido á traves del aire, pueden dejar de ser percibidas lo mismo por una enfermedad del aparato acomodador (oido medio) que del perceptor (oido interno); y sólo cuando la falta de audicion se presenta con esa especie de electividad de que acabamos de hacer mérito, podemos deducir que su orígen radica en las partes profundas del aparato acústico. En presencia de esta duda, que es el caso más frecuente, nos vemos precisados á investigar la conductibilidad de las ondas sonoras á traves de los huesos del cráneo ó de la cara, porque, eliminando de este modo el aparato conductor, las vibraciones pueden llegar directamente sin necesidad de adaptacion especial al nervio y revelarnos su estado funcional.

Si el enfermo percibe el reloj puesto en contacto con la mastoides, el temporal, la porcion vertical del maxilar inferior, los dientes, etc., adquiriremos la conviccion de que el nervio acústico funciona normalmente. Debemos advertir, sin embargo, que del resultado negativo de esta prueba no podemos sacar la consecuencia contraria, pues la conductibilidad por los huesos del cráneo ofrece diferencias segun los individuos: los hay que la tienen muy débil, y es nula ó casi nula en los viejos.

Se necesita, por tanto, recurrir á instrumentos de sonoridad más potente que los relojes de bolsillo: tales son los diapasones. Sirven éstos tambien para medir la audicion á traves del aire, pero su principal importancia consiste en la utilidad que nos reportan cuando tratamos de estudiar la trasmision ósea de los sonidos.

Colocado un diapason en la línea media del cráneo y

golpeado con un pequeño martillo, se perciben sus vibraciones sonoras con igual intensidad por ambos oidos durante un tiempo más ó ménos largo. Si el mismo diapason se coloca delante del conducto auditivo, y golpeado con la misma fuerza se percibe por un tiempo mucho más largo que el invertido en la percepcion craneana, será señal de que el órgano trasmisor funciona normalmente; cuando sucede lo contrario, su funcion se halla entorpecida.

Wheastone y Weber observaron que, puesto en vibracion un diapason aplicado sobre el cráneo de una persona que tenga su audicion normal, el sonido se refuerza en aquel lado cuyo conducto auditivo se ha tapado con el dedo. De esta observacion, facilísima de comprobar, se ha sacado la consecuencia de que, de la misma manera que las ondas sonoras engendradas en el aire caminan por el aparato trasmisor hasta el laberinto, así las que llegan á éste por los huesos del cráneo salen en parte al exterior haciendo oscilar la cadenilla huesosa y la membrana timpánica, y que por eso, cuando esta vía de escape se inutiliza obstruyendo el meato, el sonido aumenta en intensidad. A esto es debido la posibilidad de volver á percibir las vibraciones del diapason si, despues de extinguidas, al parecer, nos tapamos los oidos.

Veamos ahora la aplicacion que de este fenómeno se ha hecho al estudio de las enfermedades del laberinto. Si en un sordo la percepcion craneana es clara, distinta (normal), lo mismo en un lado que en otro, y la medicion nos ha dado igual índice para ambos oidos, estaremos en el caso de concluir que la enfermedad no reside en el aparato perceptor. Pero lo más frecuente es que los grados de sordera sean diferentes en cada lado, ó que ésta sea unilateral, y entónces es cuando la experiencia de Wheatstone y Weber tiene un valor inestimable para el diagnóstico.

Vibra el diapason sobre la cabeza del enfermo, y el sonido es más intenso en el lado de mayor torpeza auditiva, ó en el únicamente afectado; la enfermedad ha atacado

entónces los componentes de la caja dejando intacto el laberinto; pero si la debilidad perceptiva al diapason está en relacion directa con el grado de sordera de uno cualquiera de los lados, será indicio de que ésta procede del aparato nervioso.

En conformidad con estos principios, ha formulado Dennert la regla siguiente: si la prueba de la audicion hecha por el aire guarda paralelismo con la verificada por los huesos del cráneo, el laberinto es el que padece; si la segunda es mejor percibida que la primera, la caja es entónces el asiento de la enfermedad.

La fisiología, dándonos la explicacion de por qué la percepcion craneana es más distinta del lado afecto, nos ha acostumbrado á encontrar este hecho muy natural; pero el enfermo, que no conoce la razon de esta aparente anomalía, se queda sorprendido ante ella, vacila, duda y llega hasta expresar lo contrario de lo que siente. A nuestra pregunta: ¿de qué lado lo siente Ud. mejor? suele contestar: ¡Naturalmente: de éste, que es con el que oigo más!

Y sin embargo, en la mayoría de casos su afirmacion no es exacta. Es claro que, cuando se trata de una persona acostumbrada á observarse y que está prevenida de antemano por nosotros de la posibilidad de oir mejor por el lado malo, debemos confiar en su dicho si, despues de varias pruebas para darle tiempo á la comparacion, viene á confirmar nuestra prediccion; mas cuando, á pesar de repetidas advertencias, continúa siempre diciendo que oye mejor con el lado bueno ó ménos enfermo, necesitamos averiguar por nosotros mismos si esto es cierto, porque de serlo ó no serlo el diagnóstico varía.

El otoscopio interferente nos proporciona el medio de apreciar objetivamente la intensidad con que las ondas sonoras se trasmiten á traves del oido del enfermo. Dicho instrumento consiste en un tubo de caoutchouc, compuesto de tres ramas reunidas en un punto central, que establece la comunicacion entre ellas. Dos de sus ramas se unen formando un ángulo á manera de los brazos de una

V; del vértice de este ángulo arranca otra rama que comunica con las primeras, de modo que las tres reunidas representan exactamente la figura de una *Y*.

Las extremidades de los tubos están provistas de virolas de marfil para poder adaptarlas á los conductos auditivos. El observador introduce en el individuo sometido á la experiencia los extremos de los brazos de la *V*, y el otro en uno de sus oidos; coloca en seguida un diapason sobre la cabeza de aquél, y lo hace vibrar golpeándolo con un martillo; las vibraciones se propagan por los huesos del cráneo á los oidos del paciente, salen por los conductos auditivos, y, enfilando las ramas homólogas adaptadas á la abertura de éstos, vienen á parar al oido del cirujano por la más larga de las ramas del instrumento, que es la destinada á este fin. Si se quiere entónces comparar la intensidad con que de cada uno de los lados se escapa el sonido, no tenemos más que comprimir alternativamente uno ú otro de los tubos similares del otoscopio y notar las diferencias.

Si éstas no existen y el diapason es percibido con igual claridad, distincion y fuerza, cualquiera que sea el lado que dejamos en comunicacion con nuestro oido, deduciremos que no existen lesiones en la caja, puesto que su funcion de trasmitir las ondas sonoras se verifica normalmente, y que la sordera depende de una alteracion del laberinto; pero si notamos que las vibraciones sonoras son del lado afecto, ó del más entorpecido para la audicion, ménos perceptibles que las del sano ó mejor, sacaremos entónces la consecuencia de que la enfermedad ha atacado el aparato trasmisor.

Independientemente del valor que como método de diagnóstico tienen estos procedimientos, ofrecen gran interes porque revelan el ingenio empleado para llegar á vencer las dificultades que la naturaleza ha puesto al exámen objetivo del aparato perceptor de la audicion.

Y áun todavía se ha adelantado más en este camino. La ley segun la cual los nervios motores reaccionan normal-

mente á la excitacion eléctrica de la corriente continua, ha sido aplicada por Brenner á la exploracion de la capacidad funcional del nervio acústico. Para esto trató de hallar la fórmula normal indicadora de la manera como el nervio responde á la excitacion galvánica, y encontró que, si empleando una corriente de mediana fuerza (4, 6 ú 8 elementos) se aplica el polo negativo sobre el oido, y el positivo á cierta distancia sobre otro punto cualquiera del cuerpo, se produce al cerrarse la corriente una sensacion sonora que va debilitándose paulatinamente hasta desaparecer al cabo de algun tiempo, y que no se reproduce al abrir el circuito; pero si, á la inversa, el polo positivo se aplica sobre el trago ó en el interior del conducto auditivo lleno de agua, y el negativo en un punto distante, no se percibe nada ni al cerrar la corriente ni durante el paso de ella, y solamente á la abertura del círculo se nota una sensacion débil. Por lo tanto, cuando hallemos que el nervio acústico reacciona de esta manera, podemos deducir que se halla sano si hemos cuidado de salvar los obstáculos y las causas de error, señaladas por Brenner, que se oponen á la comprobacion de la fórmula.

Expuesto ya lo más indispensable de la técnica otoscópica para la comprension de las enfermedades del órgano, pasemos á estudiar los casos más notables que se han presentado en el Dispensario.

II

PATOLOGÍA Y CLÍNICA OTOLÓGICAS

Así como en patología laríngea hemos dicho y demostrado que es imposible llegar á establecer el diagnóstico sin la vision completa del órgano, del mismo modo vamos á probar ahora que para alcanzar idéntico resultado en Otología se necesita la aplicacion de toda la técnica otoscópica.

El problema es aquí más complicado, porque no basta, como allí, con llegar á ver mediante una sola maniobra; se necesita ver, oir, percutir, medir la funcion, y trasformar en objetivas sensaciones subjetivas mediante múltiples y delicados procedimientos.

Por valiosos que sean los signos que la otoscopia externa pueda suministrar, siempre nos veremos obligados á confirmar su legitimidad con los recogidos por la otoscopia media é interna, pues sólo así podremos fijar el diagnóstico de una manera indubitada.

La complicada estructura del oido exige no omitir ninguno de los métodos ideados para explorar cada uno de sus departamentos, porque en ningun órgano hay que desconfiar de las apariencias tanto como en éste. Pues en vista de que las otorreas con ó sin dolor, y las sorderas sin lesion apreciable, son la expresion constante de casi todas las otopatías, seríamos conducidos, si nos guiásemos exclu-

sivamente por ellas, á suponer que la enfermedad residía en el conducto auditivo ó en el nervio acústico. Y así ha venido suponiéndose hasta estos últimos años, en que la Otología ha adquirido condiciones verdaderamente científicas. Por eso las otítis, pólipos, apostemas, forúnculos del conducto y las sorderas nerviosas constituían, aún no hace muchos años, toda la patología auricular.

La revolucion operada en esta manera de considerar la Otología, ha sido fundamental. Las sorderas reconocidas como procedentes de lesiones de la caja, constituyen hoy el 80 por 100 de toda estadística bien llevada. Y de este progreso realizado en el diagnóstico no se sacará partido sino imponiéndose el especialista la ardua tarea de emplear en cada caso todos los procedimientos otoscópicos descritos en la primera parte de este trabajo. A esta conducta nos hemos atenido en el exámen de los enfermos que se han presentado en el Dispensario, segun podrán juzgar nuestros lectores por el análisis que de sus otopatías damos á continuacion.

OTÍTIS EXTERNAS. — CASOS CLÍNICOS EXTRACTADOS DEL REGISTRO GENERAL DE ENFERMEDADES DE OIDOS

Número 12

María G. M., de veinte y seis años de edad, sirvienta. Dice que hace años está sorda á consecuencia de catarros. Medida su audicion, resulta que oye al contacto en el lado derecho, y á dos centímetros en el izquierdo. El reconocimiento de este lado muestra sano el conducto; pero por las señales que en el tímpano se advierten se viene en conocimiento de la existencia de un catarro seco de la caja, del que nada diremos aquí por no ser éste lugar oportuno. En el lado derecho se nota, en su tercio profundo, un tapon de cerúmen, despues de cuya extraccion aparece enrojecida su membrana, y tambien la timpánica. Esta otítis ex-

terna era producida por la presencia del cuerpo extraño, pues á la tercera visita estaba ya curada, y la audicion restablecida hasta oir el reloj á ocho centímetros del pabellon; no pudiendo conseguirse mayor aumento porque, cuando el tímpano recobró sus condiciones normales, se notó que de este lado existía en la caja el mismo proceso escleromatoso que en la del izquierdo.

Número 25

Antonio G., de cuarenta y seis años, de oficio camarero. Amigdalítis hipertrófica. Sordera doble; audicion al contacto. Tapon en el conducto izquierdo, extraido en parte sin mejoría de la funcion. No se hizo el diagnóstico en el primer reconocimiento; y como el enfermo no volvió á presentarse, falta este dato en su historia; pero desde luégo puede asegurarse que las cajas estaban afectadas.

Número 27

Tomás B., de treinta años, vendedor. Sordera antigua, cuyos antecedentes ignora el enfermo, de diez centímetros en el lado izquierdo y de cuatro en el derecho. Del primero se extrae un tapon de cerúmen, con lo que la audicion se aumenta á 40 centímetros, desapareciendo los zumbidos y una sensacion molesta que en él existían.

En el segundo falta el tímpano, no hay flujo, y la audicion mejora hasta ocho centímetros con el sondaje.

Número 39

Tomasa A., de treinta y ocho años, casada; ocupa una cama en la sala de mujeres. Al pasar la visita el día 20 de Mayo, dice que hace dos días tiene zumbidos en el oido derecho y que no oye de este lado. Se la manda ir al Dispensario, y examinada se comprueba que la audicion ha bajado á dos centímetros y que el conducto está relleno en su tercio interno por un tapon. Encargado el Dr. Morales de hacer su extraccion lo consigue en algunos minutos, y la audicion se hace normal en el acto.

Observacion sin número

Como en este mismo día se quejase uno de nuestros compañeros, el Dr. D. Ambrosio R., de dolores vagos y profundos alrededor del oido (regiones temporal y mastoidea), y se manifestase aprensivo de tener lesion en los huesos porque había visto morir repentinamente á un enfermo que ocupaba la cama núm. 1 de la sala de Santa Isabel con cáries del temporal, le propusimos se dejase reconocer, y hallamos en ambos conductos masas ceruminosas durísimas comprimiendo los tímpanos. En vista de esto le hicimos presente que sus dolores procedían de la compresion ejercida por dichas masas y que debía procurar extraerlas, porque podían con el tiempo ocasionar lesiones tales que llegarían á perturbarle la funcion de un modo permanente.

Número 41

Rafael C., de diez y siete años, natural de Madrid. Tuvo una pulmonía á los 10 años, quedando desde entónces algo sordo del oido derecho; posteriormente experimentaba en él dolores cada vez que tomaba baños al aire libre, y la sordera iba aumentando; hoy sólo percibe el reloj al contacto. Examinado, se ve en el fondo del conducto un cuerpo extraño, que, extraido, se reconoció ser un peloton de algodon. La audicion aumenta en el acto á seis centímetros, á pesar de que la timpánica estaba inflamada y colapsada.

Por los antecedentes que el enfermo dió; por los signos que muestra de ozena escrofuloso de la fosa nasal derecha y de angina granulosa; por el no restablecimiento completo de la funcion despues de extraido el cuerpo extraño, se diagnosticó una esclerósis de la caja, como otopatía principal é idiopática, y como secundaria y accidental la otítis externa. El sondaje intentado no tuvo efecto, sin que podamos asegurar si por la falta de acomodacion en el enfermo ó por obstruccion de la trompa, pues el corto

tiempo que tuvimos el caso bajo nuestra observacion no nos permitió aclarar este punto.

Número 30

José Rivera, de quince años, estudiante de Medicina. Coriza crónico desde que tiene uso de razon, sostenido por la diátesis escrofulosa. Hace doce años que ensordeció por tomar baños en el río. Su audicion es nula en el lado derecho, y sólo al contacto en el izquierdo.

Nótanse en este lado los signos de esclerósis de la caja, y en aquél grandes blocs de masas ceruminosas negruzcas, por cuya circunstancia esta observacion pertenece á la clase de las otítis externas; pero como todo el interes de ella estriba en los destrozos que la acumulacion de aquéllas produjo en el tímpano y en el oido medio, aplazamos su completa exposicion para el próximo capítulo, y nos limitamos á mencionarla de pasada, sin entrar por ahora en más detalles.

CONSIDERACIONES

Escasa por demas parecerá la estadística que de otopatías externas nos ha ofrecido el Dispensario. Y áun todavía, si nos preciáramos de rigurosa exactitud, deberíamos eliminar de esta clase casi todas las observaciones que hemos relatado; porque, como ha podido observarse, los signos suministrados por el oido externo carecen de importancia ante los gravísimos que existían en la caja.

A dos causas principales puede atribuirse esta penuria de casos: 1.ª, á lo raras que son las enfermedades circunscritas á los límites del conducto y desprovistas de complicaciones; 2.ª, á que las que tienen este carácter son de breve duracion, y curan sin necesidad de acudir al especialista. Por eso, las que se presentan en un servicio organizado al efecto pertenecen á otítis difusas sostenidas por otorreas procedentes del oido medio, á pólipos y excrescencias que tienen el mismo orígen, ó bien son estreche-

ces y atresias secundarias, ó masas ceruminosas y epitélicas que han hecho sentir sus efectos en lo profundo del órgano.

Exceptuando la observacion 39, no hallamos ninguna otra de otopatía externa, pura y sin complicacion; quizá la que le sigue sea tambien de la misma clase, pero no podemos asegurarlo hasta que nuestro compañero nos comunique el resultado que en su otalgia tuvo la extraccion de las concreciones ceruminosas.

Respecto á estos casos, llama desde luégo la atencion la falta de relacion causal que parece haber entre la presencia del tapon y la sordera; el primero ha venido formándose lentamente, y existe, por consiguiente, desde largo tiempo; la segunda aparece, por el contrario, repentinamente, y se acompaña, por lo comun, de zumbidos, vértigos, sensacion de plenitud, etc.; y todos estos síntomas son, sin embargo, dependientes de aquél, como lo prueba la desaparicion de ellos y el restablecimiento funcional que siguen á su extraccion. Y es que la acumulacion de cerúmen no es causa de sordera ni de sufrimientos en el oido sino á condicion de que obstruya herméticamente el conducto ó de que comprima el tímpano. Ahora bien; la realizacion de estas condiciones puede tener lugar repentinamente: ya es el mismo enfermo el que, escarvando, rascando ó limpiando sus oidos, mueve el tapon y lo coloca de modo que impide en absoluto la llegada de las sondas sonoras al tímpano, ú ocasiona la compresion de éste empujándolo hasta el fondo; otras veces es una corriente de aire frío ó húmedo que, obrando sobre el conducto, lo acatarra, hincha, congestiona sus paredes, disminuye su luz, y produce, por consiguiente, los mismos fenómenos; ó bien los determina, lo que tan gráficamente expresan los enfermos diciendo: «bañándome me entró agua en los oidos, y desde entónces siento molestia en este lado y me parece que oigo ménos»; lo cual significa que se acatarró de uno de los conductos. Y así es cómo se explica que una secrecion excesiva acumulada durante mucho tiempo, pero que

no daba señales de su existencia, se convierta de pronto en causa de otopatía.

Este es el lugar oportuno de deshacer el error, que consiste en creer dependiente de falta de aseo la acumulacion de masas ceruminosas; error del que participan, no solamente los enfermos, sino tambien muchos médicos. De esta creencia pueden originarse graves inconvenientes, pues los que así piensan son conducidos á hacer frecuentemente la *toilette* de sus oidos, profundizando todo lo que pueden; con cuyas maniobras lastiman el tercio interno del conducto y la timpánica, que son sumamente sensibles, sin conseguir la limpieza que pretenden. Es menester, por tanto, aconsejar á toda persona cuidadosa del aseo que, por lo que respecta á los oidos, éste no debe pasar del tercio externo del conducto, y que si fuese necesario llevarlo más allá, debe ponerse en manos del especialista. Porque hay que tener presente que los tapones de cerúmen no son resultado del desaseo, sino que dependen de una enfermedad de las glándulas ceruminosas, enteramente igual á la conocida en otras glándulas y regiones con el nombre de acné sebáceo fluyente; cuya enfermedad, ademas de la separacion de los productos segregados y amontonados, exige la curacion del órgano secretor.

El bello ideal en los casos de esta naturaleza es que no exista complicacion, porque entónces el enfermo queda curado en la primera sesion, ó lo está á los pocos días de la liberacion de sus tapones, si éstos habían ya producido mecánicamente una ligera miringítis. Pero desgraciadamente la complicacion existe casi siempre, unas veces como consecuencia, y otras como antecedente. Importante es, si se puede, llegar á conocerla desde el principio, porque de este modo no nos expondremos, al descubrir la obstruccion del conducto, á hacer un pronóstico halagüeño que luégo no había de realizarse. El principal criterio á que debemos atenernos para evitarlo, es apreciar exactamente la audicion ántes y despues de la separacion del cuerpo extraño; porque si en el primer caso la sordera es

muy graduada, y en el segundo mejora muy poco ó nada, podemos asegurar desde luégo, áun ántes de recoger otros signos, que hay lesion en la caja.

Así hemos formulado el diagnóstico en las observaciones 12, 27 y 41, y eso que en la segunda alcanzó la audicion 40 centímetros en el acto de ser extraido el tapon; pero como todavía faltaba mucho para la normalidad, y posteriormente tampoco llegó á ella, como debía haber sucedido, en pocos días, si no hubiese existido complicacion, de aquí que estableciéramos cierta reserva respecto á la curacion radical; y que en esto procedimos con acierto, lo demostró el porvenir.

Hemos dicho que las otopatías externas sin complicacion son sumamente raras, y vamos á probarlo. Es cierto que en el conducto se observan pólipos, excrescencias, granulaciones, flujos, cáries, inflamaciones, úlceras, etc., como en los demas departamentos del órgano; pero la mayor parte de estas lesiones aparecen en él secundariamente y son mera propagacion de las de la caja, ó concluyen por extenderse á ésta si han empezado en aquél. No hay pólipo verdadero ni otorrea de larga fecha que no provenga del oido medio. Los casos que se citan pueden explicarse por errores de diagnóstico, pues su frecuencia disminuye al compas de la minuciosidad y del esmero que se pone en la inspeccion otoscópica. No á otra causa atribuimos el hecho de que en el Dispensario no se haya presentado un solo ejemplar de pólipo ó de otorrea del conducto. Y lo que decimos de estas otopatías, es igualmente válido en las otítis difusas: descritas vienen en las obras de la especialidad bajo la forma aguda y crónica; pero analizando detenidamente los caractéres y la etiología de unas y otras, se viene en conocimiento de que las primeras no se desarrollan espontáneamente, sino que son producidas por causas mecánicas, químicas, líquidos irritantes, quemaduras, etc., y de que las segundas están sostenidas por un vicio diatésico, erisipela ó eczema escrofuloso, propagado desde el pabellon, que no tarda en

implantarse en la caja, y á cuya localizacion debe su persistencia y tenacidad, su cronicismo, en fin. La única otopatía que merece la calificacion de externa es la inflamacion de las glándulas de la piel del conducto, conocida con el nombre de forúnculo del oido ú otítis circunscrita: siempre es aguda, nace repentinamente, ocasiona sufrimientos agudísimos, y se reconoce en una hinchazon limitada á un punto de las paredes del conducto, generalmente hácia su entrada, de color rojo subido, sumamente dolorosa al tacto, y en la cual, al cabo de tres ó seis días, se presenta un puntito amarillento, indicio de que el pus se ha formado. Abierto el forúnculo espontánea ó artificialmente, fluye del meato corta cantidad de materia, más ó ménos sanguinolenta, por uno ó dos días, y todo entra prontamente en calma.

Se comprende que tan rápida enfermedad no figure en el registro de una clínica otológica, porque apénas ha sido sentida cuando ya ha terminado. Ella constituye lo que vulgarmente se conoce con el nombre de apostemilla de los oidos, la cual, como todo el mundo sabe, pasa sin necesidad de auxilio facultativo, ó á lo más con una ó dos visitas del médico de familia.

Sus causas son algunas veces irritaciones traumáticas, no pocas es debida á la aplicacion de ciertos medicamentos, y otras á los baños de ola.

La circunstancia de que en algunas personas la otítis circunscrita recidiva con frecuencia, ha conducido al distinguido otólogo Loewenberg á estudiar el pus procedente de la abertura del absceso, y ha encontrado en él un *micrococcus*, al cual atribuye propiedades auto-infectivas, considerándolo, por tanto, como la causa reproductora de la enfermedad. Sin desconocer la importancia y el valor de estas investigaciones, haremos notar que el forúnculo se presenta en ciertos individuos, tanto en el oido como en los demas puntos del cuerpo, con el carácter diatésico, reproduciéndose sin interrupcion durante un período de tres ó cuatro meses, y que las personas en quienes esto

sucede suelen ser escrofulosas ó artríticas; por lo cual, para prestar á la teoría de Loewenberg un asentimiento verdaderamente científico, sería menester demostrar una relacion causal entre el *micrococcus*, la forunculósis generalizada, y las diátesis escrofulosa y artrítica.

OTÍTIS MEDIA SUPURATORIA SIN COMPLICACION DE CÁRIES NI DE PÓLIPOS. — CASOS CLÍNICOS

Número 3

Josefa O., de cincuenta y cuatro años, soltera. Sufrió hace tres años un golpe en la region superciliar izquierda que le hizo perder el oido del mismo lado; el derecho lo tenía perdido desde la niñez. Oye la conversacion en alta voz cuando se le habla de cerca; no percibe el reloj al contacto.

Exámen otoscópico. —Destruccion total de las timpánicas en ambos lados; en el derecho queda sólo un diafragma de uno y medio á dos milímetros; nótase bien distinto el promontorio ó pared interna de las dos cajas; desaparicion completa en una y otra de la cadenilla huesosa, excepto en la izquierda, donde se ve distintamente el estribo aislado y conservando su posicion normal. Tactando ligeramente este resto de la cadena con un estilete, se obtiene la sensacion propia de hueso y se produce una especie de conmocion cerebral. Nada de flujo.

El sondaje de la tuba se hace con facilidad, y el aire inyectado por ella sale directamente por los conductos, produciendo silbidos perceptibles á distancia; el líquido introducido por éstos va á parar á las fauces. No hay sufrimientos ni dolores.

Despues del sondaje se aumenta la audicion á 20 centímetros; pero viendo que la mejoría era poco duradera se

le pusieron unos tímpanos artificiales de uata, con los cuales se logró que aquélla se sostuviese.

Fácil nos fué con los signos recogidos, y observada la marcha del padecimiento, reconstruir la historia patológica de esta enferma.

La pérdida de su oido izquierdo no data, como ella cree, desde la contusion super-ciliar recibida hace tres años; arranca de la infancia, como la del derecho. Las lesiones son iguales en uno y otro lado, y deben haber sido producidas por intensas y profundas otítis medias, que llegaron á cariar y á destruir la cadena; y esto no pudo verificarse sin que la enferma sufriera grandemente, cosa que no aconteció cuando recibió el golpe en la ceja, pues dice únicamente que perdió el oido de ese lado. Los sufrimientos de oidos durante la niñez son desconocidos ú olvidados en la edad adulta, y luégo, cuando una causa ocasional viene á aumentar la sordera, se hace datar de ella la otopatía. Y que en nuestra enferma es esto lo que sucedió por la contusion super-ciliar, se aclara con lo que posteriormente le sobreviene cada vez que por el más ligero enfriamiento se agudiza el estado de la caja: formacion de pequeñas cantidades de pus y sordera graduada.

Cuando la otítis se hace fluyente cede pronto á las insuflaciones de alumbre en polvo, se vuelven á colocar los tímpanos artificiales, y la enferma queda apta para la vida de relacion.

Tal vez llamará la atencion que una otítis media como ésta, en la que al principio hubo cáries, y áun todavía, despues de más de 50 años, se mantiene ésta evidente por la presencia del estribo denudado, la hayamos incluido entre las desprovistas de complicacion; pero hay que tener presente que el proceso carioso concluyó con la destruccion de las cadenillas, y que el estribo izquierdo, único resto que de ellas queda, está allí muerto, retenido quizá por una anquilósis.

Demuéstrase por esta observacion cuán errados andaban los antiguos fisiólogos al suponer necesaria, para que

se verificara la audicion, la integridad del tímpano y de la cadena.

Número 4

Antonia S., de veinticuatro años, soltera. Supuracion del oido derecho; no oye al contacto; dolores por temporadas con recrudescencia de la otorrea al calmarse.

Atribuye su padecimiento á la accion del frío, y dice que le empezó hace algunos años.

Del reconocimiento resulta: membrana timpánica engrosada, enrojecida y con una perforacion en el tercio medio del segmento anterior.

Diagnóstico. — Otítis media supuratoria.

Desde el 21 de Mayo hasta fin de Junio se consiguió extinguir la supuracion con tópico de alumbre en sustancia al conducto, é inyecciones de agua tibia ligeramente alcoholizada, conducidas á la caja por la trompa. La audicion se aumentó á 10 ó 12 centímetros, y la perforacion quedó persistente.

Número 7

Isidora B., de treinta y ocho años de edad, viuda. Sorda hace tres años; esclerósis de la caja en el lado derecho; supuracion y perforacion timpánica en el izquierdo. No oye al contacto.

Tratada de este lado por el sondaje y el alumbre recobró audicion por seis centímetros á las pocas sesiones, y dejó de venir por considerarse ya apta para sus ocupaciones de suplenta. A los tres meses se presentó de nuevo en el mismo estado que la vez primera: sorda del todo á consecuencia de un catarro; y sometida al tratamiento anterior, se consiguió igual resultado. Otra tercera vez se repitió la escena, obteniéndose análogo éxito. De modo que, cada vez que esta enferma se acatarraba, se ponía completamente sorda.

Número 8

Ceferino M., diez y ocho años, dependiente de ultramarinos. Quedó sordo hace trece años á consecuencia del sarampion. Medida su audicion, resulta ser de cuatro centímetros en el lado derecho y al contacto en el izquierdo. Aunque no fluyen sus conductos, se nota en las timpánicas dos perforaciones homólogas del tamaño de una lenteja en la parte media del segmento posterior inmediatas al mango del martillo, lo cual demuestra la existencia de otorreas antiguas.

De sus narices se extrae, al sondarlo, cantidades enormes de costras oscuras y de pus sanguinolento, por lo que le fueron reconocidas las fosas nasales y se comprobó un ozena ulceroso.

Difícilmente se podrá encontrar un individuo más abandonado en el aseo de su persona que este jóven. Se presentaba en el Dispensario lleno de inmundicias, tan sucio y asqueroso que los demas enfermos rehusaban sentarse á su lado. En el espacio de una semana que mediaba de una á otra sesion no pudimos conseguir que se pulverizara las narices, ni áun siquiera el día que venía á la cura. Al introducirle la sonda se obstruía ésta con el pus espeso y las costras de que estaban rellenas sus fosas nasales; hubo necesidad de destinar una para él solo, pues, áun desinfectándola, temíamos comunicar su ozena á otro enfermo. Resultado: que habiéndole manifestado que si no atendía á la curacion de sus narices no podía adelantar nada en la de su sordera, dejó de presentarse al mes justo, teniendo entónces una audicion de medio centímetro en el izquierdo y de cinco en el derecho, que era hasta donde llegaba con el sondaje.

Número 11

Leoncia B., de quince años. Oye bien del oido izquierdo, pero el derecho le supura desde que, siendo pequeña, pasó el sarampion. No pudo reconocérsele por la otosco-

pia externa, porque á la entrada del conducto había una estrechez circular sumamente graduada, que no permitía la introduccion del espéculo más delgado; hízose, sin embargo, el diagnóstico por medio de la otoscopia media, pues la inyeccion de la ducha aérea produjo en el otóscopo un silbido, indicador de que existía perforacion timpánica. Se le lavó el oido, se le colocó un tallo de laminaria, recomendándole que lo sacase todos los días y se hiciese una irrigacion de agua tibia. No volvió más.

Número 17

Elena G., de siete años. Catarro escrofuloso naso-faríngeo; otítis doble media, supuratoria, con perforaciones timpánicas; atresia de los conductos. Lavatorio, alumbre, laminaria. En su hoja clínica no hay indicacion de que obtuviese alivio en seis meses que vino al Dispensario.

Número 19

María G., de sesenta y tres años. Sorda á la conversacion en alta voz y al contacto del reloj. El reconocimiento deja ver grandes perforaciones que permiten reconocer el promontorio, y en uno de los lados disecado, y al aire, el mango del martillo; poca supuracion. No recuerda desde cuándo está sorda; sólo sabe que hace muchos años. Preguntada si padece de la garganta, dice que no; pero, examinada, se notan costras secas y negruzcas en la pared posterior de la faringe, lo que nos induce á examinar sus narices, y encontramos un ozena ulceroso.

Los lavatorios hechos por el conducto salen por la garganta. La sonda arrastra consigo grandes blocs de secreciones puro-sanguinolentas, y la ducha aérea aumenta la audicion á seis y ocho centímetros, oyendo entónces perfectamente la conversacion ordinaria.

Siempre que se presenta en el Dispensario, viene tan sorda como la vez primera; despues de lavada, sondada,

é inyectados sus conductos y la trompa, gana su audicion los centímetros ya indicados. Pero con esta enferma tocamos los mismos inconvenientes que con el del número 8; no hay medio de convencerla de que por sus narices hay que llegar á curarle la sordera, ó por lo ménos á hacerle permanente el alivio que obtiene en cada sondaje. El método de Valsalba, que podría bastarle para que ella sola se lo proporcionase, no atina á practicarlo aunque le damos el ejemplo en nosotros mismos. En fin, viene con grandes interrupciones, y se manifiesta satisfactoriamente admirada por salir oyendo; pero extraña siempre de que le digamos se cuide las narices, porque éstas, segun ella, no tienen nada que ver con los oidos.

Número 22

José C., de cincuenta y cuatro años, enfermero en la sala de hombres del Instituto. Siempre ha estado bueno de los oidos; pero habiendo reinado la erisipela en el hospital, se contagió de ella y se le propagó á los oidos. Cuando ya convaleció, se quejó de estar sordo y de que los oidos le supuraban.

Audicion al contacto en el izquierdo y nula en el derecho. Perforacion lenticular en ambas timpánicas, con pulsacion de una gota de líquido trasparente, que despues del lavatorio quedó entre los bordes de aquélla. Hecho el sondaje, subió á 15 centímetros en el lado izquierdo y á tres en el derecho. Se le recomienda que todos los días se lave con agua tibia alcoholizada al tercio. A la tercera visita está curada la otorrea, el enfermo oye normalmente, las perforaciones subsisten. Tapones de algodon á los oidos y suspension de las curas.

Número 24

Victoriana G., de siete años. Otítis media supuratoria en ambos lados; perforaciones timpánicas. Vino una sola vez.

Número 29

Cármen R., de diez y siete años, escrofulosa. A consecuencia de unas anginas sintió hace cuatro años dolor en el oido derecho, que cedió al presentársele una otorrea, la cual subsiste desde entónces. Perforacion del tímpano, comprobada por el espéculo y el sondaje. Cura de alumbre primero, y despues de ácido bórico en sustancia. Lavatorios diarios con agua alcoholizada, cuya proporcion se ha ido aumentando paulatinamente hasta tres cuartos de alcohol. Al cabo de cuatro meses la supuracion está casi extinguida, una gota lo más al día. La audicion, que era nula, alcanza ya ocho centímetros. Al cerrarse el Dispensario se le recomienda un baño todos los días de alcohol puro durante las vacaciones.

Número 30

D. José Font, de cuarenta y seis años, cesante. Este enfermo es el mismo de la observacion de laringítis fímica que lleva el núm. 8. Como allí se dijo, hace diez y ocho meses que, rascándose en el interior del oido izquierdo, se lastimó; sobrevino dolor y despues supuracion. Tiene perforada la membrana timpánica, y los líquidos inyectados por el conducto salen por la garganta, como tambien cae á ésta el pus fétido segregado en la caja.

Diagnóstico. — Otítis media tuberculosa. Lavatorios y cura al ácido bórico. Nada se ha adelantado en el oido, al que, por otra parte, el enfermo da tan poca importancia que en el espacio de algunos meses sólo se ha curado tres veces, pues toda su atencion se fija en el padecimiento de garganta.

Número 31

Nicolás G., veinticinco años, viudo, de profesion carpintero. Padece de los oidos hace veintitres años: desconoce las causas. Audicion: dos centímetros en el izquierdo, nula en el derecho, en el que existe perforacion del tím-

pano. Despues del sondaje oye á 10 centímetros con el izquierdo. No volvió.

Número 34

José P., cinco años, escrofuloso. Tuvo calenturas gástricas, á consecuencia de las cuales hará como unos quince días que empezaron á supurarle los oidos. Se diagnostica su otopatía de otítis doble media supuratoria con perforaciones timpánicas. Curacion con alúmina y sondaje. No vino más que tres veces, y no consta el resultado en su hoja clínica.

Número 37

D. Fernando M., diez y ocho años, estudiante. Hace un año que al cicatrizársele una úlcera de la pierna que le duró mucho tiempo, empezó á supurarle el oido derecho, en cuyo tímpano se notan varios depósitos caseosos. En el izquierdo tiene un tapon de cerúmen. La audicion es de cuatro á seis centímetros. Despues del sondaje llega á 14 centímetros en el derecho. No vino más que dos veces.

Número 38

Antonio Gonzalez, de trece años. Quedó sordo á consecuencia de una pulmonía que tuvo cuando era pequeño. No se acuerda haber sufrido entónces de los oidos, pero hace un año, y con motivo del sarampion, se le presentaron otalgias agudísimas. Hay esclerósis de ambas cajas, con miringítis hipertrófica en el lado izquierdo y perforacion; lo cual prueba que en este enfermo han existido la otítis seca media y la húmeda en el mismo oido, que la segunda es de fecha reciente y que ha venido á implantarse sobre la primera. Viene pocas veces y no obtiene resultado.

CONSIDERACIONES

No hace todavía muchos años que las observaciones que acabamos de inscribir bajo la rúbrica de otítis media supuratoria eran designadas con el nombre de otorrea. Poco adelantada la anatomía patológica del oido, y no existiendo una rigurosa disciplina otoscópica, la observacion tenía que limitarse á la exterioridad patológica; y como ésta consistía únicamente en el flujo, el diagnóstico no pasaba más adelante; se reducía á afirmar pura y simplemente lo que todo el mudo veía.

El desconocimiento de la enfermedad traía consigo el de su terapéutica. Los medios contra ella empleados pecaban por defecto ó por exceso, no daban resultado ó producían daños incalculables. Así es que se concluyó por creer peligrosa la supresion del flujo, por considerarlo como un emunctorio ó depurativo, y por elevar á regla de conducta su abandono, haciendo de él una especie de *noli me tangere*.

Y lo singular es que, en el fondo de esta teoría, había una razon plausible. Partiendo del principio de que la enfermedad estaba constituida por la otorrea, la indicacion era hacerla desaparecer, y á este objeto se dirigía la accion terapéutica; pero siendo difícil conseguirlo, se iban extremando los recursos hasta llegar á producir una agudizacion del padecimiento con el empleo de tópicos irritantes, que determinaban la obstruccion de la perforacion timpánica por donde se evacuaba la supuracion, la hinchazon de las paredes del conducto y diminucion de su luz, el endurecimiento de las secreciones y formacion de un tapon, cuyo resultado era impedir la salida del pus, que continuaba segregándose en el interior de la caja. Suprimida de este modo la otorrea, fácilmente se adivinan las consecuencias: violentísima otítis media, estrangulacion de partes eminentemente sensibles, intensos dolores, fiebre, irradiacion y propagacion á las meninges y al cerebro,

muerte, en fin; ó si ésta no sobrevenía, restablecimiento del flujo, cesando entónces síntomas tan alarmantes. Pocos ejemplos de éstos se necesitaban, pues, para sacar la enseñanza de que la conducta más racional en los casos de otorreas era no tocarlas.

Explicada ya á la luz de la ciencia la gran preocupacion que ha reinado respecto á esta enfermedad, quedamos desembarazados de tan pueril fantasma, y podremos hacer con toda libertad el estudio de sus causas, síntomas, lesiones y terapéutica.

Hay que observar en primer lugar que los casos de otítis media supuratoria que hemos registrado pertenecen al tipo crónico. ¿Será debido á que no existe la forma aguda? De ningun modo. Todas ellas empiezan siendo agudas, unas veces con síntomas violentos, mitigados y tenues otras, pero siempre produciendo molestias y recorriendo rápidamente su período evolutivo. Y, sin embargo, raro es el enfermo que da estos antecedentes; los más ignoran el principio de su afeccion, y el que hace excepcion á esta regla, refiere sólo recrudescencias temporales. Depende esto, no de que falten ejemplos de otítis medias agudísimas terminadas por supuracion, y de las que el enfermo conserva un recuerdo indeleble, sino de que estos casos no vienen á la observacion del especialista ni durante su desenvolvimiento, ni despues; no vienen miéntras se desenvuelven, porque, generalmente, son agudísimos y pasan pronto, y no vienen despues porque las otítis que quedan vivas en la memoria del enfermo rara vez entran en el cronicismo. A esta clase pertenecen las producidas por causas accidentales, por traumatismos, por el frío, por anginas agudas, etc., por agentes, en una palabra, de accion transitoria en el organismo.

Pero la etiología de las otorreas crónicas no es tan sencilla; cierto es que, á veces, se averigua la influencia de alguna causa ocasional; pero ésta más bien obra agravándolas que originándolas, y de todos modos, aunque á ella se haga remontar el punto de partida, se necesita para que

se establezca la cronicidad de un organismo predispuesto.

A esta consecuencia se viene á parar cuando se estudian detenidamente las supuraciones de oidos que cuentan algun tiempo de existencia. Lo más comun es que se averigüen enfermedades generales agudísimas é infecciosas durante la infancia ó en cualquiera otra edad como antecedente de la otopatía: tales son la escarlatina, viruela, sarampion, difteria, tífus, pulmonía; ó anginas crónicas, corizas repetidos, ozenas escrofulosos, pólipos nasales, adenomas de la faringe superior, etc. El mayor contingente lo prestan las enfermedades febriles exantemáticas de la primera infancia, durante cuyo trascurso nace la otítis media, se desenvuelve sordamente porque los síntomas directos están oscurecidos por los generales y por la corta edad del paciente, y aparece luégo en la convalecencia la otorrea como brotando espontáneamente en un terreno sano. ¿Qué más se necesita para que sea desconocido el período agudo inicial por el enfermo, por la familia y hasta por el médico? Y lo que decimos de la infancia es aplicable tambien á los demas períodos de la vida, porque las enfermedades graves agudas embotan la sensibilidad y no dejan percibir el proceso patológico que se desenvuelve en la caja; y lo mismo sucede con las afecciones escrofulosas de la bóveda faríngea y de las fosas nasales, pues son de por sí tan indolentes que llegan á invadir aquélla, á producir la rotura del tímpano y la otorrea con pequeñas molestias, á las que no se da gran importancia.

No obsta, pues, la falta de antecedentes agudos para dudar de la otítis media cuando existe la otorrea; basta sólo que ésta date de algun tiempo para que no pueda asignársele otro orígen.

Dispuestos debemos estar, por tanto, á encontrarla al proceder á un reconocimiento otoscópico en personas que fluyen de sus oidos.

Para ello, lo primero que tenemos que hacer es lavar los conductos y secarlos despues cuidadosamente, porque es necesario que nuestra mirada penetre sin obstáculo hasta

el fondo; sólo así podremos estudiar el tímpano y descubrir la perforacion. Respecto al primero, habrá que notar las diferencias que lo separan del estado normal: preséntase á ocasiones enrojecido en su totalidad, engrosado, carnoso, perdidos sus relieves naturales, sus concavidades y convexidades, pannificado en una palabra; y esto nos indicará que la otítis media se ha desenvuelto más especialmente del lado de esta membrana y de la pared externa de la caja; otras veces estará adelgazado en toda su extension, ó por partes, inyectado á lo largo del mango del martillo, alrededor de la apófisis corta, en su circunferencia, ó solamente en los bordes de la perforacion, y será señal de que ha participado del proceso secundariamente, y que otras partes de la caja han sido las afectadas en primer término; en algunos casos faltará en una gran extension, totalmente, ó quedando sólo un diafragma, y nos demostrará la intensidad y rapidez con que se desenvolvió la inflamacion. Por lo que respecta á la perforacion, relacionada siempre con el destrozo del tímpano, puede ser pequeñísima, estar situada por delante ó detras del mango, ó arriba en la membrana de Schrapnell, donde es fácil pase desapercibida si no se busca con esmero; muchas veces hay que adivinarla, porque, á causa de la corvadura del conducto, no se puede descubrir el segmento anterior, y existiendo ella en esta parte del tímpano, es imposible llegar á verla; cuando es de grandes dimensiones deja ver la pared interna de la caja, el promontorio, el mango del martillo disecado, ó su falta completa, en cuyo caso podemos ver el estribo y hasta el principio del nicho de la ventana redonda; sus bordes pueden estar libres, adheridos en parte de su circunferencia ó en su totalidad á la pared interna de la caja.

Por lo dicho se ve que la otoscopia externa suministra tan preciosos y finos detalles en esta enfermedad, que nos expondríamos á grandes equivocaciones si hiciéramos caso omiso de ella. Para diagnosticar la perforacion basta por lo comun un sencillo lavatorio, pues la caida del líqui-

do á las fauces la revela, ó invitar al enfermo á que haga el proceder de Valsalva para provocar el silbido característico de la existencia de aquélla; pero con esto no llegamos, como con el exámen visual, á conocer las particularidades de la otítis media; sólo podemos afirmar que existe, lo cual sabíamos ya por el mero hecho de la otorrea.

Ni áun la otoscopia media supera á la vision directa, á pesar de que nos sirve para apreciar datos que la última no nos puede dar: el estado de la trompa, la manera como circula el aire en la caja, la diversidad de estertores que éste produce, la influencia que su accion mecánica ejerce en la funcion, constituyen otros tantos signos de gran valor, que únicamente el sondaje puede darnos. Por último, hay ocasiones en que sólo por este procedimiento se llega á obtener la prueba física de la perforacion: no puede descubrirla el espéculo porque está en sitio invisible, el líquido inyectado por el conducto no va á la garganta, el proceder de Valsalva no hace pasar el aire á la caja; estamos seguros, sin embargo, de que la timpánica está perforada, pero no podemos demostrarlo objetivamente, sino por medio del cateterismo de la trompa y de la inyeccion aérea, que viene á salir por el conducto produciendo un ruido característico.

Si nuestros lectores recuerdan los detalles de las observaciones que de esta otopatía nos ha ofrecido el Dispensario, hallarán en ellas tipos correspondientes á los diversos aspectos enumerados: perforaciones pequeñas, grandes; tímpanos hipertróficos y carnosos, adelgazados; martillo disecado, destruido; vista del promontorio, del estribo; salida del líquido inyectado por los conductos á las fauces; prueba de Valsalva y del cateterismo, demostrativas de la perforacion, etc.

Viniendo ahora al tratamiento de la otítis media supuratoria, lo primero de que debemos ocuparnos es de saber si su curacion es posible; porque no solamente se ha creido ésta peligrosa, como ya hemos dicho, sino tambien dificilísima. Así es que, por cualquier lado que se considerara

el problema terapéutico, se imponía la no intervencion como regla de conducta.

La imposibilidad de conseguir la curacion de los flujos de oidos, nacía de una doble ignorancia: del sitio de donde provenían, y de los procedimientos necesarios para llegar á él. No sabemos si con aquellas ideas, y bajo la direccion de los métodos antiguos, se habrá llegado alguna vez á curar radicalmente una otorrea crónica; sabemos sí que algunas concluían por desaparecer espontáneamente, pero que las que no manifestaban esta tendencia eran rebeldes á la terapéutica y medios que entónces se empleaban.

Y no podía ser de otro modo. El pus se forma en la caja, de la que evacua con dificultad por ser cavidad estrechísima, anfractuosa, con declives y recodos; baña constantemente la mucosa ulcerada, la cual, áun sin este motivo y sólo por sus condiciones anatómicas, es ya inadecuada á una pronta cicatrizacion, pues está formada por los epitelios y el periostio, que hace las veces de dérmis submucoso; se estanca allí, fermenta, da orígen á micro-organismos que auto-infeccionan y se convierten en causa permanente de procesos destructivos, produciendo así un estado de cosas parecido á lo que sucede en el ozena, del que es bien sabido no hay que esperar la curacion si no se atacan los antros y desigualdades en que las secreciones se estancan y corrompen. De mayor gravedad que en las fosas nasales es todavía la inflamacion ulcerosa en la caja; frecuentemente la mucosa hinchada y granulosa obstruye su cavidad; ni el aire ni los líquidos pueden circular en su interior; adosadas y en contacto sus superficies, siempre humedecidas, proliferan y vegetan, estorban la salida de los productos segregados, se acumulan éstos, labran hácia lo profundo, cárian los huesos y se abren paso á la cavidad craneana.

Hé aquí el programa de la curacion de la otorrea: sálvense estos inconvenientes, y obedecerá á nuestros esfuerzos al modo que, segun su naturaleza, lo hacen las demas ulceraciones; porque hay que tener presente que la úlce-

ra de la caja, orígen de la otorrea, puede ser debida á muy diversas causas, y representar toda la serie de procesos destructivos, desde el simple hasta el tuberculoso.

Impónese, por tanto, como primera indicacion la limpieza: si ésta pudiera ser constante, realizarse sin tregua ni descanso, cederían prontamente el mayor número de otorreas; pero entiéndase bien que nos referimos á la limpieza íntegra, á la del conducto y caja, y que en lo respectivo á ésta no se puede desconocer que ofrece grandes dificultades.

Hay que empezar, pues, lavando el conducto á chorro continuo y ver si la inyeccion pasa á la caja; aunque así suceda, hacer otra por la trompa de Eustaquio impeliéndola en el grado necesario para que salga por el conducto; llenar éste de líquido, teniendo la cabeza inclinada del lado opuesto, y comprimir sobre el trago para obligarle á penetrar á traves de la perforacion; conseguido esto, hacer adoptar al enfermo posiciones de cabeza favorables á la difusion del líquido en las anfractuosidades de la caja, y á su evacuacion despues, ya por la trompa, ya por el conducto.

La inyeccion no ha de ser de agua pura, porque la mucosa se endosmosa, se hincha y se pone en condiciones desfavorables al objeto que se quiere conseguir; los líquidos serán salinos, alcoholizados, balsámicos, desinfectantes, astringentes, y siempre de una temperatura igual á la interior del cuerpo humano.

Hecha la limpieza, hay que secar cuidadosamente: las otorreas reclaman curas secas; los medicamentos grasos, oleaginosos, y todos los de forma líquida, á excepcion de los ligeramente cateréticos y antisépticos, deben proscribirse. La forma pulverulenta merece la preferencia; el alumbre, el ácido bórico, el iodoformo en sustancia, son los más eficaces; en los casos benignos, cuando la mucosa no está muy alterada, suelen bastar el sulfato de zinc ó el de cobre mezclados con un polvo inerte, ó el ácido tánico puro. Es condicion precisa que los polvos sean insu-

flados dentro de la caja á beneficio de un tubo delgadísimo introducido á traves de la perforacion, y á cuya extremidad externa hay adaptada una pera insufladora; en el tímpano, y en el tercio interno del conducto al ménos, conviene tambien espolvorear el medicamento, introducir luégo un tapon de algodon antiséptico, retirarlo despues con más ó ménos frecuencia, segun la cantidad de supuracion, y cuando se vea manchado volver á hacer la cura. Con este procedimiento, dice Bezold, refiriéndose al ácido bórico, que el tiempo medio para la curacion de una otorrea es de diez y nueve días, si se exceptúan los casos de tuberculósis avanzada; pero Hartmann asegura que áun en estas circunstancias ha obtenido curaciones sorprendentes.

El alcohol tiene tambien una historia brillante en la terapéutica de los flujos de oidos: se empieza por usarlo debilitado, y se llega paulatinamente hasta el anhidro; la manera de aplicarlo es en baño durante algunos minutos, y haciendo la compresion sobre el trago para que penetre en la caja, con lo que se consigue que salga por la trompa á la faringe, lo cual se conoce en que produce en ésta una sensacion ardiente.

Si la mucosa de la caja está mamelonada ó asoman granulaciones por la perforacion, hay que reprimirlas con el nitrato argéntico en sustancia, con el ácido crómico ó con la punta galvano-cáustica, y hacer luégo la cura en los términos indicados.

Si la otorrea resiste á estos medios y á este *modus faciendi*, hay que sospechar la tuberculósis, á pesar de la opinion de Hartmann, que tambien la cree curable en este caso con sólo los tópicos, ó la cáries, y entónces hay que añadir el tratamiento interno por el sulfuro de calcio, reconocido ya como remedio heróico por Sexton y otros otólogos norte-americanos.

Con todas estas ventajas que la terapéutica de las otítis fluyentes ofrece hoy día, nos falta aún mucho para sacar de ella todo el partido posible en los enfermos que acuden

á los Dispensarios. Raro es el que se presta á cuidar sus oidos con el esmero y paciencia que las curas secas exigen; unos porque son abandonados é indolentes, otros porque no tienen en su familia personas que les auxilien y les ayuden á hacerlas, muchos porque son incapaces de comprenderlas por más que se les explique, y no pocos porque, confiando demasiado en el alivio obtenido desde las primeras curaciones que se les hace, se entregan á la dulce ilusion de que no necesitan poner nada de su parte para verse libres de su enfermedad.

Así es que los resultados más satisfactorios que hemos obtenido, y que se pueden considerar como permanentes miéntras no vengan á obrar nuevas causas ocasionales, han sido en los enfermos de las observaciones 3, 4 y 7, porque seguían con regularidad el tratamiento, y practicaban en sus casas las instrucciones que se les daba; notable fué tambien la mejoría del 19 á pesar de sus grandes lesiones, sólo que la incuria de la enferma las reducía á un valor transitorio; dignas son de especial mencion las de los números 31 y 37, pues en una sola cura llegan respectivamente á 10 y á 14 centímetros de audicion; por último, la más brillante de todas, porque se obtuvo la curacion radical en brevísimo tiempo, es la marcada con el número 24, perteneciente á un enfermero de la Sala, el cual, por estar constantemente bajo nuestra vigilancia, no pudo sustraerse á una esmerada policía de sus oidos.

OTÍTIS MEDIA SUPURATORIA COMPLICADA. — CASOS CLÍNICOS.

Número 1

Cipriano A., de cincuenta y siete años. Su padecimiento se remonta á dos años, en cuya época, despues de sufrir dolores agudísimos de oidos, empezaron á fluirle. Tiene cicatrices en la mastoides del lado derecho; no oye al contacto; en los cambios de tiempo se queja de dolores peri é intra-auriculares; los conductos están secos en la actua-

lidad. Al reconocimiento se nota perforado el tímpano de uno y otro lado.

Diagnóstico. — Otítis media con osteo-periostítis.

El enfermo viene con regularidad al Dispensario durante cuatro meses; de vez en cuando acusa vivos dolores; tiene á ocasiones pequeñas cantidades de supuracion en los conductos; uno de ellos está sumamente estrechado.

Tratamiento. — Glicerina morfinada y iodada; tallo de laminaria.

Habiendo salido temprano en una mañana fresca del mes de Setiembre, sintió que el frío le impresionaba dolorosamente el oido derecho; á las pocas horas hinchazon y enrojecimiento de la mastoides derecha, que adquiere una sensibilidad exquisita; al día siguiente fluctuacion y abertura espontánea del absceso á beneficio de cataplasmas emolientes y calmantes. A pesar de haberse verificado una gran evacuacion de pus no hay alivio; el enfermo está muy agitado; se queja de dolores, que irradian á la mitad correspondiente de la cabeza. Reconocido el conducto, aparece hinchado en su pared posterior; y como la sonda revelase gran sensibilidad y blandura en este punto, se le hizo una profunda incision y se desbridó el tímpano, empezando desde este momento á fluir gran cantidad de pus sanguinolento del interior del oido. Llegada la noche, y sin que las supuraciones del conducto y de la region mastoidea hubieran disminuido, sintió el enfermo que se le embargaba la cabeza, y dijo á su mujer: «ya me cae el pus al cerebro»; y perdiendo en seguida el conocimiento, entró en una agonía apoplética, espirando á las ocho ó diez horas.

La abertura del cráneo practicada al día siguiente, demostró que el enfermo había calificado con exactitud el accidente que le privó de la vida. La cara posterior del peñasco, así como las regiones inmediatas del cerebro y cerebelo, estaban inundadas de pus. Mas como por circunstancias independientes de la voluntad no pudo llevarse más adelante la investigacion, ni extraerse la pieza pato-

lógica, nos quedamos sin saber el punto por donde el absceso había hecho irrupcion en la cavidad craneana; pero, á juzgar por las lesiones externas y por el derrame interno, debía suponerse que se hallaba en las inmediaciones del seno lateral.

Número 6

Eloisa F., de treinta y seis años, viuda. Sorda desde pequeña á temporadas; tuvo el tífus hace ocho años, y su sordera se hizo entónces permanente. En Marzo de 1881 experimentó dolores en el oido derecho, formándosele por detras del pabellon un tumor, que se abrió y supuró. Hoy se nota una cicatriz en la mastoides del mismo lado; dice que tiene frecuentemente dolores, y que el conducto le supura alguna vez. La audicion es nula al contacto en ambos lados. El reconocimiento otoscópico del lado derecho demuestra: tímpano destruido, vision de la pared interna de la caja, granulacion hácia la parte posterior de la misma, donde se tacta un pequeño punto cariado.

Tratamiento. — Toques con el lápiz argéntico en la granulacion y cáries; alúmina en polvo; tapon. Desaparicion de los dolores, de la supuracion y del punto cariado.

Recidivas cada veinte ó treinta días en los dolores, el pus y los demas signos objetivos, volviendo todo á entrar en calma con el mismo tratamiento.

En principios de Junio, y coincidiendo con una recrudescencia, se ve claramente un pequeñito secuestro negruzco en el sitio ya designado; se le toca, y da la sensacion de hueso: lápiz argéntico y ácido bórico en sustancia. A la semana siguiente nos manifiesta la enferma que los dolores habían desaparecido, y que al lavarse los oidos no había salido ninguna particulilla huesosa, á pesar de lo cual el secuestro ya no era visible ni tangible; igual tratamiento.

La otopatía del lado izquierdo era una esclerósis de la caja con gran colapso timpánico, y sordera graduadísima.

El sondaje la mejoraba, sin embargo, hasta el punto de oir al contacto.

Número 16

Antonia N., de veintiun años, soltera. Dice que hace diecinueve años, á consecuencia de un ataque cerebral, empezaron á fluirle los oidos y quedó sorda.

Lavados los conductos, se nota perforacion del tímpano en el lado derecho y pólipo en el izquierdo.

Tratamiento. — Extirpacion incompleta del pólipo en tres sesiones; lavatorios desinfectantes; astringentes en polvo. La enferma deja de venir ántes de haber trascurrido un mes, cuando la supuracion estaba ya muy disminuida y la audicion había alcanzado seis centímetros.

Número 20

José R., de quince años, escrofuloso; estudiante de Medicina. Sordo desde niño por causas que no recuerda, pero de las que puede formarse una idea en vista de la existencia de un ozena hipertrófico. En el lado izquierdo esclerósis de la caja y audicion al contacto; en el derecho grandes masas ceruminosas y pérdida completa de la funcion. Intentada la extraccion de éstas, se ve que es muy difícil por la dureza que tienen y lo encajadas que están en lo profundo del conducto, consiguiéndolo al fin despues de muchos lavatorios en diferentes sesiones, empleo de la glicerina carbonatada, y maniobras ejecutadas con la cucharilla. El conducto apareció entónces limpio, y en el sitio del tímpano una membrana blanca, traslúcida como una delgadísima tela de cebolla, que cedía á la presion con el estilete. No supimos explicarnos lo que esto era, pero á la visita siguiente encontramos nuevas masas ceruminosas atras y arriba del conducto, las que, extraidas como las anteriores, dejaron ver la misma neomembrana. En las visitas posteriores comprobábamos siempre la existencia de blocs negruzcos muy difíciles de des-

prender, con los que venían mezclados epitelios y materia granulosa esteárica en cantidad considerable, llegando, por último, á descubrir la pared interna de la caja y á comprender que aquella telita delgada que simulaba el tímpano en un principio, y que ya no existía, estaba constituida por epitelios. La pared posterior del conducto presentaba á cada reconocimiento una gran irritacion en su tercio interno, sostenida por los tapones ceruminosos epitélicos y esteatomatosos que sucesivamente aparecían en dicho punto. Tal ha sido el curso que durante siete ú ocho meses ha seguido el padecimiento, sin que sepamos á la hora esta si la produccion de aquellas masas estará ya agotada y sin que el enfermo haya recuperado la funcion en este lado.

Diagnóstico. — Colesteatoma y acumulacion de cerúmen en la parte posterior de la caja y celdillas mastoideas.

Número 21

Gumersinda L., cincuenta años, casada, de la provincia de Toledo. Otítis seca en el lado izquierdo; en el derecho pólipo, que asoma por el meato; supuracion. Extirpado aquél en una sola sesion, se reconoce perforacion timpánica despues de lavado el conducto. A la visita siguiente el flujo es escaso, audicion al contacto, granulacion en el fondo. Se cauteriza ésta y se cubre de alumbre. En las sesiones posteriores se tacta, á traves de la perforacion, hueso cariado dirigiendo el estilete hácia atras. Introdúcese por ella á cada curacion un punzon argéntico y se pasea sobre la cáries. A los tres meses cesacion absoluta del flujo, el punto cariado cubierto de tejidos blandos y recuperada la audicion á 10 centímetros. La enferma vuelve á su pueblo curada.

Número 26

Juan M., veintiseis años, casado, natural de Escalonilla, provincia de Toledo. Sufre del oido izquierdo hace diez y

siete años; causas desconocidas. Oido derecho sano; en el izquierdo una abertura fistulosa por encima del pabellon; pólipo que asoma al meato; audicion nula. En la primera sesion se extrae la masa poliposa en su totalidad, lo cual se conoce en que tiene la forma de una pequeña pera como de dos centímetros de longitud desde la base á su vértice, y está cubierta de epitelios en toda su extension, excepto por el punto donde ha sido seccionado el pedículo. Procuramos inspeccionar la timpánica despues de lavado el conducto y nos fué imposible, porque las paredes de éste estaban llenas de excrescencias que parecían otros tantos pólipos, y de las que no podía extraerse sino pequeñas partículas, pues eran resistentes, periósticas y cartilaginosas.

El enfermo se quejaba de dolores en toda la mitad de la cabeza; y como éstos no se aliviaron con la extraccion del pólipo, y por la fístula fluía pus á la presion, calculamos que el desahogo espontáneo no era suficiente, y determinamos hacer sobre ella una incision. La practicamos efectivamente en forma de semi-luna, incindiendo las partes blandas en todo su espesor y prolongándola hasta la apófisis mastoides. Entónces pudimos ver que hueso y periostio estaban sanos, resistentes, sólidos, de coloracion normal, y que sólo en el punto correspondiente á la abertura de la piel, que era microscópica, existía un agujero crateriforme de bastante calibre, y por el que podía introducirse una sonda del grueso de una pluma de escribir. La direccion de su trayecto no era hácia la porcion mastoidea, como ya podía suponerse en vista de que ésta aparecía sana por fuera, sino verticalmente abajo; despues se inclinaba un poco adentro y seguía profundizando en una línea paralela al peñasco hasta unas dos pulgadas. Al llegar á esta profundidad se tocaba distintamente un fondo huesoso; pero no sabemos si ejecutando movimientos con el estilete hubiéramos podido ir más allá, porque nos guardamos bien de hacerlos en el supuesto de que debíamos estar muy próximo á las meninges.

Ampliada ya la abertura fistulosa, se hicieron por ella inyecciones de limpieza que salían por el conducto y caían á las fauces, del mismo modo que las verificadas por éste salían por la fístula é iban igualmente á parar á la garganta.

Tratamiento. — Inyeccion de tintura de iodo por la fístula; colocacion en ella de un tubo de drenaje en los primeros días; despues, cuando las carnosidades pulularon, extirpacion de éstas y sustitucion del caoutchouc por un cilindro de plomo hueco; cauterizacion de las excrescencias del conducto y ácido bórico pulverizado.

Así marcharon las cosas durante tres meses, desde fin de Enero hasta mediados de Abril, en que el enfermo murió repentinamente. Hubo temporadas en que desaparecieron los dolores y la supuracion disminuyó un tanto; pero luégo se recrudecían, y el enfermo decía encontrarse lo mismo. Los signos objetivos no se modificaron nunca; ni en la abertura externa, ni en el conducto, en cuyo fondo, cubierto por las excrescencias, se tocaba el hueso, pudo descubrirse secuestro movilizado que indicara tendencia á la eliminacion.

Habiendo muerto este enfermo en la clínica se le hizo la autopsia, y se halló en la fosa cerebelosa, y sobre la tienda del cerebelo, una gran cantidad de pus que se había abierto paso por una rotura de la dura-madre, al nivel de la cara posterior del peñasco.

Pieza patológica. — Puesta en líquido conservador y examinada al cabo de algunos días, se observaba en la cara ya indicada del peñasco, y hácia su tercio interno, una abertura que daba paso á una cavidad ensanchada interiormente en forma esferoidal, y dentro de la cual estaba contenido un secuestro redondeado, carcomido y esponjoso en toda su superficie, que se extrajo con facilidad; en el fondo de la cavidad había un orificio, por el que pudimos introducir un estilete y hacerlo salir por la fístula externa situada por encima del conducto auditivo; éste y la caja, rellenos de vegetaciones, comunicaban por un seno estrecho con el trayecto fistuloso principal, formando con

éste como el segundo brazo de una *Y*, y por el que se comprende pasaban de uno á otro las inyecciones. Una seccion vertical de la apófisis mastoides demostró que la cáries no se había propagado á ella, pero que era asiento de una osteítis condensante que había convertido en tejido compacto todo su interior, borrando las celdillas mastoideas y hasta el antro; la parte de hueso afectada de esta compacidad estaba enrojecida y muy vascularizada.

La diseccion que acabamos de describir evidencia que el proceso carioso perceptible al exterior era mínima expresion de los grandes destrozos que se habían verificado hácia adentro, los cuales fueron fácilmente sospechados en vida por la profundidad á que penetraba el estilete; y que si nosotros no hubiéramos sido demasiado cautos al sondar la fístula, nos habríamos expuesto á romper el absceso interno, cuya bolsa estaba formada por las meninges, y á ver perecer el enfermo en nuestra presencia.

Número 42

La niña Angela D., de tres años, escrofulosa, anémica, consunta. Otítis supuratòria media de ambos oidos; pólipos en el derecho, extraidos en varias sesiones por ser sumamente blandos y múltiples. Alumbre en polvo y lavatorio antiséptico. Habiéndose presentado por vez primera en fin de Mayo, continúa con este tratamiento hasta finalizar el curso, quedando notablemente mejorada de su audicion y de la otorrea.

CONSIDERACIONES

Los casos que hemos citado de otítis medias supuratorias complicadas, pueden reducirse á tres tipos: colesteatomas, pólipos y cáries. Difícil ya de curar la simple supuracion del oido, aumenta su dificultad y se hace peligrosa cuando la acompaña cualquiera de dichas complicaciones. Son éstas hijas de las condiciones anatómicas de la caja, la

cual, una vez inflamada, las engendra necesariamente segun el fisiologismo patológico que ya expusimos en el capítulo anterior. Por eso ningun práctico entendido se atreverá á hacer un pronóstico tranquilizador á la vista de una otorrea, pues basta su existencia prolongada para que la complicacion sobrevenga. El único medio que la ciencia conoce de evitar ésta, es la curacion pronta de aquélla. Y sirva esto de enseñanza á los que, imbuidos de ideas rancias, pudieran aconsejar todavía la conveniencia de respetar los flujos de oidos.

La observacion núm. 20 se presta admirablemente al estudio del atascamiento y replecion de la caja por productos segregados. Del oido derecho de José R. sacamos en varias sesiones, y con no poco trabajo, un tapon que rellenaba el tercio interno del conducto; y cuando ya creíamos haber llegado al término de nuestra tarea nos encontrábamos á cada curacion con nuevas masas, compuestas de cerúmen, de epitelios, de detrítus granulosos, que, provenientes de la parte posterior de la caja, se presentaban reemplazando á las primeras.

Diferénciase este caso de las simples obstrucciones ceruminosas que hemos estudiado al tratar de las otítis externas; aquí el hecho patológico toma su valor de la obstruccion de la caja, y de esta circunstancia nacen los peligros y se derivan las indicaciones.

Acumulados en ella los productos segregados en su interior ó en el conducto, se desecan, condensan y apelmazan; destruyen paulatinamente la cadenilla, dislocan y desgastan sus articulaciones é inutilizan sus órganos motores; actúan sobre las paredes huesosas, que, no pudiendo ceder por ser inextensibles, concluyen por atrofiarse; despiertan, por la compresion que trasmiten al laberinto, síntomas cerebrales reflejos y áun directos; de modo que, no solamente ocasionan la pérdida definitiva de la funcion, sino que pueden llegar hasta poner en peligro la vida.

No es fácil establecer el diagnóstico desde la primera sesion; pero si despues de hecha una completa limpieza

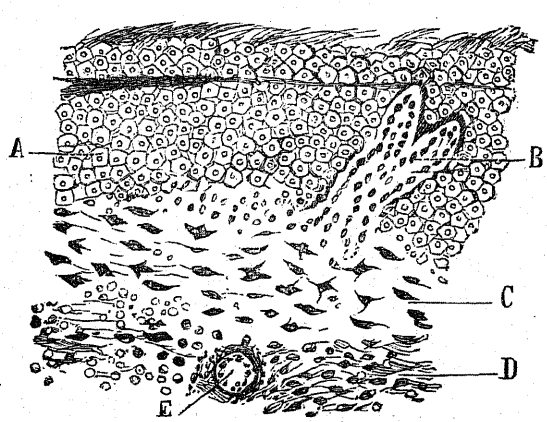
del conducto aparecen más tarde nuevos productos sólidos, podemos asegurar ya que la caja está repleta de ellos. El sitio hácia el cual debemos dirigir nuestra atencion es la pared posterior, porque, correspondiendo á este punto las celdillas mastoideas, allí deben manifestarse señales de irritacion ó sensibilidad, indicadoras de la presencia de materiales que hacen oficio de cuerpos extraños; lo cual concuerda perfectamente con lo observado en José R.

Las indicaciones consisten en dar salida á los productos extraños. Para conseguirlo hay que bañarlos, reblandecerlos, arrastrarlos por una corriente de agua tibia ó dislocarlos con la cucharilla; sesiones tras sesiones son necesarias para verles el fin, porque los que están alojados en la parte posterior de la caja no se ponen á nuestro alcance sino despues de haberles franqueado el camino. Irrigaciones, baños de líquidos alcalinos, instilaciones de glicerina carbonatada de una á otra curacion, repeticion frecuente de éstas y separacion inmediata de las masas que se vayan presentando, es la obra que pacientemente debemos poner en práctica. Cuando las irrigaciones ordinarias no bastan á reblandecer y traer al exterior las secreciones acumuladas, hay que hacerlas en el interior de la caja sirviéndose de un tubo delgadísimo encorvado en una de sus extremidades, que será la destinada á entrar por la perforacion, y cuya abertura se dirige hácia el punto que se quiere bañar. Si la comunicacion con el conducto es pequeña y no permite el paso de las materias desprendidas, la agrandaremos; y si áun estando destruido el tímpano observamos que la pared posterior de aquél está hinchada y dolorosa, indicando el acúmulo que bajo ella se verifica, no vacilaremos en incindirla profundamente.

Hemos dicho que el colesteatoma origina á veces síntomas cerebrales, y ahora añadimos que la reabsorcion purulenta puede ser tambien su consecuencia por el estorbo que pone á la salida del pus, en cuyos casos las indicaciones son las mismas que las de cáries mastoidea acompañada de aquellos síntomas.

Los pólipos constituyen otra de las complicaciones de las otítis supuratorias. La mucosa ulcerada de la caja está en las mismas condiciones que un trayecto fistuloso para la formacion de vegetaciones y excrescencias. Tanto mayor sea el contacto de sus paredes, y tanto más largo el tiempo que el pus continúe barnizándolas, con más seguridad se producirán aquéllas. Por eso son tan frecuentes los pólipos en las otorreas antiguas. Su estructura varía segun el tamaño y la extension que adquieren. Los que no traspasan los límites de la caja ó apénas asoman por la perforacion timpánica, conservan los caractéres de los mamelones carnosos que nacen en las superficies ulceradas, y están, como éstos, compuestos de tejido embrionario; los que avanzan hasta el tercio interno del conducto ofrecen ya organizacion más adelantada, papilas rudimentarias y un principio de estroma fibroso; pero los que llegan al meato y asoman al exterior se cubren de epitelios, tienen un verdadero dérmis, papilas perfectas, vasos y glándulas.

La figura adjunta representa la estructura del pólipo extraido á la enferma del núm. 21.

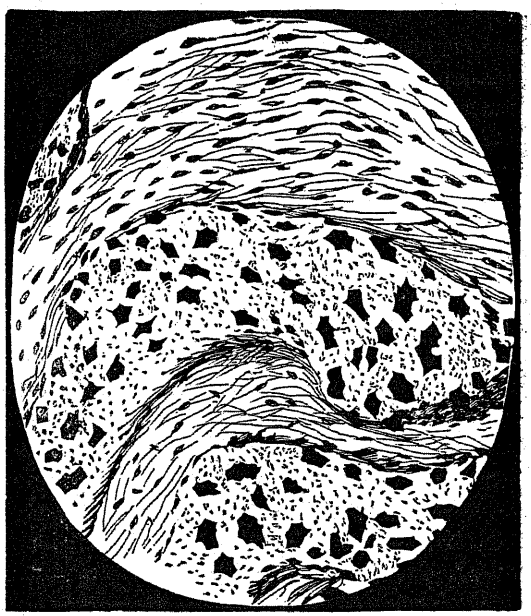


A, capa epidermoidea. — *B*, papila vascular. — *C*, tejido conjuntivo mixomatoso. — *D*, ídem fibroso. — *E*, glándula.

En la zona *A* una capa epidérmica completa, con sus células córneas en el borde superior, y por debajo células correspondientes al cuerpo de Malpigio. En éstas se aloja un cono bífido *B*, formado por un asa vascular que, rodeada de tejido conjuntivo, constituye una papila de la misma naturaleza. Más abajo se ve la faja *C*, compuesta de células estelares y de una sustancia anhista, indicadoras de tejido mixomatoso. Por último, en el borde inferior *D* el dérmis se hace fibroso y contiene el conducto de una glándula *E*.

La indicacion á que dan lugar estas producciones es siempre la de librar de ellas al enfermo, dejando expedito el conducto y la caja. La ligadura, la avulsion, la torsion, la seccion, son los procedimientos empleados en los de gran tamaño; la cauterizacion es sólo aplicable á los pequeños y á las granulaciones, y se hacen con el sesquicloruro de hierro, con el nitrato de plata, con el ácido crómico ó con la galvano-cáustica. Últimamente ha recomendado Politzer, para la destruccion de los pequeños pólipos, los baños de alcohol puro, repetidos tres veces al día; con lo que dice aquel ilustrado otólogo se marchitan, coarrugan y concluyen por desprenderse.

Tras del pólipo se oculta casi siempre una lesion del hueso, porque nada como ésta es favorable á la produccion de las carnosidades. Por eso, en los casos de pólipos que hemos registrado, la cáries ha sido reconocida frecuentemente. Algunas veces el mismo hueso dañado ú osteifitos de nueva formacion entran en la constitucion del pólipo; y de esto tenemos un ejemplar recogido en nuestra práctica privada, que por el gran interes que ofrece presentamos á continuacion.



La figura representa zonas de tejido fibroso y osteiforme alternadas.

En ella se observa una banda superior, ancha, de tejido fibroso y células plasmáticas ó fusiformes; otra inferior á ésta con corpúsculos angulosos y sustancia fundamental granulosa, que revelan tenemos á la vista un bello *schema* del tejido denominado osteideo por Virchow; siguen, finalmente, otra zona fibroide, por debajo de la cual se ve una osteoide, y así sucesivamente en toda la preparacion.

Siempre que en el parénquima de un pólipo se encuentren estos osteofitos, podemos afirmar que su implantacion profundiza más allá del periostio de la caja y que arranca del hueso. Esta regla no sufre excepcion; la cáries en algun punto del oido medio es entónces evidente. Pero no porque en el pólipo falten estas producciones osteiformes estamos autorizados para negar la existencia de una lesion

en el hueso; porque si ésta no forma parte de su estructura, casi siempre, como ya hemos dicho, se oculta detras de él.

Cuando la cáries es circunscrita y asequible, conseguimos curarla con las cauterizaciones gálvano-cáusticas, toques con nitrato de plata, tintura de iodo, ácido bórico, etcétera; ayudamos la eliminacion de los secuestros haciendo incisiones para facilitarles el paso, moviéndolos con la sonda, dislocándolos y extrayéndolos por último. Otras veces el hueso mortificado se elimina sin ser visto, porque á beneficio de los cateréticos se destruye molecularmente, como ha sucedido en las observaciones números 6 y 21; ó sale espontáneamente sin intervencion facultativa, como en la observacion número 3, en la que comprobamos la desaparicion de la cadenilla y la curacion de la cáries por los solos esfuerzos de la naturaleza.

Pero no siempre pasan las cosas de este modo: la cáries es profunda ó tiene una gran extension, sus efectos se hacen sentir hácia el cerebro ó en el estado general á causa de las reabsorciones, y entónces la conducta del especialista debe ser muy activa. Cuando la apófisis mastoides es la afectada hay que incindir la region hasta el hueso para dar salida á la supuracion, y si con esto no se consigue trepanarla hasta llegar al antro, para poner en comunicacion la abertura externa con el conducto, y que las inyecciones pasen de éste á aquélla y viceversa.

Compréndese fácilmente que las ventajas de la trepanacion serán positivas en los casos en que la lesion no interese partes más internas, porque si la cáries toca ya á la cavidad craneana, ó existe un absceso limitado sólo por las meninges, de muy poco servirá practicar dicha operacion. Ni siquiera se nos ocurrió que podía estar indicada en la observacion número 1, porque el pus salía fácilmente por la mastoides y por el conducto, y no parecía que su evacuacion estaba impedida; pero si por no existir esta circunstancia se hubiese practicado, de nada habría servido, porque, como demostró la autopsia, al mismo tiempo y con igual rapidez que el absceso externo se formó otro

del lado del cerebro, cuyos efectos desastrosos no habrían podido conjurarse con una abertura artificial que ya se había verificado espontáneamente.

Cuando la cáries ha profundizado solamente en la direccion del peñasco, y parece que no se relaciona con la mastoides, como en el caso de la observacion 26, es evidente que su trepanacion no tiene indicacion racional. En casos de esta naturaleza los anales de la especialidad citan ejemplos de eliminacion del caracol, de los canales semicirculares, del acueducto de Fallopio, de un tercio, de una mitad y hasta de todo el peñasco, con curacion subsiguiente. Moos, de Heidelberg, y Gottstein, de Breslau, son los que han publicado mayor número de observaciones de esta clase. La práctica hasta ahora seguida cuando se han presentado cáries tan profundas, ha sido la que hemos ya indicado tratándose de los secuestros: incindir, agrandar las aberturas fistulosas, tocar, dislocar, mover el hueso que viene al exterior y tirar de él, extrayéndolo cuando llega el momento oportuno. Pero en vista de la pieza patológica que se recogió en la observacion citada (26), y comprendiendo que el secuestro existente en la cara posterior del peñasco no hubiera podido nunca caminar de por sí al exterior, el Dr. D. Federico Rubio se expresó de este modo: «Opino que la ciencia autoriza toda operacion dirigida á abrir un camino por donde se puede dar salida á productos (pus y secuestro) que, de permanecer en el sitio en que se hallan, han de acarrear necesariamente la muerte. ¿Cuál es la vía que deberíamos haber seguido en este caso? La misma pieza nos lo indica: entrar por la base del peñasco, y con la legra, la gubia, el cincel y los perforadores avanzar lo necesario hasta dar en un foco, ó llegar, siguiendo la direccion de la cáries, á las inmediaciones del cerebro. Es cierto que se destruyen partes importantísimas, nervios muy valiosos, pero ante la inminencia del peligro todo está justificado.»

Número 5

Antonia M., soltera, de treinta y ocho años. Su sordera tiene de fecha cinco años, y la atribuye á catarros repetidos. No ha habido flujos ni dolores. A la otoscopia se comprueba tímpanos hundidos y mangos salientes.

Diagnóstico. — Esclerósis de ambas cajas.

Tratada por el cateterismo, el ioduro al interior, y glicerina iodada como tópico, desde fin de Mayo hasta principios de Julio aumentó su audicion de dos á nueve centímetros.

Número 9

Elisa P., de treinta y ocho años, casada, institutriz. Hace ocho años que está sorda; causas desconocidas. Audicion á cuatro centímetros en ambos lados. Se diagnosticó de doble esclerósis. Sondaje; pulverizacion de disolucion salina por las fosas nasales. No vino más que tres veces, y no consta el resultado obtenido en su hoja clínica.

Número 10

Lorenza P., treinta y cinco años, casada. Sordera de diez y seis años; no oye al contacto; conductos estrechados, que impiden ver los tímpanos. Obtenida la dilatacion de aquéllos con la laminaria, pueden reconocerse éstos y se diagnostica una doble esclerósis. En un mes de tratamiento, que consistió en perforacion artificial de la timpánica, sondaje y tópico de glicerina iodada, llegó á oir el reloj al contacto.

Número 12

María G. H., veintiocho años. Sorda por corizas repetidos. Audicion, seis centímetros en el derecho y siete en el

izquierdo. Tímpanos íntegros, hundidos en su segmento anterior, mangos escorzados, apófisis corta prominente, triángulo luminoso empequeñecido.

Diagnóstico. — Esclerósis de ambas cajas. Tratada por el sondaje durante un mes, aumenta la audicion un centímetro en cada lado.

Número 14

Josefa P., veinte años, soltera. Hace ocho años que quedó sorda á consecuencia de viruelas. Audicion al contacto en ambos lados, estrechez del conducto izquierdo. Tímpanos hundidos en sus mitades anteriores y posteriores; estertores secos y débiles á la auscultacion.

Tratamiento. — Sondaje y glicerina iodada. En cinco sesiones recupera audicion á centímetro y medio en ambos oidos. No continúa.

Número 15

Josefa C., diez y ocho años, sirvienta. Padece de un coriza crónico con hipertrofia de la mucosa, á consecuencia del cual ha quedado sorda. No oye al contacto. Tímpanos hundidos é inyectados, mango escorzado y rojizo. Se diagnostica: esclerósis de ambas cajas. Por el aspecto de las fauces y por tener la voz nasal, se sospecha la existencia de adenomas en la bóveda faríngea; pero no es posible hacer la rinoscopia, ni tocar la region con el dedo, por la pequeñez de su boca y lo poco que separa las mandíbulas; así es que no podemos comprobar esta sospecha objetivamente. A pesar de seguir la enferma con constancia el tratamiento, no adelantó nada. El sondaje fué siempre imposible de practicar.

Número 18

Luis S. B., diez y ocho años, estudiante. Dice que á consecuencia de un baño quedó sordo hace seis meses. Audicion al contacto en el derecho, y á tres centímetos en el izquierdo.

Diagnóstico. — Catarro seco del oido medio en ambos lados. En dos sesiones aumenta su audicion á siete centímetros en el lado izquierdo.

Número 27

Tomás A., treinta años, vendedor. Corizas. Sordo, con cuatro centímetros en el izquierdo y diez en el derecho. Se diagnostica de catarro seco de las cajas. Desde Enero hasta Abril sigue con regularidad el tratamiento, y adquiere cuarenta centímetros en el oido izquierdo y ocho en el derecho.

Número 32

María de la F., cuarenta años. Un catarro fué causa de que perdiese la audicion en el oido izquierdo. Tres meses há se queja de zumbidos muy molestos. No hay otorrea ni dolor.

Diagnóstico. — Catarro seco de la caja izquierda. En tres sesiones recupera con el sondaje audicion á diez centímetros, y desaparecen los zumbidos.

Número 35

Fernanda P., cuarenta y dos años. Sin causas conocidas empezó á sentirse sorda hace dos años. Hoy no oye al contacto. Esclerósis de las cajas. En cinco sesiones adquiere un centímetro en el derecho y dos en el izquierdo.

CONSIDERACIONES

En nuestros anteriores escritos hemos manifestado varias veces que el catarro seco de la caja es más grave para la funcion que el húmedo. Cuando éste no traspasa los límites de la simple inflamacion secretante, y no se complica de pólipo ni de cáries, consérvase por lo general un resto de audicion, y el tratamiento, si es bien dirigido, la

restablece en proporciones suficientes á hacer al individuo apto para la vida de relacion. Pero sus peligros son en cambio mayores, porque una otorrea puede matar al que la lleva, miéntras que la sordera seca jamás tiene este desenlace. Y es que, aunque las dos otopatías se designan con el nombre de inflamacion, el proceso morboso es diferente en cada una: las causas, los síntomas, las lesiones, contribuyen á demostrarlo.

Los catarros figuran en la etiología de ambos procesos, pero en el otorréico están aquéllos más directamente relacionados con el escrofulismo, los ozenas, los pólipos nasales, las enfermedades infecciosas de la niñez, con todo lo que indica un linfatismo ya existente ó que puede favorecerlo; en cambio, los catarros que originan el proceso otopático seco son los que se presentan en las personas adultas, en los artríticos, en los que llevan la angina granulosa de este nombre, y sufren de corizas provocados por la más ligera impresion atmosférica.

Los síntomas varían de tal modo, que sólo tienen de comun la sordera: otorrea siempre, y á veces sanguinolenta, dolor en las agudizaciones, tímpanos engrosados, carnosos, borrados sus detalles, perforados, frecuentemente pólipos ó cáries, carencia de zumbidos, estacionamiento de la sordera, son los caractéres de las otítis húmedas; en las secas, la pérdida funcional empieza por grados ligeros y puede llegar á ser absoluta; hay zumbidos, tímpanos íntegros, hundidos en totalidad ó en parte, conservando sus detalles, aunque siempre modificados.

Las lesiones no son ménos diversas: ulceracion de la mucosa de la caja, de la del tímpano, y consecutivamente de una parte de la del conducto; mamelones, excrescencias, vegetaciones, pólipos, abscesos, trombus, colesteãtomas, etcétera, constituyen los caractéres somáticos de las primeras; los de las segundas se manifiestan por tímpanos rígidos, mucosa de la caja esclerosada, periostio, ligamentos, tendones, huesos atacados del mismo proceso ó de atrofia, bridas y adherencias de nueva formacion, anquilósis de las

articulaciones, osificacion y calcificacion de las partes blandas.

A todas estas diferencias hay que añadir las que implica el tratamiento y sus resultados: cada especie de otopatía tiene su terapéutica, y la que es propia de la fluyente responde perfectamente en los casos no complicados, y á veces en los complicados tambien, miéntras que la de la seca es ineficaz cuando las esclerósis han llegado al tercer período, de mediano éxito en las del segundo, y de utilidad completa solamente en el primero.

Así lo demuestran las observaciones que más arriba dejamos registradas. Brillantísimo es el resultado obtenido en la 27 y 32, bueno en la 18, mediano en la 12, 14 y 35, insignificante en la 10 y nulo en la 15. Esto prueba que, áun siendo las esclerósis las más difíciles de curar de todas las sorderas, ofrecerían campo fértil al especialista si se tratasen á tiempo; pero todavía ha de pasar mucho tiempo ántes de que esta práctica se generalice. En ninguna enfermedad como en ésta se muestra ménos propicio el que la sufre á pedir auxilio: no la siente nacer, hácese ilusiones cuando empieza á comprender que su oido se debilita, y cuando ya lo comprende disimula cuanto puede; nada le duele, de nada sufre; y así llega á encontrarse incapacitado para la vida de relacion, sin que se le haya ocurrido cambiar una palabra ni con el médico ni con ninguna otra persona respecto á sus oidos. Por eso hay que propagar en la sociedad la idea de que, tan pronto como la audicion empiece á debilitarse ó se experimenten zumbidos (únicos síntomas que anuncian la esclerósis), debe buscarse el remedio, ó de lo contrario, resignarse á llegar á ser sordo incurable.

El tratamiento hay que dirigirlo á la parte afecta, á la caja. No pudiendo llegar á ésta por el conducto, porque los tímpanos están íntegros, tenemos que abordarla por la trompa. Y aquí es donde el cateterismo muestra su inapreciable valor. Si ya en la otoscopia lo hemos visto figurar como medio de diagnóstico, ahora en el tratamiento de

las esclerósis lo volvemos á encontrar como medio terapéutico irreemplazable.

En el primer grado del catarro seco la mucosa está sólo afectada en su capa más superficial, inyectada, congestionada, humedecida á veces por ligerísimas secreciones, y en este caso basta una simple ducha aérea por la trompa para poner en movimiento la cadenilla entumecida y restablecer la audicion; ó si esto no fuese suficiente, se hacen inyecciones de líquidos ligeramente astringentes, balsámicos, salinos, etc., con objeto de resolver el proceso catarroso de la mucosa.

En el segundo período la membrana está ya algo engrosada, empieza á esclerosarse, á hacerse fibroidea; y tambien el cateterismo practicado más frecuentemente, ya con gases, ya con líquidos iodados, potásicos, sódicos, amónicos, cálcicos, se opone á las adherencias, impele el tímpano colapsado hácia afuera y resuelve las hipertrofias.

En el tercero debe tambien practicarse aunque no dé resultado, porque de su ineficacia en el espacio de dos ó tres meses deduciremos con exactitud el grado, hasta entónces nada más que sospechado, en que la enfermedad se encuentra.

No esperando ya nada del cateterismo, procuraremos atraer la timpánica hácia afuera haciendo el vacío en el conducto auditivo; de este modo averiguaremos, si ya no nos lo ha revelado el sondaje, las adherencias que haya contraido para destruirlas con los tenótomos ideados al efecto; ó bien haremos una abertura artificial en ella para ver si así mejora la funcion, y deducir entónces que todavía hay movilidad en la articulacion del estribo con la ventana oval; ó seccionaremos el tendon del tensor cuando por el escorzo del mango adivinemos que su retraccion inmoviliza la cadena, la llama adentro y hunde la base del estribo en la ventana oval, ocasionando síntomas laberínticos y cerebrales, más incómodos á veces para el enfermo que la misma sordera. Por último, en todo caso y en todos los períodos recomendaremos una severa higiene

BIBLIOTECA · Granada · MISIONES

de oidos, y trataremos los corizas y anginas crónicas intercurrentes, causas las más frecuentes de estas otopatías y de sus paulatinos progresos.

OTÍTIS LABERÍNTICA. — CASOS CLÍNICOS

Número 2

Fermina G., veintitres años, casada. Hace cinco meses que, á consecuencia de un mal parto, tuvo un ataque á la cabeza y perdió el oido repentinamente. Desde entónces fuertes zumbidos metálicos y vértigos; audicion nula al contacto y por los huesos del cráneo; tímpanos hundidos y mangos prominentes.

Diagnóstico. — Otítis laberíntica complicada de esclerósis.

Tratamiento. — Ioduro al interior; sondaje; perforacion artificial de las timpánicas. Viene pocas veces y no experimenta alivio.

Número 29

Celestina B., cincuenta y un años, casada. Hemorragias abundantísimas la dejaron débil y anémica hace dos años. Desde esta época titubacion y vacilacion al andar; vértigos y fuertes zumbidos; audicion ligeramente disminuida; tímpanos normales.

Diagnóstico. — Isquemia del laberinto.

Tratamiento. — Quinina y belladona al interior; sondaje y vapores tibios en la caja. Notable mejoría en tres sesiones.

Número 42

Diego B., de veinte años. Caida sobre el lado derecho de la cabeza con pérdida del conocimiento, que dura unas cuantas horas. El oido del lado correspondiente empieza á fluir serosidad sanguinolenta primero, clara y abundante despues; esta secrecion dura de siete á ocho días. Cuando

el enfermo salió de la cama, vacilaba y se tenía de pié con gran trabajo. En la actualidad marcha con firmeza y el oido está seco, pero falta la audicion en absoluto. En el tímpano se nota una línea negruzca paralela al mango del martillo que parece una herida cicatrizada.

Diagnóstico. — Otítis laberíntica traumática.

El enfermo vino una sola vez.

CONSIDERACIONES

Reina todavía una gran oscuridad en la patología del laberinto. Estamos hoy en el tercer período de su estudio. El primero está caracterizado por la creencia de que todas las sorderas en que no aparecían síntomas de inflamacion al exterior eran nerviosas y dependían, por tanto, de afeccion del nervio acústico; este período, que podemos llamar de afirmacion inconsciente, corresponde á la infancia de la otología. El segundo coincide con los progresos realizados en ésta merced al conocimiento de la anatomía patológica del órgano, que vino á demostrar la existencia de lesiones profundas de la caja en la mayor parte de los casos calificados de sorderas nerviosas; éste es el período de negacion inconsciente de las enfermedades del laberinto. Por último, el tercero, fundándose en un análisis anatomo-patológico más fino y en el perfeccionamiento de los procedimientos otoscópicos, empieza á dar al laberinto la participacion que legítimamente le corresponde en las afecciones auriculares, habiendo conseguido ya referir á él algunos tipos morbosos; éste es el período verdaderamente científico, ó sea de diferenciacion reflexiva y consciente.

El laberinto es susceptible, como los demas departamentos del oido, de enfermar aguda ó crónicamente. Bajo la primera forma sus afecciones pasan generalmente inobservadas, porque el especialista no es llamado á intervenir en ellas; sólo cuando, despues de un ataque ó de una

fiebre que ha revestido la forma cerebral, el enfermo queda vertiginoso, sordo, con zumbidos, etc., suele consultársele, y entónces ya la otopatía ha entrado en su período crónico.

A pesar de la penuria de observaciones respecto á la forma aguda que de esto se origina, conocemos ya la manera como ciertas otítis laberínticas se desenvuelven. Así, por ejemplo, está hoy fuera de duda la existencia de la que toma las apariencias de una meningítis, y que tan perfectamente ha sido descrita por Voltolini. Los enfermos, niños por lo general, son acometidos de fiebre, intensa cefalalgia, delirio, convulsiones, vómitos, agitacion, gritos, sopor, etc.; y cuando, en vista de este cuadro, esperamos verlos entrar en el último período de una afeccion meníngea que terminará con la muerte, los síntomas ceden, se inicia la convalecencia y se reponen con rapidez, pero quedando sordos y con la marcha vacilante durante un tiempo más ó ménos largo. En los adultos tambien se presenta la otítis laberíntica bajo la forma aguda, aunque en ellos no viene acompañada de fiebre como en los niños; simula, sí, un ataque apoplético, convulsivo ó gástrico, con vértigos, zumbidos atronadores, sordera, etc., constituyendo la enfermedad conocida con el nombre de vértigo de Menière.

Frecuentemente es la otítis laberíntica aguda producida por la sífilis; y aunque los síntomas no son en este caso tan alarmantes, la sordera aparece, por lo comun, de una manera repentina. Los traumatismos, hemorragias, congestiones, anemias, ciertos medicamentos son tambien capaces de determinar inflamacion, ó por lo ménos síntomas laberínticos á invasion fulminante. Otras veces son irrupciones de pus, de secuestros procedentes de la caja, ó compresiones ejercidas á traves de ésta las que los provocan.

Nuestra estadística de otítis internas es, como se ha visto, muy escasa para que entremos á hacer un estudio de las variedades que presentan segun sus causas. Limitándonos, pues, á lo que de sí arrojan las tres observaciones re-

cogidas, vemos que en todas ellas la enfermedad estalló de pronto, lo cual sucede siempre cuando se desenvuelve idiopáticamente, pues sólo en los casos en que se propaga de la caja al laberinto invade á éste paulatinamente y de una manera insensible.

Pero sea esta otopatía primaria ó secundaria, su diagnóstico es posible si se posee una buena técnica otoscópica y se tiene muy en cuenta cierta expresion sintomática que le es propia. En todo caso los zumbidos tienen un carácter atronador, son metálicos, musicales; hay síntomas cerebrales, pesadez de cabeza, vértigos, á veces propension á caer, vómitos, convulsiones, etc.; casi siempre sordera muy graduada é imposibilidad de trasmision sonora por los huesos del cráneo.

Si estos síntomas se presentan repentinamente y no comprobamos lesion en la caja ni en el oido externo, como sucede cuando el padecimiento es idiopático, la certeza de que reside en el laberinto es absoluta; si la complicacion existe, hay que dar á cada departamento afectado la parte que en el complexus sintomático le corresponde; y aunque difícil entónces de deslindar la que representa el aparato perceptor, no es imposible mediante un análisis detallado.

Aunque no podemos llegar al laberinto ni con medicamentos ni con maniobras, tienen valor estos medios en el tratamiento de sus enfermedades cuando éstas son consecutivas. Un tapon, un cuerpo extraño que comprime la timpánica; un secuestro ó el pus insinuándose á traves de las ventanas oval ó redonda; la presion ejercida en éstas por un tímpano colapsado ó atraido hácia adentro, ocasionan síntomas laberínticos que podemos corregir obrando manual y tópicamente. Pero si no es éste el caso, y la afeccion tiene por teatro exclusivo las inaccesibles cavidades del peñasco, no hay que despreciar las indicaciones que nacen del conocimiento de las causas, del cuadro sintomático y de la patogenia de ciertos medicamentos. La anemia, la congestion y la inflamacion aguda, con su cortejo de síntomas cerebrales, dan orígen en el laberinto á

las mismas indicaciones que en los demas órganos; la sífilis laberíntica reclama el tratamiento comun á todas las manifestaciones luéticas; y, por último, hay sustancias y agentes como la quinina, el salicilato de sosa, el *chenopodium vulgaris*, el nitrito de amilo, la policarpina, el bromuro potásico, la electricidad, etc., que por su accion especial sobre la circulacion é inervacion del oido pueden atenuar ó hacer desaparecer los zumbidos, los vértigos, y poner fin á los accesos apopletiformes, epileptiformes ó gástricos, que constituyen á veces los síntomas reflejos de esta enfermedad.

OTOPATÍA NEURÁLGICA. — CASOS CLÍNICOS

Número 13

Josefa Carreras, treinta años, casada. Padece de dolores en los oidos hace tres meses á consecuencia de enfriamientos; audicion perfecta. El exámen otoscópico muestra conducto y tímpanos normales. No habiendo producido alivio la glicerina morfinada tibia que se le aplicó en la primera visita, se le reconoce la boca y se ve que tiene varias muelas cariadas, con cuya extraccion quedó completamente curada de su otalgia.

Número 36

Josefa Sanchez, cuarenta y siete años, reumática. Sufre hace tiempo de dolor de oidos; oye bien; conducto y tímpanos inalterados. Reconocida la existencia de una muela cariada, se le extrae y cura.

CONSIDERACIONES

Estas dos observaciones enseñan que no debemos perseguir los dolores neurálgicos de oidos en el mismo punto donde se sienten. La otalgia verdadera es casi siempre re-

fleja, y es menester atacarla en su orígen. En el mayor número de casos está relacionada con la esfera del trigémino, del gloso-faríngeo ó pneumo-gástrico; así es que las prosopalgias, neuralgias supra é infra-orbitarias, odontalgias, anginas, úlceras faríngeas, laríngeas, etc., tienen el privilegio de determinarla frecuentemente. Por eso, aunque el enfermo reconcentre toda su atencion en el dolor de oidos y no lo relacione con otros sufrimientos más ó ménos próximos, debemos sospechar siempre la posibilidad de que sea derivado y reflejo. Es posible que, inquiriendo en este sentido, el mismo enfermo nos ponga ya en camino de descubrir la afeccion idiopática que provoca la otalgia; pero hay casos en que, áun procediendo de este modo, no recogemos datos, porque la primera es latente, insensible, y carece de relacion aparente con la segunda: la ilacion está rota, y la sensacion patológica se expresa sólo por síntomas secundarios ó reflejos. La objetividad será entónces nuestra única guía, examinaremos la boca, como hicimos en la observacion 13, ó la garganta, aunque el enfermo no se queje, y si encontramos lesiones en ellas acertaremos siempre suponiéndolas provocadoras de la otalgia. Para no equivocarnos debemos asegurarnos por medio de la otoscopia de la integridad anatómica del oido, pues ésta es condicion precisa para hacer el diagnóstico de la otalgia y no confundirla con otros dolores que se presentan en el órgano, calificados, áun por muchos médicos, de nerviosos porque faltan síntomas externos, y que son debidos á otítis abortadas, circunscritas, forunculosas, etc.

Hemos concluido la exposicion razonada de la estadística referente á las enfermedades del oido, procurando analizar los casos á la luz de los adelantos modernos verificados en la técnica y en el diagnóstico. Juzgamos que nuestra reseña será para los que deseen iniciarse en la práctica de la otología infinitamente más útil que un libro

meramente didáctico, en el que los tipos morbosos viniesen descritos, como es costumbre admitida, abstractamente. Y si á esto se añade que es el primer trabajo de su género que se publica en España, donde la especialidad, aunque empieza á divulgarse en teoría, no ha descendido todavía á la práctica, se convendrá, por lo ménos, en que sale á luz con oportunidad para estimular aficiones, á las que tal vez nuestra patria deba en lo por venir recorrer la distancia que en la actualidad la separa de otras naciones donde la otología goza de gran favor.

SECCION DE ELECTRO-TERAPIA

POR

DON SERAFIN BUISSEN.

ELECTRO-TERAPIA

Encargado por el Dr. D. Federico Rubio, director del Instituto de Terapéutica operatoria del hospital de la Princesa, de las aplicaciones electro-terápicas, tanto en los enfermos de la clínica en que estuviesen indicadas, como en los que, viviendo en la poblacion, concurren al Dispensario, y terminado el curso de 1881-82, es llegado el momento de dar cuenta de los trabajos realizados.

Prolongaría demasiado la extension de estas líneas hacerlo detalladamente de todos los enfermos sometidos á la accion terapéutica de este agente físico; únicamente serán mencionados aquellos más dignos de atencion por sus padecimientos, ó por los resultados obtenidos de este medio terapéutico, que no hayan sido asunto de alguna de las conferencias dadas durante el curso.

Sabido es que la historia de la electro-terapia comprende tres períodos. El primero, en que sólo se conocía la máquina eléctrica de frote, y por lo tanto este agente físico se usaba en su forma estática; el segundo, en el que se emplearon las corrientes continuas exclusivamente; el último, en el que se ha pretendido dar un mayor valor curativo á las de induccion, concluyendo por conservar á la galvanizacion la justa importancia á que es acreedora.

El punto de partida de la aplicacion terapéutica de la

electricidad estática, fué la observacion de las contracciones musculares que producía la descarga de la máquina eléctrica. Se emprendieron ensayos algunas veces coronados de éxito; pero la carencia, entre otros, de conocimientos fisiológicos para su empleo razonado, ademas del gran volúmen, la inconstancia en la marcha y la dificultad en el manejo de aquellas máquinas, hicieron caer en desuso su aplicacion en la forma estática.

A esto contribuyeron en gran parte los célebres descubrimientos de Salvani y de Volta; partiendo de ellos se emprendieron estudios de electro-fisiología, que á su vez originaron numerosas aplicaciones médicas de la electricidad dinámica. Las exageraciones que de sus virtudes terapéuticas propalaron los que la empleaban, hizo caer entónces á la electro-terapia en el descrédito más absoluto durante un largo período de años, hasta que serios estudios publicados en Alemania la rehabilitaron en su justo valor.

Posteriormente, Faraday descubre las corrientes eléctricas por induccion, y esto hace cambiar del todo la forma de aplicacion de este agente físico por los especialistas. Como la accion de estas corrientes intermitentes á la vista sobre la sensibilidad, sobre la contractilidad muscular, etc., se presentaban más manifiestas que las producidas por las corrientes continuas, hubo un período de verdadero apasionamiento por su exclusivo uso (que durante largo tiempo fué empírico), creyendo preferible la accion terapéutica de aquéllas á la de estas últimas. Termina esta etapa de exagerado entusiasmo por las corrientes intermitentes, discutiéndose y haciéndose patentes las acciones fisiológicas y el valor curativo de la galvanizacion y de la faradizacion, precisándose sus respectivas indicaciones en las determinadas dolencias en que cada una de ellas ó ambas deban aplicarse.

Así es que, en la actualidad, puede considerarse la aplicacion de la electricidad en sus diversas formas como un medio terapéutico poderosísimo y perfectamente conoci-

do; habiendo contribuido á este resultado los recientes progresos realizados tanto en el estudio de la fisiología del sistema nervioso y de los músculos, como en el de la electro-fisiología ó accion de este agente físico sobre las diversas partes del organismo en el estado de salud. Por otra parte, los adelantos de la física, así como los nuevos conocimientos en neuro-patología, han concurrido al mismo fin.

En efecto; desde la irritabilidad de la célula hasta la excitabilidad del cerebro, están hoy perfectamente definidas. Asombra la suma de conocimientos fisiológicos adquiridos por la ciencia, entre los que figuran las prolijas investigaciones llevadas á cabo, no sólo sobre la excitabilidad de los músculos, su extensibilidad, retractilidad y tonicidad, sino tambien sobre su sensibilidad y nutricion, así como sobre todo lo que se refiere á la contraccion muscular.

Otro tanto puede decirse del estudio de la fisiología del sistema nervioso; sobre la irritabilidad, la excitabilidad de los nervios, su conductibilidad y las leyes porque se rigen; sobre las acciones reflejas, los principios á que éstas obedecen, las condiciones que las modifican, y, por último, sobre la irritabilidad del cerebro, así como sobre su manera de reaccionar á los diversos excitantes.

La electro-fisiología, demostrando tambien su accion sobre la piel, nervios motores y músculos, sobre los nervios sensitivos y órganos de los sentidos, sobre el cerebro y la médula, sobre el sistema circulatorio, etc., ha constituido una suma de conocimientos que, si bien no son completos, pues queda aún mucho que investigar, han formado una ancha y segura base para que sobre ella se hayan edificado los principios á que debe obedecer la aplicacion de la electricidad como medio terapéutico en diversas enfermedades.

Así, por esta serie de estudios recientes la electro-terapia ha dejado de ser empírica, como lo fué en otro tiempo. Entónces no era posible explicarse racional ni científicamente sus resultados prácticos, y era lógico se conten-

tasen los que la empleaban con la observacion de éstos para que les sirviera de guía en casos análogos.

Los aparatos de que nos hemos servido para las aplicaciones electro-terápicas, distan mucho de constituir una instalacion completa. Presupuestados los más indispensables que deberían figurar en ella, causas bien ajenas á la voluntad del director del Instituto, Dr. D. Federico Rubio, han impedido que se hallase constituido este departamento, ya que no á la altura de los que existen fuera de España, al ménos dotado de los aparatos y accesorios más indispensables para las diversas aplicaciones de este agente físico.

Por esta razon nos hemos visto privados de obtener los beneficiosos efectos de la electrolísis en diversas afecciones. Asimismo, no contando entre los aparatos con la máquina de electricidad estática, ha sido preciso que vaya á nuestro domicilio algun enfermo en el que estaba indicada esta forma de electricidad. Abrigamos la fundada esperanza de que esta penuria de medios materiales que ha existido en los cursos anteriores desaparecerá en brevísimo plazo, pudiendo entónces ensancharse la esfera de accion de este tratamiento á enfermos que, por no existir aquélla, no han obtenido todo el beneficioso resultado que de este medio terapéutico debía esperarse.

La instalacion electro-terápica del Instituto está constituida por una máquina electro-médica de corriente continua y otra de induccion (1).

La primera reune la mayor parte de las condiciones que deben tener estos aparatos. Los elementos de que se componen *(pilas de cloruro de plata)* desarrollan una CORRIEN-

---

(1) Omitimos los detalles relativos á su manera de funcionar, puesto que hemos procurado sean familiares á los comprofesores matriculados en el Instituto, los cuales, segun el turno semanal establecido entre ellos, concurrían al departamento electro-terápico para presenciar ó para hacer por sí mismos las aplicaciones eléctricas.

TE CONTINUA, casi del todo CONSTANTE; su *galvanómetro* permite la determinacion exacta de la intensidad de ésta; con el *colector doble* pueden tomarse el número de elementos que se deseen y usarlos alternativamente, sirviendo tambien para poder cambiar la direccion de la corriente sin mover los eléctrodos del punto en que se hallan aplicado al enfermo. Por último, con el *interruptor*, que forma parte de este aparato, puede abrirse y cerrarse el circuito á voluntad.

La máquina electro-médica de induccion de que nos hemos servido en los casos que reclamaban esta forma de aplicacion de la electricidad, responde á cuantas indicaciones puedan llenarse con el uso de las corrientes intermitentes. En ella puede tomarse segun se desee la extra-corriente ó la corriente inducida, distintas, como es sabido, en direccion, en energía y en tension, presentando cada una de ellas grandes diferencias en sus respectivas acciones fisiológicas y terapéuticas. Ademas, por un sencillo mecanismo las interrupciones de la corriente á un tiempo dado pueden ser, á voluntad, más ó ménos en número, consiguiéndose así hacer intermitencias tan lentas como sea necesario.

Compárese el aparato que tan ligeramente acabamos de reseñar con los pequeños de bolsillo que en España y fuera de ella adquieren algunos médicos que se lanzan á su uso terapéutico sin haberse dado la pena ni áun siquiera de adquirir los más rudimentarios conocimientos. De esta comparacion claramente se deduce que estas últimas máquinas pequeñas, en las que no puede tomarse una ú otra corriente de cada hélice, no siendo tampoco posible ni su gradacion exacta, ni emplear á voluntad un número de interrupciones en un tiempo dado, no tienen las condiciones necesarias para que de ellas se puedan obtener ninguna de las diversas acciones fisiológicas ni terapéuticas de la faradizacion.

Como su reducido precio las pone al alcance de los miembros más oscuros de la profesion; como ni tienen una

construccion complicada, ni su manejo es difícil; como esos médicos están en el error de creer que todas las formas de este agente físico (estática, corriente continua, intermitente, en su diversidad, etc.) son, en el fondo, idénticas en su accion; como el dolor, las contracciones musculares y demas fenómenos que determinan son *tangibles*, colocan los eléctrodos donde les parece, y hacen funcionar su máquina de bolsillo, fiando al azar el resultado, dando á esto el nombre de aplicaciones eléctricas y rebajando este poderoso medio terapéutico á su nivel, en vez de elevarse á la altura de conocimientos y á la posesion de los aparatos que exige hoy la electro-terapia.

Antes de ahora hemos expuesto estas mismas ideas (1), pero debemos de nuevo insistir sobre ellas si se ha de evitar el descrédito de un tan comprobado medio curativo por haber sido mal empleado. Enfermos de parálisis espinal infantil, de pié equino-varo congénito, de hemiplegia consecutiva á hemorragia cerebral, de contractura por traumatismo del mismo órgano, de atrofia muscular progresiva, etc., han venido al Instituto demostrando la exactitud de este juicio. Habían sido tratados anteriormente por la faradizacion de la insensata manera antedicha, y por lo tanto, sin ningun resultado beneficioso; ineficacia del tratamiento anterior, injustificadamente atribuida á la electro-terapia, en vez de á su anti-científico é irracional uso.

El Dr. D. Rafael Ariza nos ha enviado cuatro enfermas de parálisis laríngea que concurrían á su consulta especial de laringología del Instituto, para que fuesen sometidas al tratamiento de su afeccion por la electricidad.

Sabido es que la electro-terapia en estas parálisis no tendría razon de ser en el caso de que fuesen debidas á compresion de los nervios por tumores de cualquiera es-

---

(1) Conferencia sobre la electro-terapia en la Exposicion de electricidad de París. *(Siglo Médico,* 6 de Noviembre de 1881.)

pecie, ó á lesiones centrales como la de la médula oblongada en el orígen del pneumo-gástrico, tumores cerebrales, aneurismas de la arteria basilar, etc. Pero en estas enfermas no existían, como causas de su padecimiento, ninguna de las mencionadas.

Múltiples observaciones se han publicado en las que con la electro-terapia se ha obtenido la curacion en todos aquellos casos en cuya etiología se hallan el nervosismo, la histeria, la anemia, las fuertes impresiones morales, los bruscos cambios de temperatura, violentos esfuerzos en la fonacion ó exceso de trabajo de este órgano.

Distintos métodos se han propuesto por diversos autores para el tratamiento eléctrico de estas parálisis. En las que podrían calificarse como *histéricas*, con la aplicacion de este agente físico en cualquiera de sus diferentes formas, se ha obtenido siempre un feliz éxito, alguna vez tan rápido que han bastado para ello una ó dos sesiones. En las otras parálisis se han recomendado por algunos especialistas las aplicaciones intra-laríngeas, por otros las percutáneas, ya de las corrientes continuas ó de las de induccion.

La faradizacion intra-laríngea de Mackenzie, áun ejecutada con la mayor destreza, en muchas ocasiones no es tolerada por los enfermos, tanto por la excesiva sensacion dolorosa que produce, como por la necesaria introduccion en aquel órgano de un eléctrodo de forma especial, además de la simultánea é indispensable aplicacion del espejo laríngeo. Sin embargo, con este método se registran en la ciencia numerosas curaciones; pero posee aún mayor eficacia la electricidad en forma de corrientes continuas (galvanizacion), bien intra-laríngeas ó percutáneas, que el Dr. Massei propuso en el Congreso de Laringoscopia de Milán.

En tres de las cuatro enfermas anteriormente citadas, en las que hemos empleado la electro-terapia, se ha obtenido su completa curacion, y en la otra un alivio muy marcado.

Nos hemos limitado á hacer la faradizacion percutánea en la proximidad del trayecto de los nervios laríngeos, fundándonos para instituir así el tratamiento en los experimentos de Rossbac, el cual, variando los puntos de aplicacion de los eléctrodos, ha comprobado con el exámen laringoscópico simultáneo los efectos sobre las cuerdas vocales de la faradizacion cutánea de la laringe.

Estos experimentos, así como la curacion de las enfermas á que nos referimos, demuestran que no es precisamente indispensable que las aplicaciones eléctricas hayan de ser intra-laríngeas, puesto que á traves de la piel pueden conseguirse todas las acciones fisiológicas de la galvanizacion ó de la faradizacion sobre la laringe, debiéndose reservar aquéllas para determinados casos.

En dos enfermos de hemiplegia consecutiva á hemorragia cerebral hemos aplicado la electricidad. En uno de ellos solamente hemos conseguido una pequeña mejoría, pudiendo atribuirse este incompleto resultado á que no empezó á venir á nuestra consulta sino un mes ántes de terminar el presente curso.

En el otro hemiplégico venimos usando la electro-terapia desde fines del anterior. Un año ántes había empezado su padecimiento de una manera que, aunque no es muy frecuente, ya aparecen bastantes casos análogos descritos en la ciencia.

Una sensacion de vértigo considerable, pero sin pérdida del conocimiento y la hemiplegia graduada, tales fueron los síntomas de la primera etapa de su enfermedad. Trascurrido un mes todo había desaparecido, excepto la hemiplegia, que, por el contrario, no sólo persistió entónces, sino que fué en aumento, sobre todo en el miembro superior durante el año trascurrido, hasta que vino á usar la electro-terapia.

Al comenzar este tratamiento, su hemiplegia se reducía, en el miembro inferior invadido, á una sensacion de dificultad ó rigidez que experimentaba el enfermo al ejecutar

alguno de sus movimientos, y á un cansancio de esta extremidad que aparecía mucho más pronto que en el estado normal. Todo esto le impedía recorrer sino pequeñas distancias, siéndole imposible caminar de prisa.

El miembro superior estaba en peor estado. Había gran lentitud en todos los movimientos desde los de los dedos hasta en los que le era posible ejecutar en el hombro, y al llevarlos á cabo experimentaba mucho más acentuada la rigidez antedicha; rigidez de que uno mismo podía apercibirse ejecutando en él movimientos pasivos de flexion, extension y de rotacion del antebrazo.

Existía atrofia poco considerable, pero que se percibía claramente en todos los músculos superficiales de este miembro, mucho más acentuada en los que rodean la articulacion escápulo-humeral y en los que forman la eminencia tenar. En el pectoral mayor había contractura.

Así es que este enfermo visto de frente, en pié, presentaba su hombro del lado afecto más bajo que el opuesto, su miembro superior colgando, el antebrazo en pronacion exagerada, el dedo pulgar en semi-flexion, su punta dirigida á la palma de la mano. Si se le mandaban hacer diversos movimientos con la extremidad, los realizaba con mucha lentitud y sin que los de elevacion fuesen en su mayor parte posibles; pues para quitar su sombrero ó llevar la mano á la boca bajaba la cabeza hasta encontrar aquélla, situacion que se hacía más violenta para todos los casos de la vida, por ser el lado derecho el invadido.

En este conjunto sintomático nada había á primera vista distinto del proceso morboso que constituye la hemiplegia, de todos conocida. Pero esta marcha *progresivamente invasora* de la atrofia, de la rigidez muscular y de la contractura del pectoral mayor, á medida que trascurría más tiempo desde el principio de su enfermedad, es la que no concordaba con el curso usual del padecimiento, en el que generalmente (excepto la atrofia muscular de la inaccion en algunos casos) estos fenómenos ó se alivian ó á lo sumo quedan estacionarios.

Es bien fácil darse cuenta de esta marcha, al parecer anómala, de la afeccion sin más que recordar las observaciones acumuladas en la ciencia que esclarecen estas dudas. Es un hecho evidente y harto sabido que la inercia funcional de un órgano produce en el mismo su atrofia y degeneracion, y de esta ley general no se exceptúa la médula espinal.

Interrumpida por cualquier causa que sea la trasmision de las excitaciones normales á traves de sus cordones, bien pronto se presentan en ella su atrofia y degeneracion, que en el caso presente fué debida á la lesion cerebral.

Estas *degeneraciones secundarias de la médula*, que son siempre consecutivas á lesiones cerebrales, y tambien medulares, originan las contracturas tardías, así como otros desórdenes que suelen presentarse en la motilidad en los hemiplégicos, despues de pasado mucho tiempo de su hemorragia cerebral.

En el enfermo de que nos ocupamos se ha usado la galvanizacion de la médula y la faradizacion de los músculos invadidos, con lo que se ha obtenido una completa curacion, siéndole posible hoy llevar á cabo todos los movimientos con su fuerza normal y sin haber quedado más vestigio del padecimiento que una pequeña lentitud en su ejecucion, que, á no fijarse mucho, podría pasar desapercibida á la vista.

El dignísimo jefe facultativo de una de las Casas de Socorro de esta corte nos envió una enferma de su consulta pública para su tratamiento electro-terápico, que padecía parálisis histérica de la extremidad superior derecha.

Su historia anterior era una larga lista de casi todas las manifestaciones posibles de la histeria, y su estado al empezar este tratamiento bien poco lisongero. Con la extremidad superior derecha le era completamente imposible desde seis meses ántes ejecutar el menor movimiento voluntario; al balancear el tronco de delante atras se comu-

nicaba á la totalidad del miembro antedicho esta impulsion como si por completo fuera una masa inerte.

Por carecer de máquina de electricidad estática, forma de aplicacion la más indicada en este padecimiento, se usaron las corrientes continuas muy débiles, cuyos detalles omitimos en obsequio á la brevedad. En muy corto número de sesiones desapareció la parálisis por completo, recobrando la extremidad todos sus usos.

Cuatro meses despues vino de nuevo á nuestra consulta *porque su otro brazo*, el izquierdo, presentaba, aunque ménos acentuados, los mismos fenómenos que anteriormente el derecho.

Efectivamente; desde quince días ántes, en esta otra extremidad, existía una paresia uniformemente distribuida en su totalidad que le permitía ejecutar todos los movimientos voluntarios normales, pero con muy escasa fuerza y sobreviniendo un cansancio absoluto de los músculos en brevísimo espacio de tiempo, que impedía continuase la motilidad voluntaria en aquel miembro.

Tambien con las corrientes continuas débiles se obtuvo la completa curacion, que aún subsiste, de la paresia de este brazo, mucho más pronto (siete sesiones) que cuando la parálisis había invadido la extremidad superior derecha. Curacion cuya mayor rapidez explica el que ni la paresia, al reanudar el tratamiento, contaba la fecha que la parálisis que existía en el brazo derecho cuando por primera vez empezamos á hacerle las aplicaciones eléctricas, ni habían llegado á ser en él totalmente imposibles sus movimientos voluntarios, como había sucedido en el otro brazo.

Se ha dado tanta importancia á veces, á nuestro juicio equivocadamente, á la influencia que sobre la imaginacion de las enfermas puedan ejercer los aparatos electro-terápicos, al mecanismo de su empleo, etc., como el factor principal de la curacion en estas manifestaciones de la histeria, que seguramente se ha necesitado toda la autoridad de los respetables hombres de ciencia que fuera de Espa-

ña, desde larga fecha, vienen haciendo especiales estudios de este grupo de padecimientos, así como de la accion terapéutica de la electricidad sobre los mismos, para que no se piense quizá que en su curacion hay, por parte de las enfermas, una involuntaria superchería, y por la del médico un error al creer efectos del tratamiento los que pudieran serlo de la influencia que la vista, etc.; de los aparatos ejerciesen sobre el ánimo de aquéllas, ó una simple coincidencia.

Pero para adquirir el convencimiento de la realidad el procedimiento es sencillo, y lo hemos puesto en práctica en el curso presente con ese fin. Háganse una ó varias *sesiones simuladas* sin variacion alguna en su apariencia, sin omitir ninguno de los detalles del empleo de este agente físico, colocando los eléctrodos en los mismos puntos que los demas días, pero sin tomar con el colector en el aparato los elementos como en las *sesiones efectivas*, es decir, *sin establecer la corriente, sin desarrollar ni aplicar electricidad*, SIMULACION que pasa completamente desapercibida para las enfermas.

Así, como ántes queda dicho, lo hemos verificado, llamando sobre ello la atencion de alguno de los miembros del Instituto, y de un modo tan sencillo se ha comprobado que, al terminar cada galvanizacion, llevaba á cabo la enferma á nuestra presencia todos los movimientos del brazo con bastante más fuerza y agilidad que al empezar la sesion, mejoría que se conservaba hasta la siguiente; por el contrario, ningun cambio se observó en las distintas veces en que no habíamos hecho más que la simulacion del empleo de la corriente continua.

Asimismo se ha obtenido la curacion de un niño de nueve años que padecía corea desde cuatro meses ántes de venir á la consulta.

Como en tantos otros, empezó su enfermedad por contracciones involuntarias de algunos músculos de la cara, ligerísimas en un principio, y que, cuando fueron más acen-

tuadas, se interpretaron como si dependiesen de la voluntad del enfermito. Continuó su evolucion el padecimiento presentándose los movimientos característicos en las extremidades superior é inferior derechas, y algun tanto en el pié y pierna izquierdos, así como en diversos músculos de la cara.

Quince sesiones de electricidad estática hechas en nuestro domicilio, por carecerse, como anteriormente queda dicho, en el Instituto de la máquina eléctrica de frote, bastaron para su total curacion.

La máquina de electricidad estática puede considerarse como un generador de este agente físico, idéntico en su naturaleza, pero distinto en muchos puntos, de la producida en la pila.

Tanto es así, que miéntras que apénas se separan las hojas de un electróscopo con 1.500 ó 2.000 pares de una pila de Zamtoni, basta el flúido desarrollado por el frote en un trozo de caoutchouc para conseguirlo; solamente dos elementos Bunsen ó Leclanché producen la descomposicion de seis centigramos de agua en el voltámetro, accion química para la cual se necesitarían 800.000 descargas de la gran batería de Leyden de la Institucion Real de Lóndres; el modelo más pequeño de la máquina eléctrica de Ramsden da una chispa á un centímetro de distancia del conductor, y para conseguir otra igual con la pila serían precisas 38.600 pilas.

Esta diversidad de efectos físico-químicos entre la electricidad de frote y la producida en la pila, hace fácilmente comprender que asimismo deben ser bien distintas sus respectivas acciones fisiológicas y terapéuticas; diversidad que nace de la distinta tension, cantidad, etc., con que se produce este flúido en cada uno de los dos generadores: máquina de frote, ó pila.

Cuanto antecede, así como muchos otros puntos relativos al uso terapéutico de la electricidad estática, ha sido objeto de diversas publicaciones en el extranjero.

Así es que, en la actualidad, la electricidad estática está

atravesando un período al que se podría llamar de *resurreccion científica*, viéndose claramente que había sido injustificado el completo abandono que de su uso se había hecho durante muchos años.

El Dr. Schwanda, de Viena, fué el iniciador de esta reaccion para que de nuevo volviese á usarse por los especialistas, demostrando científicamente la preferencia que para la curacion de algunos padecimientos debía darse á la electricidad estática sobre la dinámica.

Despues, Golding Bird y Gull, en Guy's Hospital en Lóndres, en la misma ciudad Radcliffe, y otros en el Hospital de paralíticos y epilépticos, Clement en Francfort, Vigouroux en el Hospital de la Salpêtrière, todos ellos han hecho ver claramente los resultados terapéuticos que pueden obtenerse de la electricidad estática.

Por último, la mayor autoridad que en la materia puede citarse en la época presente ha pronunciado ya sobre este punto su juicio. El Dr. Charcot terminaba una de sus conferencias (1) con las siguientes palabras: «Creo haberos dicho lo bastante, señores, y es el principal objeto que me proponía, para hacer ver que la electricidad estática es un agente que no debe desdeñarse, y que verdaderamente merece ser sacada del olvido en que por largo tiempo ha estado sumida.»

El rápido y lisonjero éxito obtenido en este enfermito no debía invocarse en apoyo del tratamiento empleado, pues un hecho aislado por sí solo podría aparecer insuficiente para justificarlo. De aquí la necesidad de basarlo en tan diversos testimonios, á pesar de la enojosa aridez de las indispensables citas de nombres que anteriormente aparecen.

Pero esto era de todo punto imprescindible para que no pueda calificarse de *anacronismo* la aplicacion terapéutica

---

(1) Conferencia dada en el hospital de la Salpêtrière en 26 de Diciembre de 1880.

de la electricidad en esta forma por aquellos que, sabiendo que fué abandonada desde el descubrimiento de la pila, ignorasen que la máquina de electricidad estática forma hoy parte de la casi totalidad de las instalaciones electroterápicas que existen en los hospitales extranjeros.

DISTRIBUCION

DE HORAS Y TRABAJOS EN EL INSTITUTO

Visita clínica	Diaria, 8 mañana. .	Dr. D. Ricardo Egea.
Dispensario general. .	Lúnes, miércoles y viérnes, 9 mañana	D. Manuel Castillo.
Operaciones.	Lúnes y juéves, 10 mañana.	
Consulta y dispensario de Laringoscopia. .	Mártes, 9 mañana.	Dr. D. Rafael Ariza.
Consulta y dispensario de Otología.	Sábado, 9 mañana.	
Consulta y dispensario de electro-terapia. .	Diaria, 9 mañana. .	Dr. D. Serafin Buissen.
Consulta y dispensario de Ginecología. . .	Lúnes y juéves, 10 mañana.	Dr. D. Eugenio Gutierrez.
Ejercicios prácticos de operaciones y anatomía quirúrgica . .	Los días que hay cadáver, 10 mañana.	Ldo. D. Ambrosio Rodriguez

Conferencias y notas clínicas casi diarias, con motivo de los casos que se presentan en las clínicas ó en los diversos dispensarios.

Carlos Cuadra

Endurecerse en la
sensibilidad

OBRAS DE CARIDAD

HECHAS Á LOS ENFERMOS DEL INSTITUTO

Sra. Marquesa de	200 reales á un enfermo para que regresara á su país.
Sr. D. José Rivas	Varios aparatos ortopédicos.
Sr. D. M. del C.	Varios.
Sr. D. V. S.	10 reales.
Sr. D. J. R.	Varios.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS

	Páginas.
DEDICATORIA	5
Personal del Instituto	7
Fallecimiento de D. José Luis Goyena	8
Biografía de D. José Gil	8
Organizacion del Instituto	14
Inscripcion única	15
Método de enseñanza y disciplina	17
Historia de una operacion y muerte de un operado	24
Completo culto á la verdad	29
Infusion débil de hojas de belladona contra las anginas eritematosas	30
Continuacion de la observacion de Teodoro M.	31
Continuacion de la historia del muñon doloroso	34
Necesidad de combatir pronto y con energía las neurítis periféricas	34
Continuacion de la historia del epitelioma en la laringe, y traqueotomía	36
Continuacion de la historia de un exostósis ebúrneo	36
Continuacion de la historia de Enrique Valle	40
Confirmacion, correcciones y ampliaciones sobre puntos de doctrina sentados en el curso anterior	41

Páginas.

Artritis seca de la rodilla por responsabilidad de pié plano. 41
Epiteliomas rupiformes ó costrosos. 42
Primer tipo. 43
Segundo tipo. 45
Observacion de Francisco Muñoz. 48
Explicacion de los motivos del crédito de los curanderos en la cura de los cánceres 49
Cuestionario sobre la accion de los cáusticos en el tratamiento de los epiteliomas. 50
Práctica empírica de los curanderos 50
Prestigio del secreto. 51
De cómo los proto-medicatos pueden ser vulgo, y asimismo nosotros. 52
Errores de doctrina sobre la curabilidad é incurabilidad del cáncer. 54
Tercer tipo de epitelioma y sus tres variantes. 55
Acciones primitivas y consecutivas de los cáusticos químicos. 56
Peligros que acarrea tocar los epiteliomas con nitrato de plata. 58
Observacion de un epitelioma del segundo tipo, figurando dos grandes úlceras de *ulcus rodens*. 59
Explicacion de cómo obra el cloruro de zinc líquido en la curacion de los epiteliomas costrosos del primero y segundo tipo. 61
Resúmen de los principios que rigen la terapéutica operatoria en los epiteliomas. 64
Conferencia sobre los lipomas gigantes de las extremidades inferiores 68
Grabados de lipomas gigantes. . . . . 69 y 80
Observacion de Ramona Cerezal. 81
Observacion de Saturnina Hernandez. 87
Observacion de Manuel García. 89

Páginas.

Observacion de Antonia García 90
Observacion de Miguel Álvarez 91
Conveniencia de los tratamientos activos en las artrítis . . 93
Observacion de Francisco Gonzalez 94
Práxedes Díaz. — Reseccion de la rodilla derecha. 97
Materiales nuevos recogidos en el presente curso, y consecuencias terapéuticas que de ellos se desprenden 100
Enfermedades contagiosas. 100
Diarrea hospitalaria — Observacion de Antonio Carro. . . 101
Erisipela. 102
Invasion de gangrena hospitalaria 105
Observacion de Hilario Bruna. — Primer invadido de gangrena hospitalaria 106
Observacion de José García. 108
Segunda invasion de la gangrena. 111
Observacion de Juan Raigosa 112
Conferencia sobre puntos circunstanciales referentes á la podredumbre. 123
Relacion de la marcha de los tres operados. 127
Corolarios relativos á la podredumbre 135
Periostítis del temporal derecho 137
Historia clínica de Cecilio del O. 137
Nota clínica sobre Cecilio del O. 138
Segunda nota clínica sobre el mismo enfermo. 141
Descripcion de la operacion. 147
De cómo enseña la duda 150
Historia de María Rosa. 150
Nota clínica 153
Feliz error de diagnóstico. — Observacion de Ángela de las Heras. 156
Nota clínica 158
Complemento de la historia de Ramon Limon 165
Observacion de Pilar Romero 170

Páginas.

Nota clínica 71
Conferencia sobre los fungos de la dura-madre. 176
Observacion de Serafina Calvo 194
Observacion de Josefa Rego. 200
Cuatro casos de sarcoma del cuero cabelludo. 203
Cuadro de enfermos ingresados en la clínica 207
Cuadro de operaciones 208
Profesores que han ejecutado las operaciones: 209
Algunas observaciones sobre los cuadros estadísticos. . . . 209
Escasos efectos de las inyecciones parenquimatosas 210
Vulnerabilidad quirúrgica de los atléticos. 213
Ovariotomías. 218
Observacion de Asuncion Martinez. 218
Cipriana Perez 219
Observacion de Francisco Gonzalez 221
Nota clínica sobre Francisco Gonzalez. 223

SECCION DE ESPECIALIDADES

POR EL DOCTOR ARIZA

Enfermedades de garganta y oidos. 229
Introduccion 231

PRIMERA PARTE

LARINGOLOGÍA

I. — Técnica laringoscópica 237
II. — Patología y clínica laríngeas. 255
Laringítis folicular y catarral. — Casos clínicos. 256
Consideraciones. 260

Páginas.

Laringítis hiperestésica. — Casos clínicos 266
Consideraciones. 268
Laringítis tuberculosa. — Casos clínicos 270
Consideraciones 274
Parálisis laríngeas. — Casos clínicos. 280
Consideraciones 288
Neoplasmas benignos de la laringe. — Casos clínicos. . 294
Consideraciones 298
Neoplasmas malignos de la laringe. — Casos clínicos. . 301
Consideraciones 301
Conclusion. 303

SEGUNDA PARTE

OTOLOGÍA

I. — Técnica otoscópica 307
II. — Patología y clínica otológicas 335
Otítis externas. — Casos clínicos.. 336
Consideraciones 339
Otítis media supuratoria sin complicacion de cáries ni de pólipos. — Casos clínicos 344
Consideraciones. 352
Otítis media supuratoria complicada. — Casos clínicos. 360
Consideraciones. 367
Otítis media seca. — Esclerósis de la caja. — Casos clínicos 375
Consideraciones 377
Otítis laberíntica. — Casos clínicos. 381
Consideraciones 382
Otopatía neurálgica. — Casos clínicos. 385
Consideraciones 385
Conclusion. 386

SECCION DE ELECTRO-TERAPIA

POR DON SERAFIN BUISSEN

	Páginas.
Electro-terapia.	391
Distribucion de horas y trabajos del Instituto.	407
Obras de caridad hechas á los enfermos del Instituto . . .	409