

SANATORIO
MADRAZO

BOLETIN

DE

CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

E. D. Madrazo.

Juan Herrera.

Mariano Morales.

Vicente Quintana.

Joaquin Santiuste.

Manuel Pelayo.

José Teresa.

Agustin Camison.

SUMARIO

Trabajos originales

VICENTE QUINTANA, Rotura patológica intra-peritoneal de la vejiga.—JOSÉ TERESA BEDERA, Comparación de las prostatectomías.—JOAQUÍN SANTIUSTE, Influencia etiológica de las afecciones gástricas hipersecretorias en la producción de faringitis catarrales crónicas ó estados paresésicos de la faringe.—JUAN HERRERA ORIA, Nueva orientación terapéutica, tratamiento de la sífilis con el "606," Bibliografía.

De la lucha contra el cáncer.

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGÍA

Un número mensual

Tirada: 4.000 ejemplares

SANATORIO
MADRAS

BOLETIN DE CIRUGIA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

El Dr. Madrazo.	Vicente Quintana.	José Teresa.
Juan Herrera.	Joaquín Santuste.	Augusta Camison.
Mariano Morales.	Manuel Pelayo.	

SUMARIO

Trabajos originales

Vicente Quintana, Horma patológica intra-peritoneal de la vejiga.—José Teresa Bedera, Comparación de las prostectomías.—Joaquín Santuste, Influencia etiológica de las alteraciones gástricas hipersécratorias en la producción de fúngitis gástricas crónicas o estados pre-cáncerosos de la faringe.—Juan Herrera Oria, Nueva orientación terapéutica, tratamiento de la sífilis con el "606".
Bibliografía.
De la lucha contra el cáncer.

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Tirada: 4.000 ejemplares

Un número mensual

A N U N C I O S

TARIFA GENERAL

Plana entera	una inserción	50	PESETAS
" "	tres inserciones	147	"
" "	seis "	282	"
" "	doce "	504	"
Media plana	una inserción	30	PESETAS
" "	tres inserciones	87	"
" "	seis "	162	"
" "	doce "	264	"
Cuarto de plana	una inserción	18	PESETAS
" "	tres inserciones	51	"
" "	seis "	90	"
" "	doce "	120	"

CONDICIONES.—El pago de las inserciones será por adelantado.

FARMACIA JIMENEZ

Plaza de la Libertad.-Teléfono núm. 33.-Santander

Algodones y gasas esterilizadas.—Cajas para partos.—
Seda, cat-gut y tallos de laminaria en tubos cerrados á la lám-
para.—Inyecciones hipodérmicas esterilizadas.

KEFIR-YOHOUT Y BABEURRE

Jarabe de Creosota de Haya con Hipofosfitos

R O T H U A R

Medalla de oro
Exposición de Zaragoza

Medalla de oro
Exposición de Santiago

Recomendamos esta preparación como la más racional y que ha recibido más beneplácitos del cuerpo médico. Cura la tos, resfriados, catarros, bronquitis, gripe, ronquera, influenza, destruye los microbios ó gérmenes de las enfermedades del pecho, y produce por lo tanto una verdadera asépsia en el aparato respiratorio.

Farmacia de Vega.—Palacio del Club de Regatas.—Santander.

Agentes generales: Hijos de Carlos Uizurrum.—Madrid.

Farmacia del Dr. Hontañón

HERNAN CORTÉS, NUM. 2

S A N T A N D E R

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Vacuna y suero medicinales

BOLETIN

— DE —

CIRUGÍA

I.—Original.

Rotura patológica intra-peritoneal de la vejiga

Por Vicente Quintana.

La causa de la rotura vesical que motiva este artículo, no fué ningun traumatismo, ni ninguna violencia exterior, y por eso, la llamamos patológica y no rotura espontánea, porque en esta, se supone la integridad del órgano y prodúcese por el exageramiento de la función, á modo de las luxaciones espontáneas venciendo el hipomocolión, ó las fracturas por una contracción muscular violenta. Todos los cirujanos conocen estas fracturas y luxaciones por exceso de función, sin que medien enfermedades óseas ó articulares; pero las roturas análogas de las vísceras son más raras, sólo el estómago por exceso de alimentación suele romperse en el buey y el caballo; el esófago se rompe á veces por los esfuerzos del vómito en los bebedores, y la vejiga por no vaciarla, en los locos borrachos y prostáticos.

La frecuencia de las roturas de la vejiga, según opinión de Ziegner oída en una conferencia el año 1895, es la siguiente: en un servicio de cirugía de los mayores de Berlín entre 11.000 enfermos, tres casos. En el Hospital de San Bartolomé, de Lon-

dres, entre 17.700, dos casos, y en la Clínica Quirúrgica de Halle, entre 9.500 enfermos, seis casos.

Hace cuatro años fui llamado con urgencia á un pueblo próximo á Santander y al llegar el médico de cabecera nos puso en los siguientes antecedentes:

El enfermo, era un joven de 33 años, que hacía tiempo padecía de estrecheces uretrales. Comprometía también la vida del paciente un proceso pulmonar fémico, que era de lo que principalmente él se quejaba á su médico de cabecera. Unos días antes de ocurrir el accidente de que aquí nos ocupamos, el enfermo que guardaba cama por un recrudecimiento de su lesión pulmonar crónica, notó en el hipogastrio un tumor. Le vió el médico, sospechó que pudiera ser de origen intestinal y como el enfermo tenía gran confianza en un reputado clínico de Valladolid, fué llamado, proponiendo fomentos calientes y si se marcaba mucho la tendencia á la supuración, abrir. Se le aplicó el calor, el tumor aumentaba poco á poco y haciéndose muy doloroso, la fiebre del enfermo no cedía, y el médico de cabecera ante la agravación de los síntomas decidió avisarme. Esperaba nuestra llegada cuando de repente el enfermo acusó la sensación de que algo había estallado violentamente en el abdomen, dió un gran grito y dijo al médico que acudió en seguida: *se me ha roto la vejiga*. El médico palpó, examinó y afirmó el diagnóstico: le administraron cafeína en inyecciones, café con agua para calmarle la sed devoradora que se le había presentado, y le sentaron en la cama, (única postura en que podía permanecer á pesar de la morfina), en cuya posición le encontramos nosotros.

El enfermo, en seguida de la rotura, experimentó la sensación de bienestar del que evacua la vejiga bien repleta, pero poco tiempo después, le empezaron unos agudísimos dolores por todo el vientre, que le acolapsaron por su intensidad y que hicieron necesarias varias inyecciones de morfina.

Nosotros encontramos al paciente con la cara ansiosa, paroxística, no hipocrática, revelando tan gran sufrimiento, que clamaba por la operación que calmase sus dolores. Pulso rápido (130,) pequeño, regular; el vientre tenso, muy tenso, con gran defensa muscular, timpanizado y extraordinariamente doloroso hasta el punto, que no podía tocársele sin arrancar alaridos angustiosos.

Para confirmar el diagnóstico de la estrechez uretral, con las sondas que allí nos pudimos proporcionar, hicimos el cateterismo y en efecto, comprobamos que tenía una estrechez casi infranqueable, único objeto de que queríamos convencernos con el cateterismo, puesto que para cerrar la rotura de la vejiga nos hacía falta tener expedita la uretra para dejar una sonda permanente.

Esta exploración nos imponía la uretrotomía externa, como último tiempo de la intervención que íbamos á ejecutar. Como el diagnóstico de rotura de la vejiga estaba confirmado y no había otro tratamiento que suturar la vejiga y sacar la orina de la cavidad abdominal, procedimos á la operación. Abierto el vientre, le encontramos lleno de orina, la mayor parte en la pequeña pelvis, que retiramos completamente, valiéndonos de gasas. Las asas intestinales estaban enrojecidas y sin exudados fibrinosos. Después de enjugar el líquido, elevaron la mesa sobre la que operábamos, para que quedase en plano inclinado, y después de rechazar las asas intestinales hacia el diafragma presentamos al campo operatorio lo que fué vejiga, pues de ésta no quedaba más que el trigono y el cuello, siendo de todo punto imposible el rehacer la víscera por la falta de tejidos, sin que pudiéramos apreciar en la parte que quedaba de vejiga si ésta tenía ó no degeneración tuberculosa, aunque la orina en un análisis practicado tiempo atrás alojaba bacilus de Koch y existía como ya he dicho, un proceso pulmonar tuberculoso.

Habíase roto la vejiga como explota un globo de goma con el que juegan los niños, en mil pedazos pequeños, y siendo por lo tanto imposible la sutura dejamos un drenaje Mikuliz sobre el pubis y cerramos el vientre.

Al enfermo se le quitaron los dolores, no pasó mala noche, pero sucumbió seis días después de peritonitis.

Lo más notable de este caso y sobre lo que más conviene llamar la atención, es que pasa desapercibida la causa del tumor; que ni el enfermo se queja de no orinar, ni los médicos se fijan en ello, y es de advertir que tanto el de cabecera como el llamado en consulta, son clínicos merecidamente reputados: pero es cierto que todos hemos visto muchos casos sobre todo en servicios de cirugía y obstetricia, en los que la palpación revela el tumor producido por la vejiga distendida al máximun, sin que el enfermo solicite tratamiento por la retención de orina. El enfermo

que antes orinaba con dificultad y con frecuencia, no llamó la atención del médico á pesar de saber que padecía esta estrechez tan graduada y ocurrió la rotura porque el enfermo que seguía orinando con esfuerzos, pequeñísimas cantidades de orina en cada micción, no se daba cuenta de que en el reservorio entraba más orina que salía y vino la explosión. La vejiga que presumimos, aunque no lo afirmamos, que tendría sus paredes destruídas ó debilitadas por tuberculosis, se rompió no por un desgarró más ó menos grande como sucede generalmente, sino explotando y desapareciendo todas sus paredes.

Como en los libros de cirugía por regla general, salvo en las grandes enciclopedias, se trata muy por encima de las roturas de la vejiga, haremos en este artículo, algunas consideraciones sobre el caso. Bartels en su obra sobre "Los traumatismos de la vejiga," menciona 161 roturas, 50 heridas punzantes de la misma, y 258 por heridas de arma de fuego. Las roturas fueron, 60 extra-peritoneales y de estas, curaron 17. De las 100 intra-peritoneales sólo se curó un caso, por la operación. Este, es el mismo que en la estadística de Rivington, figura como salvado entre 183 roturas intra-peritoneales. La estadística de Schlange posterior, nos dá 10 curaciones y en la más posterior de Nordtmann, el número de roturas intra-peritoneales curadas por la operación es de 60.

En la estadística de Maitrait de 97 roturas intra-peritoneales no hay más que un sólo caso de curación que debe referirse á el caso de Walter de Pisburg.

Todas estas observaciones de rotura de la vejiga eran de carácter *traumático*.

Estas, sean criminales, fortuitas ó quirúrgicas, no pueden tener la misma gravedad que, aquellas en que hay lesiones destructoras de una ó de todas las tónicas de las paredes de la vejiga como creemos que ocurría en nuestro caso. De las quirúrgicas todos los cirujanos hemos tenido varias observaciones y sabemos su fácil arreglo, y en las criminales por pinchazo ó arma de fuego, también es fácil la terapéutica una vez establecido el diagnóstico, punto este muy importante como apreciamos en el caso que va después á este propósito.

La vejiga normalmente, se halla protegida por la sínfisis pubiana de los traumatismos y golpes, pero cuando está excesiva-

mente llena y rebasa la sínfisis, saliendo de la pequeña pelvis y montando por encima del *conjugado vera*, le falta esta protección, y una pisada en un atropellamiento de gentes etc. pueden determinar la rotura por aumento rápido de la presión transmitida de fuera adentro. Esta es una causa frecuente, de rotura sobre todo, en los borrachos, y que pasa desapercibida hasta que se desvanece la embriaguez, y vienen los dolores y la peritonitis. Sabido es que en los ébrios por la falta de tono en la muscular de la vejiga, esta se deja distender fácilmente. Los autores que han producido estas lesiones experimentales, para estudiarlas son: Garré, Stubenrauch, Hilstons, Bartels y Berndts y otros, y sus conclusiones son: que la vejiga distendida y contundida se rompe siempre, ya venga la presión de dentro á fuera, ya de fuera á dentro, por la cúpula ó segmento superior, que es el punto de menor resistencia. Puede compararse esta rotura á la de las cámaras de un automovil que se rompen allí donde les falta la cubierta.

Es muy variable la forma de la rotura de la pared y no siempre se rompen todas las capas, si no que, á veces, queda alguna túnica intacta y ceden las demás: esto naturalmente se demuestra bien en las observaciones experimentales pero también, en las clínicas puede deducirse por los síntomas que presenta el enfermo. Así por ejemplo, en un marinero gallego que asistí yo y que se había caído desde la cubierta al fondo de la cala, entre un montón de fardos por faltar la estrobada, entre varias contusiones que presentaba por otras partes, la más grave era la que aparecía en el hipogástrio; la vejiga estaba distendida, el enfermo no podía orinar y tuve que sondarle sacando 600 gramos de orina sanguinolenta. Pocas horas después, tuvo necesidad de otro sondaje para sacarle por aspiración y lavados, coágulos y sangre con poca orina. Hice lavados con solución de permanganato fuerte; después con agua sola, y repetí los lavados dos veces durante tres días, además del reposo. El enfermo curó.

En este caso hubo á no dudar rotura de la mucosa ó á lo más de la muscular pero no de la serosa, que debió resistir el violento traumatismo hipogástrico. Generalmente las roturas no son lineales sino en media luna por la forma esférica de la vejiga y la distribución de sus fibras musculares.

Hecho el diagnóstico de la herida vesical, casi siempre es posible cerrar la vejiga por una sutura apropiada.

Es de sumo interés hacer un diagnóstico precoz.

El principal síntoma es la gana de orinar sin poder hacerlo ó expulsando sólo algunas gotas de sangre, lo que llaman los ingleses *anuria hemorrágica*. Este síntoma de los primeros momentos como le tuvo el marinero gallego, nos aclaró el diagnóstico. Que la rotura es de todas las tunicas, lo indica el cateterismo que rinde sangre sin orina. Las inyecciones, aún siendo de agua hervida, son peligrosas por el hecho de pasar á la cavidad abdominal.

El síntoma objetivo más importante es la defensa natural del vientre. Esta contracción refleja no falta en ninguna herida de los órganos abdominales y nos advierte siempre, y más si se presenta súbitamente, que en el vientre ocurre algo de mucha gravedad. En nuestro enfermo este síntoma y la ansiedad eran las que dominaban. La percusión del hipogástrico puede también ser útil.

Mucho más difícil es hacer el diagnóstico cuando la sonda saca orina y cuando el paciente después de la rotura, orina espontáneamente como en el caso de Nordman; esto sucede porque el pico de la sonda entra en la cavidad abdominal y de ella saca la orina, ó porque la abertura es muy pequeña y siempre retiene orina la vejiga (Blumer-Holmes). La citoscopia debe rechazarse por exigir llenar previamente de líquido la vejiga, lo mismo que tratar de tocar á través de las paredes del vientre el extremo de la sonda pasada por la rotura de la vejiga. Estas maniobras sólo deben hacerse en los momentos operatorios, como tuve ocasión de ver á Tumin en una enferma operada de fibro-mioma por Landau, en que se dudaba si habría perforación de la vejiga y que resultó no existir. El diagnóstico diferencial en el hombre no suele ser difícil; en la mujer sí, sobre todo si coincide con un embarazo extrauterino. Las dificultades del diagnóstico son á veces muy grandes, y buena prueba de ello es que en la clínica de Kümmel en el caso magníficamente relatado por J. Oehlecker el enfermo llegó á la operación sin tener diagnóstico exacto, y se sospechaba si sería una perforación de un carcinoma del colon ó del recto, en su porción alta, en el vientre ó en la vejiga. Este caso que fué operado, lo mismo que

el que refiere Nordman, son dos casos interesantes de curación.

La salida de orina al peritoneo sino lleva gérmenes, no produce peritonitis, pero por este peligro debe tratarse á toda costa de hacer el diagnóstico sin valerse del cateterismo. Muchos enfermos deben la vida á haber llegado á las manos del cirujano sin que los cateterizaran. El vientre puede estar lleno de orina, puede haber defensa muscular, síntomas de la rotura, pero no peritonitis. Puede haber y hay una intoxicación urínosa con fenómenos ó nó de uremia. Interesante es á este propósito la observación de crioscópia que da Oehlecker de un enfermo en el que bajó en dos días el punto de congelación de la sangre de 0'66 á 0'56, pero estas experiencias no están hoy por hoy al alcance de todos los prácticos.

El pronóstico es muy grave, y repasando todos los trabajos publicados, pueden calcularse en 60 los casos curados por la operación, y muchísimos más hubieran sido de haberse intervenido á tiempo.

El tratamiento, no puede ser otro que abrir pronto el vientre, limpiarle bien la orina pasando un abundante lavado de 40 ó 50 litros de solución de Tavel, que tan buen resultado da en las perforaciones viscerales en el vientre. Para la sutura no podemos dar reglas: cada uno la hace como sabe y puede, y sólo indicaremos como material de sutura, el catgut muy fino. Conviene en lo posible dejar la sutura extraperitoneal como aconseja Hildebran, dejando la rotura por fuera del peritoneo, para lo cual se cose éste á la sutura vesical. También puede esto conseguirse con un drenaje bien puesto por arriba, ayudado de la sonda permanente por la uretra. Los lavados de la vejiga pueden y deben hacerse pero serán los menos posibles, y ejecutados siempre por el mismo cirujano.

Estas breves consideraciones sobre la rotura intra-peritoneal de la vejiga, las completaré otro día con las roturas extra-peritoneales y abertura de focos de supuración en la vejiga.

II.—Original

Comparación de las prostatectomías

Por José Teresa Bedera

Una evolución parecida á la que sufrieron las tallas hipogástrica y perineal, atraviesan en la actualidad las prostatectomías alta y baja.

En un principio la vía perineal tuvo más partidarios que su rival; hoy son más los que intervienen por vía supra-pubiana.

La mortalidad, efectivamente mayor de la operación Freyer, detuvo su propagación, fué el lastre para el progreso.

Proust, en una estadística presentada á la Asociación Francesa de Urología en 1904, daba las cifras de 813 prostatectomías perineales con una mortalidad de 7,13 %, mientras que en 244 prostatectomías supra-pubianas anotaba 11,88 % de defunciones.

Albarran tiene dos muertos en 57 casos, y Freyer, en 107 intervenciones altas pierde diez enfermos.

En Marzo de 1907, Freyer reúne una estadística de 312 casos, teniendo enfermos desde 49 á 87 años con un promedio de 68 años; las próstatas variaban de 15 á 425 gramos, peso medio 70 gramos. La mayor parte de los enfermos, antes de ser operados, estaban en condiciones desfavorables.

En este número de 312 operaciones, mueren 22. Los restantes, 290 fueron curaciones absolutas.

En resumen, una mortalidad de 7 %.

Aparece en 3 de Octubre del mismo año en el *British Medical Journal* nueva serie de 107 casos; edad de los enfermos de 48 á 89 años; término medio 68 años $\frac{1}{2}$; peso de las próstatas 16 á 360 gramos; medio 80 gramos. Habiendo 7 muertos resulta un 6 $\frac{1}{2}$ por 100.

Estos datos apuntados prueban como ha disminuido la primitiva mortalidad y como se va nivelando con la que adquiere el método contrario.

Las dos causas principales que ensombrecen la estadística de la vía hipogástrica son, la infección generalizada de origen local y la hemorragia secundaria. La embolia pulmonar, que figura entre los accidentes postoperatorios es afortunadamente rara; la herida de los plexos venosos y la estancación de los líquidos sépticos en la celda la favorecen; un buen drenaje da garantías para alejarla.

La uremia, shock operatorio, síncope, otros accidentes pulmonares ó cardiacos, son causas de negruras en el pronóstico en ambas intervenciones.

Queda, pues, infección y hemorragia.

La eficacia de un buen drenaje es el argumento en pro de la operación perineal, pero á pesar de todo la infección puede presentarse. Bien es verdad que no teniendo una atenta vigilancia, no haciendo con gran esmero las curas de los enfermos prostactomizados por el hipogástrio, las condiciones son muy abonadas para que la sepsis local y hasta la septicemia entren en escena. Por eso una preparación local y general antes de operar una asepsia rigurosa en el acto operatorio, una buena técnica, el uso del amplio drenaje que permite quitar coágulos, el lavar con dulzura la vejiga para evitar retenciones, son los medios para prevenir la infección. Si á pesar de todo se presenta y el atajarla fuese difícil, todavía nos queda el recurso de establecer un ojal perineal.

La hemorragia, accidente que puede presentarse en el acto operatorio, después, en el momento de retirar el tubo de drenaje, ó al cabo de algunos días casi cicatrizada la herida (caso citado por Freyer núm. 185—Hemorragia á los 14 días) pocas veces ocasiona la muerte. En los 22 casos desgraciados de la serie de 312, ya citada de Freyer, no figura la hemorragia como causa de muerte.

Se cohibe en el acto operatorio y después con inyecciones, no prolongadas, de agua caliente ó recurriendo al taponamiento vesical. Se evita la que puede producirse al retirar el tubo, sacándolo con suavidad por movimientos de rotación. Si el accidente es á larga fecha, por no haber vigilado el cierre prematuro de la herida, ábrase nuevamente la vejiga, si es que no bastan los lavados con una gruesa sonda introducida en la uretra.

Al lado de la benignidad operatoria y la eficacia de un buen

drenaje, ventajas alegadas por los partidarios de la vía perineal, tiene esta gran número de inconvenientes.

1.º Ser una operación más difícil de efectuar, de mayor duración y que requiere un gran número de instrumentos.

2.º El peligro de herir el recto y el bulbo de la uretra.

3.º La serie de dificultades con que se tropieza para quitar próstatas enormes de predominio vesical.

4.º El ser una prostatectomía incompleta; sobre no poder hacer una extirpación de las porciones de la glándula adheridas á la uretra, el lóbulo medio es quitado difícilmente aún con la maniobra del profesor Albarrán.

En la prostatectomía hipogástrica la operación es fácil de ejecutar, la enucleación se hace en bloc con la uretra prostática; por eso, no sólo el procedimiento tiene indicación en las próstatas grandes claramente fibro-adenomatosas, fácilmente aislables de la uretra, sino que también en las pequeñas adenomatosas puras, en las que la uretra está tan íntimamente relacionada que su separación es imposible. Como el cirujano al hacer la extirpación de la glándula no tiene que preocuparse en conservar la uretra prostática, es por lo que la operación abarca todas las graduaciones de hipertrofia. La decorticación se hace con facilidad cayendo en un buen plano de deslizamiento. No hay en realidad más accidente operatorio que la hemorragia y esta fácilmente se cohibe.

Veamos, ahora, los resultados funcionales.

En la prostatectomía perineal no pudiendo hacerse una nivelación del bajo fondo como lo realiza la hipogástrica, es más frecuente que los enfermos no consigan vaciar completamente el contenido vesical por reclamar el esfuerzo excesivo de las paredes de un reservorio agotado, muchas veces, en una lucha anterior y prolongada; de aquí la mayor frecuencia de orina residual en los enfermos operados por el periné.

El cateterismo necesario, á veces, después de la operación por quedar la vejiga infectada ó para vaciar con regularidad la orina retenida, puede presentar dificultades en los operados por vía baja; la razón es ó que la uretra ha cicatrizado irregularmente, ó que al hacer el cateterismo en vez de penetrar la sonda en el orificio vesical, deprime la pared inferior de la uretra poco resistente y se detiene en una especie de bolsa por debajo del cuello.

La incontinencia persistente de orina se debe á que ha quedado interesada la uretra membranosa y con ella los nervios del esfínter, en la operación perineal.

Las fístulas urinarias rarísima consecuencia de la operación alta, son frecuentes en los otros operados.

La fístula rectal puede depender, ora de la herida del recto en el acto operatorio, ora de un simple desgarró, pero cuando queda la pared solamente protegida por la mucosa, un esfacelo labra la fístula rectal y hasta recto-uretral, si aquel es extenso y séptico.

Fáltame para terminar este estudio comparativo, dedicar unas líneas al estado en que quedan las funciones sexuales en los prostatectomizados.

Por la vía perineal son sacrificados fatal y necesariamente los conductos eyaculadores, con el procedimiento Freyer se conservan gran número de veces; por lo tanto la superioridad en lo referente al poder eyaculador no tiene lugar á duda, está á favor de la prostatectomía supra-pubiana.

Pero es bajo otro punto de vista donde la comparación es posible. ¿Se conservan por igual las erecciones en ambos procedimientos?

El Dr. E Papín ha hecho un precioso estudio de este asunto y de él tomo los adjuntos datos.

“La prostatectomía perineal, dice Petit, parece modificar de una manera inesperada las erecciones y las eyaculaciones, ella las disminuye y algunas veces las suprime., 52 enfermos prostatectomizados por el periné, que antes de la operación conservaban el poder sexual, han sido sometidos á observación por el Dr. Papín. De los 52 solamente en 12 se mantienen las erecciones, resultando un poco más de 23 %.

En la prostatectomía hipogástrica al decir de Pronst, Legeu, Tuffier, Ceerny, la conservación de la genitalidad es la regla, así como en la otra es la excepción.

No contando el Dr. Papín con suficiente número de datos personales de protatectomías por el hipogástrico para establecer una nivelada comparación y buscando el por que de la supresión frecuente de las erecciones después de las intervenciones por vía baja, ha realizado en perros cierto número de experiencias, consistentes en tres clases de operaciones.

1.º En cuatro perros prostatectomía tan completa como fué posible, sin abrir la uretra.

2.º En otros dos perros raspado de la uretra con la cucharilla cortante.

3.º En otros dos cauterización con el termo de la uretra posterior.

Todas las intervenciones han sido por el hipogástrico, pues, la situación alta de la próstata en el perro impide atacar el órgano por el periné.

De estas experiencias resultó que tanto la erección como la eyaculación fué conservada en todos los animales.

Concluye diciendo "ni la prostatectomía sin abertura de la uretra, ni la destrucción de la mucosa de la uretra prostática hacen desaparecer la erección ni la eyaculación; la causa es otra y sin duda precisa buscarla en una lesión nerviosa, debe más bien incriminarse á una herida de la vía de conducción nerviosa del reflejo de la eyaculación, no la vía centrípeta que parece fuera de ataque (nervio pudendo interno) y que por otra parte puede ser suplida por vías accesorias múltiples; sino más bien la vía centrífuga. Los nervios de la próstata son aún mal conocidos, así como los de las funciones sexuales. ¿Qué se puede pensar de estos plexos y ganglios nerviosos situados sobre los lados de la próstata y hacia atrás, que se pueden herir en la perineal y que están fuera de ataque en la suprapubiana?,"

Ante esta serie de consideraciones apuntadas y teniendo muy en cuenta brillantes curaciones de enfermos que han sido prostatectomizados por el hipogástrico, en este Sanatorio, no es extraño sienta verdadera admiración y me declare decidido partidario del método Freyer.

III.—Original

Influencia etiológica de las afecciones gástricas hipersecretorias en la producción de faringitis catarrales crónicas ó estados parestésicos de la faringe

Por Joaquín Santiuste

Decimos en el enunciado del título, faringitis catarrales crónicas ó parestesias, porque los enfermos que nosotros hemos observado, y que creemos bajo esa influencia etiológica, más bien nos parecen corresponder al tipo de faringitis catarral que describen la generalidad de tratadistas, que al de parestesias faríngeas. En efecto, entre los autores que se han ocupado de este asunto, el Dr. Botey, el primero ó por lo menos de los primeros, marca como caracter patognomónico una hipoestesia, ó sea una ligera disminución de la sensibilidad táctil y refleja; á esto añade una paresia secretoria. Pues bien, aunque hemos observado enfermos con los caracteres más ó menos típicos que les asigna á las parestesias el Dr. Botey, en la clase de estos á que nosotros nos referimos, más bien puede observarse un grado ligero de hiperemia y aumento de secreción, por lo cual en un pequeño artículo que sobre este asunto publicamos en el *Boletín* del Colegio Médico de Santander el año 1907, nos referíamos más bien al catarro crónico de la faringe. Pero después de esto hemos visto un trabajo de los Dres. Bouley y Mar-Hadour, en el cual ya define la parestesia faríngea, diciendo que es toda sensación errónea teniendo por punto de partida ó de terminación, la garganta; lo que se explica de la manera siguiente: un enfermo puede creer sentir, que tiene un alfiler clavado en la garganta, sin que se observe nada de anormal, ó bien tener esta misma sensación con motivo de una pequeña ulceración en la faringe, ó un pequeño cálculo en la amígdala. En el primer caso sufre el enfermo una alucinación porque es la proyección periférica de una imagen mental; y en el segundo una ilusión, porque hay una viciación exagenada de la sensación que se origina en la garganta. Claro es, que dando ya como sensación errónea, la que parte de la faringe á causa de una pequeña lesión de dicha

faringe, amígdala etc. el número de afecciones de la garganta, bajo el nombre de parestesias, se amplía mucho. Más reduciéndose nuestro objetivo á indicar una serie de trastornos de la garganta que tienen un origen etiológico estomacal, y en su consecuencia el tratamiento correspondiente á este dato etiológico, no nos meteremos á definir si pertenecen á una ú otra entidad nosológica, sinó hacer marcar el hecho. Generalmente los síntomas que aquejan estos enfermos son una sensación de ardor hacia la parte posterior é inferior de la garganta; otras veces esta sensación es de estorbo, como si tuvieran allí una pequeña cantidad de mucosidad que los obligue á carraspear con frecuencia. Estas sensaciones datan ya de fecha antigua teniendo sus temporadas de aparición y desaparición. Hecho el examen de la faringe, se suele encontrar ésta con ligero enrojecimiento, y con algunos folículos engrosados y alguna cantidad de moco transparente y adherente. Si tratamos de averiguar la causa de estas sensaciones del enfermo y de estos pequeños trastornos circulatorios y secretorios (en el supuesto de no haber encontrado nada anormal que lo justifique, fosas nasales, amígdalas, etcétera etc.) encontraremos en el paciente, haciéndole un interrogatorio minucioso, la historia de alguna afección gástrica consistente en sensaciones de ardores, acedias, que por su antigüedad son olvidadas y no se refieren al consultar y porqué preocupado con sus trastornos faríngeos no cree pueda haber ninguna relación entre las dos afecciones; y precisamente sus trastornos y sensaciones faríngeas corresponden á las temporadas y horas del día en que sus trastornos gástricos son más acentuados. En algunos enfermos la hiperestesia de la garganta es más acentuada, produciendo algo de dolor á la deglución, pareciendo ser una faringitis sub-aguda. Si á estos enfermos les decimos que su enfermedad no tiene gravedad, suelen responder que así lo creen pero que es una molestia tan frecuente que les mortifica y desean verse libres de ella. Hacemos referencia de esto para hacer ver que por regla general no están obsesionados por su afección, aunque no negaremos que pueda haber algo de influencia nerviosa.

Con objeto de ampliar estas observaciones rogué á mi amigo el Dr. Morales que en sus enfermos del estómago hiciera observaciones sobre este asunto, y á continuación, transcribo sus no-

tas: "La relación entre las parestesias faríngeas y las dispepsias gástricas es de gran frecuencia en la clínica, pero hay necesidad de buscarla.

Interrogados cuidadosamente los enfermos sobre este punto, se descubre, que el ardor y molestia de la farínge precede á la constitución definitiva de la dispepsia. Es síntoma precoz de la gastropatía, no del periodo culminante de ésta; son más los que han padecido de la garganta al principio de su dispepsia; por esto es interesante que el especialista de garganta interroge sobre el estómago á su enfermo.

Los enfermos con síntomas faríngeos pertenecen al grupo de los hipersecretores, y esto nada tiene de particular porque España es el país de la hiperclorhidria, y si en la parestesia faríngea hay un fenómeno nervioso, téngase en cuenta que el 80 por 100 de los dispépticos tienen trastornos nerviosos. He observado dos hechos que tienen mucha importancia en la relación patológica de que hablamos. El primero: tener los enfermos el máximo de molestias en su farínge dos ó tres horas después de haber comido y despertar por la noche á causa de las molestias de la garganta sintiéndolas á la vez en el estómago. Segundo: desaparecer ó aliviarse las molestias de la garganta y estómago después de tomar un poco de líquido".

Después de lo dicho **no tiene** nada de particular que el síndrome descrito de la **garganta** le creamos dependiente de la acción irritativa por **exceso de secreciones gástricas**.

Respecto al tratamiento dado, el dato etiológico, le hemos de basar: 1.º—en atacar la causa; y 2.º—en un tratamiento local á la farínge para hacer desaparecer las alteraciones que en esta observamos. Para llenar el primer objeto, estableceremos un régimen alimenticio, no escitante, llegando si es preciso á someter al enfermo al régimen de leche y huevos.

En el tratamiento de la dispepsia, bajo el punto de vista químico, se debe de atender á la intensidad de la hiperclorhidria, y la forma para dar los **alcalinos**, varia: si esta es precoz, deben darse poco **rato después de la comida** y si es tardía durante la digestión, deben los alcalinos administrarse dos ó tres veces. En las formas ligeras es suficiente con el agua sulfatada (sulfato de sosa 2 gramos, bicarbonato de sosa 10 gramos, agua 1.000 gramos, para tomar 200 gramos calientes después de comer). En las

más intensas se debe recurrir á esta otra fórmula: sulfato de magnesia 15 gramos, bicarbonato de sosa 40 gramos, para tomar dos cucharadas de café durante la tarde y una al acostarse. Si esto no da resultado se debe enviar al enfermo á un especialista de enfermedades del estómago. Como tratamiento directo á la garganta redúcese á que haga el enfermo unas pulverizaciones alcalinas (bien con agua de Vichy ó disolución de bicarbonato) dos ó tres veces al día.

Como consecuencia de todo lo expuesto, venimos á hacer las siguientes conclusiones:

1.º Que la causa de muchos catarros faríngeos ó estados parestésicos, es una hipersecreción estomacal, (generalmente la hipereclorhidria).

2.º Que con el tratamiento etiológico desaparece casi siempre.

IV. Original

NUEVA ORIENTACION TERAPÉUTICA

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS CON EL '606'

Por Juan Herrera Oria

Aunque el BOLETÍN DE CIRUGÍA es una publicación exclusivamente dedicada á las afecciones y terapéutica quirúrgicas, no está fuera de lugar tratar aquí del nuevo descubrimiento del sabio alemán Paul Ehrlich, primero porque la sífilis es una infección que, por la multiplicidad y variedad de sus manifestaciones, muchas veces exige la intervención del cirujano para reparar lesiones que están fuera de los recursos médicos y segundo porque son tan grandes, entrañan tal trascendencia los experimentos y observaciones comprobados hasta ahora, que un sobresalto de duda impone cautela á la alegría del corazón. Y por si no resultara cierto en todas sus partes, no me atrevo á proponer en nombre de millones de sífilíticos, presentes y venideros, en nombre de la prole miserable fecundada en tal ambiente, la erección de una Estatua algunos codos por encima de las más altas.

No se trata sólo de tan extenso é inmediato bien, sino que erige un procedimiento en donde el genio de la Ciencia encuentra la curación de las más espantables llagas.

Con él adquiere el tratamiento de las enfermedades infecciosas un método rigurosamente científico. Este primer triunfo de la "terapia sterilisans magna," tiene para la medicina la importancia que, para la biología tuvo la doctrina celular de Virchow ó tuvieron para la cirugía y la higiene, primero la genial adivinación de Semmelweis y después los descubrimientos de Lister, Pasteur y Koch, con cuyos nombres gloriosos pasará á la historia el de Ehrlich.

"Tengo la esperanza, decía Ehrlich, en la sesión Novel, celebrada en Stockolmo, el 11 de Diciembre de 1908, que prosiguiendo sistemáticamente este camino, será cada vez más fácil obte-

ner por síntesis compuestos medicinales, y puedo anunciar desde ahora que en el arsenofenilglicín poseemos un preparado que en los experimentos hechos en animales, se ha mostrado como remedio ideal, puesto que con su administración se consigue *seguramente*, para todas las especies animales y con todas las variedades de tripanosomas, la curación *radical*, después de una *única* inyección.,

Ehrlich define así el concepto de "Terapia sterilisans magna," "esterilización completa, de un organismo gravemente infectado, con una única inyección.,". Esto es lo que el sabio de Frankfurt había conseguido hace ya dos años, para las enfermedades experimentales del sueño, y esto es lo que, con el "606," producto obtenido en su laboratorio á fines del año pasado, parece conseguido definitivamente para la sífilis y la fiebre recurrente.

El "606," es un derivado del arsenobenzol; el dioxidoamidoarsenobenzol fué obtenido por Bertheim colaborador de Ehrlich y según este dice á Alt al remitírsele para que le ensayara en los enfermos de su clínica es un producto que, "cura siempre, con una sola inyección la fiebre recurrente del ratón y de la rata," y "ejerce una influencia favorable en el conejo sífilítico.,".

El "606," es un polvo de color amarillo de azufre, que no se puede inyectar bajo esta forma y hay que tratarle antes por la solución normal de sosa, pero como la solución que resulta es muy poco estable, la preparación se debe hacer en el momento mismo en que la inyección se va á practicar.

He aquí como la preparan Schreiber y Hoppe, que son los primeros que le han empleado después de Alt.

En una probeta de 150 cc. de capacidad se coloca la cantidad de dioxidoamidoarsenobenzol que se va á usar (0,6—0,7 gr.) y 0,5 gr. de alcohol metílico. En cuanto la sustancia se ha impregnado del alcohol se añaden 10 cc. de agua destilada y se agita. Se vierte enseguida de la solución normal de sosa esterilizada, lo que sea necesario para disolver el polvo, menos un pequeño precipitado que debe quedar aún después de bien agitada la solución; generalmente esto se consigue empleando para la dosis de preparado arriba indicada, unos $3\frac{1}{2}$ á 4 cc. de la solución normal. Se llena ahora la probeta, con agua, hasta el número 60 y de esta solución se inyecta la mitad ó algo más en ambas regiones glúteas. La inyección se ha de hacer muy lentamente. Se emplea tam-

bién una solución más diluída, para disminuir los dolores que provoca la solución de sosa. La neutralización con una solución de ácido acético al 1 $\frac{1}{2}$ no ha tenido aceptación.

Las investigaciones hechas por Schreiber y Hoppe se refieren á 150 casos de sífilis reciente.

Las inyecciones se hicieron intramusculares, en la región glútea. El dolor que provocan varía mucho en cada caso, dependiendo en gran parte de la rapidez con que la inyección se hace y de verificarla más ó menos cerca de algun nervio. Generalmente el dolor dura varias horas, queda luego una sensación penosa en la región glútea durante algunos días y al fin desaparece. Los dolores son más agudos cuando el enfermo permanece echado que cuando se mueve, pero desaparecen antes en el primer caso.

Aquí lo mismo que en todas las inyecciones intramusculares se debe hincar la aguja y esperar un momento para ver si sale algo de sangre, con el fin de evitar posibles complicaciones. Otra advertencia muy importante, es que la inyección ha de ser toda intramuscular, porque si se queda alguna cantidad de la solución en la capa hipodérmica se presentan extensas infiltraciones. Nunca se han observado abscesos.

Para evitar las molestias que la inyección intramuscular causa, se ha intentado hacerlas intravenosas. Iversen neutraliza la solución arriba indicada con ácido acético al 1 $\frac{0}{0}$ (unos 2 cc. de solución al 1 $\frac{0}{0}$ de ácido acético para 0,3 de arsenobensol) y diluye esta solución hasta $\frac{1}{2}$ litro con solución fisiológica de cloruro de sodio calentada á 40°.

Estas inyecciones son indoloras y en los casos hasta ahora tratados con ella no se presentó ninguna complicación.

La inyección intramuscular provocó en algunos de los enfermos una reacción local con elevación de temperatura que no pasó de 38°. Sólo una vez subió á 40°. En las inyecciones intravenosas, nunca hubo elevación de temperatura.

En ninguno de estos casos se observó una influencia perjudicial sobre el riñón.

Tampoco ejerce ninguna influencia nociva sobre el aparato digestivo.

En dos casos se presentó á los 10 días un exantema escarlantino de origen arsenical que desapareció á los 3 días.

En cuanto á la acción antisifilítica del "606," dice Schreiber, no cabe duda posible; en todos los casos sin una excepción he observado un rápido retroceso de todas las manifestaciones sifilíticas. El chancro ya á las 24 horas muestra síntomas evidentes de curación que en pocos días se realiza. Las anginas cuando más, tardan en curarse 3 ó 4 días. El exantema á los 2 empieza á palidecer. Las pápulas lo mismo, se decoloran, se eplanan y desaparecen rápidamente. Naturalmente ese retroceso de las manifestaciones sifilíticas es más ó menos lento según la extensión que hayan alcanzado antes del tratamiento.

En todos estos casos, se prescindió, para no enmascarar la acción del medicamento, de todo tratamiento local y general.

De gran importancia resultó el estudio de la reacción de Wassermann en estos casos tratados por el Dioxidoamidoarsenobenzol. Entre 52 casos que pudieron ser observados durante 50 días la reacción desapareció en el 92,3%. En la mayor parte de los casos la reacción fué negativa á los 14 días, en algunos antes.

Algunos días después de la inyección se encuentra en la mayor parte de los enfermos un aumento en el número de leucocitos. La eliminación del arsénico por la orina, en los casos de sífilis reciente, suele terminarse á los 5 días; en los paralíticos á los 10. Si la inyección ha sido intravenosa la eliminación es completa al cuarto día. También por el intestino se elimina en parte el medicamento (Hoppe).

Se ha tratado de averiguar si el preparado, ejerce una acción directa sobre el quimismo de la reacción de Wassermann, como algunas veces ocurre con el mercurio: Stührner afirma que el arsénico, es completamente indiferente respecto á aquella reacción; ni la favorece, ni la impide.

De todos los trabajos hasta la fecha publicados, resulta que el "606," no ejerce ninguna acción tóxica sobre el organismo. La dosis más elevada, empleada por Schreiber fué la de 0,0096 gramos por kilo. La dosis tóxica en los experimentos en animales alcanza la cifra de 0,15 gr. por kilo.

En resolución, dice Schreiber, podemos afirmar; primero que se trata de un remedio de acción absolutamente específico contra la sífilis y segundo que á las dosis por mí empleadas carece completamente de acción tóxica.

Parece contraindicado en enfermos graves del aparato cir-

culatorio, del riñón y de los ojos y en las enfermedades generales y caquexias. Los siguientes datos son de un trabajo de Glück.

No transcribiré más que algunos hechos concretos:

Glück con intención de suprimir los dolores que la inyección provoca hecha intermuscular practicó en 4 enfermos la inyección subcutánea á los lados del vientre. Los dolores no fueron **menores**, y se formó además en los 4 casos un infiltrado que continuaba causando molestias á los enfermos, cuando habían ya desaparecido todos los síntomas sífilíticos.

Jamás aparecieron trastornos cardíacos: enfermos con lesiones tuberculosas importantes, no sólo sufrieron sin perjuicio la inyección, sino que hasta les produjo algun efecto favorable.

En una sífilítica embarazada de VII meses, los latidos fetales que antes del tratamiento se oían perfectamente dejaron de percibirse; probablemente se trata, de una acción tóxica del preparado sobre el feto.

La dosis empleada por Glück fueron al principio de 0,3, después la aumentó á 0,4-0,5 comprobando que los efectos favorables son mucho más rápidos con las dosis elevadas.

En 3 casos con pápulas en la lengua del tamaño de una avellana, desaparecieron completamente en 16 horas y los espiroceetes no volvieron á encontrarse. En conjunto trató 71 hombres y 28 mujeres, de edad entre 12 y 70 años.

Con chancro 6.

En todos ellos el éxito fué completo, encontrándose á las 24 horas un notable reblandecimiento de la úlcera. Los gánglios empiezan á disminuir á los 2 días y desaparecen á los 5.

Trató 10 con un exantema maculoso. En 8 casos desapareció el exantema el tercer día. De los otros 2 uno curó el quinto día, el otro al octavo.

8 casos de sífilis maculo-papulosa curaron del tercero al quinto día, sin dejar rastro alguno de la enfermedad.

Las placas de la lengua amigdalas y velo del paladar desaparecen con una rapidez asombrosa. En 7 casos con manifestaciones de esta clase en los labios, lengua, paladar y faringe, se curaron, las más rebeldes, á los 5 días de la inyección.

El condiloma tarda más por regla general en desaparecer. De 22 casos, la curación vino de 7-11 días en 15 y en los restantes, del undécimo al décimo séptimo.

Muy interesante es la acción del "606," sobre las afecciones terciarias.

Daré cuenta de algunos casos con toda brevedad, para no alargar este artículo.

12 casos de gomas de la piel, curados de 21-47 días.

Gonitis luética dextra, complicada con periostitis de la tibia y goma cutáneo, curación radical en 6 días.

Gomas de los huesos y del velo del paladar, desaparecieron del 6-10 días.

Una infiltración de la bóveda palatina, con fluctuación, que probablemente hubiera conducido á la perforación, se curó en 5 días sin que la perforación se produjera.

El espirocete desaparece rápidamente, de 24 á 48 horas.

A. Neisser, cuya competencia en la sífilis es de todos bien conocida, ha sido consultado sobre el tratamiento de aquella infección con el "606," por el periódico *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Da su opinión en una carta, publicada en aquel semanario el 30 de junio. Empieza haciendo prudentes reservas sobre el resultado definitivo del tratamiento, justificadas por el tiempo relativamente corto de las observaciones hasta entonces publicadas. Pero una cosa, dice, podemos afirmar con toda certeza: que el *nuevo preparado desarrolla una acción extraordinariamente activa contra el espirocete y las manifestaciones sífilíticas*.

El espirocete desaparece á las 24 ó 48 horas, no sólo en la sífilis experimental de los animales, sino también en la del hombre.

Y por lo que hace á las manifestaciones sífilíticas se observa en muchos casos un retroceso tan rápido del chancro, de las pápulas, especialmente de todos los procesos ulcerosos y de la sífilis maligna que, no es posible dudar de la acción específica del preparado.

Todavía son más brillantes, los resultados obtenidos con el nuevo preparado, en la fiebre recurrente; Iversen le experimentó en 52 casos: de ellos 37 durante el primer ataque y 11 durante el segundo con inyecciones intramusculares y 4 durante el primer ataque con inyecciones intravenosas. Todos curaron con la inyección única radical y definitivamente. En los 52 casos desapa-

reció la fiebre y las espirocetes de la sangre y con ellos todos los demás síntomas de la infección.

Finalmente el profesor Alt, en la academia de Berlín ha afirmado que nunca, ha poseído la medicina un medio de acción específica tan enérgico como el "606".

Nosotros hemos pedido á Frankfurt al eminente profesor de terapéutica experimental el dioxidoamidoarsenobenzol y en cuanto le recibamos y ensayemos, daremos cuenta en este Boletín de nuestros resultados.

BIBLIOGRAFÍA

Para conocer las ideas fundamentales de Ehrlich sobre la «Terapia sterilisans magna» y el camino seguido por el sabio alemán hasta obtener el «606» pueden consultarse sus «Beiträge zur experimentellen Pathologie und Chemotherapie. Leipzig 1909.—Borchers. Die toxischen Nebenwirkungen der Arsazetins, insbesondere die Nierenreizungen. Münch. Med. Woch. 1910 No 8.—Alt. Behandlungsversuche mit Arsenophenylglyzin bei Paralytikern. Münch. Med. Woch. 1909 No. 29.—Alt. Das neueste Ehrlich—Hatapräparat; gegen Syphilis.—Münch. Med. Woch. 1910. No. 11.—Julius Iversen. Ueber die Wirkung des neuen Arsenpräparates (606) Ehrlichs bei Rekurrens. Münch. Med. Woch. 1910 No. 15.—Schreiber u. Hoppe. Ueber die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich—Hata schen Arsenpräparat. (No. 606) Münch. Med. Woch. 1910. No. 27.—Frischer und Hoppe: Das Verhalten des Ehrlich—Hata schen Präparates im menschlichen Körper. Münch. Med. Woch. 1919. No. 29.—Heinrich Loeb: Erfarungen mit Ehrlichs Dioxy—doamido—arsenobenzol (606): Münch. Med. Woch. 1910 No. 30.—Dr. W. Beyer: Das Ehrlichsche Präparat No 606. Münch. Med. Woch. 1910 No. 30.—Alexander Glück: Kurzer Bericht über 109 mit «606» behandelte Luesfälle. Münch. Med. Woch. 1910 No. 31. Id. Boac und P. Sobotka: Neber unerwünschte Nebenerscheinungen nach Anwendung von Dioxydoamidoarsenobenzol (606) Ehrlich Hata Wiener. Klin. Woch. 1910 No. 30.

Dr. Erich Hoffmann. Die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich—Hata schen Arsenpräparat. Medis. Klinik. No. 33.—Teupel. Erfahrungen und Erwägungen mit dem neuen Ehrlich.—Hata schen Mittel bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen. Dents. Med. Woch. No. 30.—Dr. Wechselmann und Dr. Carl Lange. Ueber die Technik der Injektion des Dioxy-dramido-Arsenobenzols. Deutsch Med. Woch. No. 30.—Iversen. Ueber die Behandlung der Syphilis mit dem Präparate «606». Ehrlichs. Mün. Med. Woch. No. 33.—Taegge. Erfolgreiche Behandlung eines syphilitischen Säulings durch Behandlung seiner stillen den Mutter mit «606» Mün Med. Woch. No. 33.

Nota.—En prensa ya este número hemos leído en los periódicos alemanes nuevos trabajos sobre el Dioxidoamidoarsenobenzol; en todos ellos se confirma la acción específica del «606» contra la sífilis y se tiende á aumentar la dosis inyectada: desde las primitivas dosis de 0,3—0,4 se ha llegado á la de 0,8 y 0,9.

Wechselmann (Beobachtungen an 503 mit Dioxy-doamido-Arsenobenzol behandelten Krankheitsfällen.—Deuts. Med. Woch. N. 32) afirma que el «606» provoca en los enfermos un aumento de peso y de energías muy notable y de la potencia.

Nunca encontró trastornos de importancia que pudieran atribuirse al medicamento y añade que ha dado magníficos resultados, casi sin excepción, en las formas más variadas de la sífilis. Trató cinco embarazadas al fin de la gestación, con 0,45 grs. del preparado sin que los fetos padecieran; como Glück vió en un caso.

Herxheimer cita el siguiente caso. **Sífilis maligna.** Ulceración de la mayor parte de la piel de la cabeza. La bóveda palatina, la faringe y la lengua estaban convertidas en una sola úlcera. Inyección de 0,4 grs. del «606». Curación en diez días, sin otro tratamiento.

De sus experiencias deduce Herxheimer que *el arsenobenzol de Ehrlich es un remedio específico contra la sífilis puesto que en los 72 casos por él estudiados los síntomas desaparecieron con una rapidez extraordinaria.*

Paul Ehrlich no ha querido dar al comercio su nuevo producto, hasta adquirir la certeza de su valor terapéutico. Se le ha entregado hasta ahora á 160 centros ó médicos alemanes y otros tantos extranjeros.

DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

De un discurso del profesor L. Kuttner (Berlín) tomamos los siguientes datos sobre el *cáncer del aparato digestivo*. El órgano que con más frecuencia sufre esta afección es el estómago, después de él el recto. El cáncer gástrico representa del 40 al 45 por 100 de todas las afecciones cancerosas del organismo.

El número de casos de cáncer del estómago, que se operan en los diferentes hospitales, varía mucho, siendo esto debido por una parte á los diferentes grados de cultura de unas regiones, con respecto á otras y sobre todo á la mayor ó menor ilustración de los médicos.

Kuttner después de 20 años de práctica quirúrgica, afirma que en Berlín los casos de cáncer gástrico que se presentan en buenas condiciones de operarle son raros. De 250 casos observados en el hospital Augusta (Ewald) sólo á $\frac{1}{4}$ de todos ellos, se les pudo mandar al cirujano y aún de estos, muchos en malas condiciones.

Aquí como en el cáncer de cualquier otro órgano, la operabilidad y el resultado de la intervención quirúrgica dependen ante todo de un diagnóstico precoz; por esto es de gran interés para el médico conocer los síntomas que pueden hacer sospechar la existencia del cáncer del estómago. Tales son, aparte de los datos anamnésticos, la brusca aparición de fenómenos dispépsicos y anorexia en individuos hasta entonces de buen apetito, la existencia anterior de úlceras gástricas; de más importancia que estos datos harto inciertos, son eructos mal olientes, vómitos con residuos como posos de café; el infarto de los ganglios supraclaviculares, pertinaces picores de la piel. Naturalmente, ninguno de estos síntomas son patognomónicos, pero se han de tener en cuenta para hacer una detenida exploración; generalmente se encuentra muy disminuido ó falta por completo el ácido clorhídrico, aunque tampoco este es un dato definitivo: un síntoma frecuente aunque no constante es la presencia de ácido láctico, de bacilos lacteicos y la alteración de la función motora del estómago. El descubrimiento de hemorragias ocultas del estómago, es un síntoma engañoso; en cambio tiene mucha importancia la presencia de moco purulento y sanguíneo en el estómago en ayunas, de amebos flagelados y de albumina en el líquido con que se ha lavado aquel órgano, cuando la alimentación no contiene albumina y una pleuritis del lado izquierdo sin otra causa que la explique. La exploración con los rayos X puede servir para afirmar el diagnóstico; sin embargo cuando es de alguna utilidad generalmente se puede ya diagnosticar el tumor por otros medios. De absoluta seguridad es el análisis de partículas expulsadas, pero esta expulsión no suele ocurrir más que en grados muy avanzados de la enfermedad. La laparatomía exploradora, debe dejarse para aquellos casos en que se trate de un diagnóstico diferencial entre el cáncer y la úlcera gástrica.

Respecto al carcinoma del recto, puede sospecharse su existencia cuando de pronto, en un individuo en el que hasta entonces, la función intestinal se había desempeñado regularmente, se presenta constipación pertinaz, con tenesmo, expulsión de grumos en las deposiciones é hinchazón en el bajo vientre. En tales casos, se hará siempre una exploración digital; la postura más práctica es la genu-pectoral ó estando el enfermo de pié. De gran utilidad puede ser la rectoromanoscopia y sobre todo el análisis microscópico de algun trozo del tumor.

Menos frecuentes son los *tumores del cerebro y de la médula*. El cáncer primitivo es muy raro en el cerebro, en la médula no se presenta nunca; aunque si otros muchos tumores que resultan malignos por su localización aunque, por su naturaleza no lo sean. Los tumores cerebrales producen síntomas debidos á la compresión; trastornos visuales, dolores muy fuertes de cabeza, vómitos, vahidos, pérdida del conocimiento, coma. En tales casos la punción lumbar está siempre contraindicada, porque á causa de la menor presión puede ser arrastrada la médula oblongada al conducto de la columna vertebral y quizá originar la muerte repentina. Las condiciones anatómicas son más favorables en la médula que en el cerebro; los síntomas son dolores agudos, calambres y parálisis. La mortalidad en las intervenciones quirúrgicas es muy elevada (Krause): en los tumores de la médula se eleva al 25 por 100 en las del cerebro al 30, en los del cerebelo aún es mayor. Pero teniendo en cuenta que estos enfermos, están fatalmente condenados á morir y á morir padeciendo horriblemente, los resultados de la intervención quirúrgica no dejan de ser satisfactorios.—J. HERRERA.

REVISTAS

Gangrena espontánea en los jóvenes.—El enfermo observado por Schmiz tenía 22 años y hacía seis que venía padeciendo. Unicamente Savery ha publicado un caso de gangrena en un enfermo tan joven.

En el caso de Schmiz no había antecedentes de enfermedad anterior; la reacción de Wassermann era negativa y el enfermo no era alcohólico ni fumaba casi. Desde hacía seis meses se le habían presentado unos dolores lancinantes en el pié izquierdo que se fatigaba con suma facilidad; al mismo tiempo percibe el enfermo una sensación de frio más perceptible en el dedo grueso. Al cabo de pocos días el pié todo entero tiene una coloración violácea y los dolores, sobre todo en el lado izquierdo, son muy agudos. El examen demuestra una hinchazón del pié cuya piel es roja, mientras el dedo grueso está pálido: no se percibe el pulso de la poplítea. En los 15 días siguientes los dolores aumentan y aparecen flictenas en el dedo grueso, después en el segundo dedo y más tarde en el dorso del pié con temperatura de 39°. Al practicarse una amputación de Pirogoff la herida no sangra, el muñón se gangrena y los dolores reaparecen bien pronto. Entonces le fué practicada una amputación en el tercio superior de la pierna osteo-plástica á expensas de la tibia. La curación fué cierta.

La gangrena presentil aparece hacia los 40 años y con preferencia en hombres. La herencia tiene un papel de importancia. Las causas principales son el frío, el traumatismo y el tabaco. La endo-arteritis sífilítica es frecuente.

Los vasos aparecen pequeños y duros con la luz obstruida. Al microscopio revelan la túnica elástica espesada y muchas veces desdoblada. Las venas quedan invadidas, aunque con menos intensidad. Los músculos regionales están atrofiados, pálidos. Los signos premonitores dolor y claudicación intermitente preceden á veces en 12 á 14 años á la aparición de la gangrena que se suscita por una causa insignificante y que va acompañada de unos dolores muy intensos.

Al principio la terapéutica debe consistir en baños calientes, elevación del miembro y reposo: se puede ensayar al principio la fibrolisina. Una vez desarrollada la gangrena hay que procurar que no adopte la forma húmeda por medio de los apósitos antisépticos. Czerny se guía por el ímpetu con que se escape la sangre al practicar la amputación para hacerla más ó menos alta. La anastómosis arterio-venosa está en estudio. *Schmiz Medizinische Klinik-Journal de Chirurgie.*

Fractura de la base del cráneo, fractura complicada del zigoma, hemiplegia. Colgajo osteoplástico de la región motriz; curación.—Un muchacho de nueve años fué herido en la cabeza por un automóvil produciéndole una extensa herida en la parte derecha de la cara con fractura conminuta del zigoma. Sufría hemiplegia en el lado izquierdo: las pupilas iguales y reaccionando á la luz y á la acomodación. Hemorragia por la oreja derecha y exageración del reflejo patelar.

Nada de *clonus* del pie pero algo del signo de Babinski en ambos lados.

Al día siguiente convulsiones en el lado derecho y vómitos, y á los tres días se le extrajo por punción lumbar líquido poco sanguinolento.

Aparece una parálisis del miembro superior con paresia de los músculos del hombro y paresia también en el muslo izquierdo.

Como no mejoraba la parálisis se le practicó una incisión suficiente para tallar un colgajo osteo-plástico en herradura, en la región motora. No había coágulos epidurales ni hemorragia meníngea y únicamente congestión y edema de la pia-madre con dilatación de las venas. Se colocó un drenaje de cauchú muy blando y por encima se suturó la dura-madre. Adaptación del colgajo y sutura de la piel. Una mecha de gasa drenaba el espacio epidural. Al siguiente día se presentaron contracciones en los extremos de los brazos con agitación y micción involuntaria y sucesivamente, vómitos y contracciones de la comisura izquierda de la boca.

A los seis días de la operación le quitaron los puntos y los drenajes empezando una mejoría muy acentuada, quedando el enfermo sin trastorno motor sensitivo ó intelectual de ningún género.

Kakels. New-York Medical Journal. Journal de Chirurgie.

Sutura del nervio recurrente.—Una mujer de 40 años recibió un balazo bajo el mentón y en la línea media; la bala desviada hacia abajo y á la izquierda por el maxilar inferior, fué á la laringe; hirió la cara izquierda del cartilago tiroides y por último el recurrente. La voz de la enferma se tornó desde aquel momento ronca y muy débil. Una radiografía hecha dos meses después, demostró que la bala estaba situada en la parte media de la línea que va de la clavícula al borde externo del trapecio. El examen de la laringe reveló la parálisis de la cuerda izquierda y una congestión de toda la porción supra-glótica. En la operación se hizo una incisión á lo largo del borde externo del esterno-cleido-mastoideo, reconociéndose el recurrente en el surco traqueo-esofágico, estaba herido justamente á su entrada en la laringe y aparecía envuelto en una masa de tejido cicatricial. No se dejó más que una pequeña porción de vaina del nervio con algunas fibras nerviosas que habían escapado al traumatismo. La porción central fué liberada y el nervio suturado con catgút número 0. Los síntomas funcionales subsistían al llevar á la enferma al hospital unos días después, pero un reconocimiento hecho dos meses más tarde, demostró que la cuerda antes paralizada podía hacer algunos pequeños movimientos y que la congestión había disminuído. Por último, trece meses después la curación era muy satisfactoria.

J. Shelton. *Annals of Surgery. Journal de Chirurgie.*

Tratamiento de la peritonitis aguda generalizada.—En el Mount Sinai, Hospital de Nueva York, morían en 1899, por peritonitis generalizada, el 79 por 100, mientras que en 1908 quedó reducida á 14 por 100. La técnica actual de Gesster se ajusta á las siguientes proposiciones:

Cuando existen vómitos; lavados del estómago y estimulantes, inyecciones de suero, éter alcanforado, alcohol, procurar en todos los casos poner al descubierto el foco primitivo de la infección y en caso de duda practicar la incisión de Kammerer, puesto que en la mayoría de los casos es el apéndice ó la vesícula biliar la culpable; rechaza los lavados del peritoneo y prefiere introducir la mano enguantada y llegar á la pelvis y los flancos para favorecer el escape del líquido peritoneal. La fosa iliaca derecha y si es caso el fondo de saco de Douglas se drenan á favor de un tubo grueso de cauchút fenestrado, en el interior del cual va una pequeña gasa yodofórmica; si el líquido es seroso se puede retirar el drenaje al tercer día, pero si es purulento debe permanecer más tiempo. En todos los casos practica la entero-clisis por el procedimiento de Murpri, haciendo así absorber al enfermo cuatro ó cinco litros de suero fisiológico.

Si hay parálisis intestinal lavados del estómago, siendo excepcional el tener que practicar una enterotomía para evacuar los gases y las sustancias líquidas. Después de la operación el enfermo es colocado en la posición de Fowler, que se sostiene mientras haya vómitos, meteorismo y pulso frecuente.

Gerster. *Annals of surgery. Journal de Chirurgie.*

Manera de combinar la entero-anastómosis y el ano artificial para conservar las ventajas de estas dos operaciones y evitar sus peligros.—Es aplicable este procedimiento á los casos en que una hernia se estrangula y origina la gangrena del asa intestinal y en que al mismo tiempo, el estado del enfermo es una contra indicación de la entero-rafia regular.

Para practicar esta entero-rafia con el máximum de rapidez ha hecho construir un botón anastomótico que consta como el de Murphy de una porción macho y otra hembra y que presenta la ventaja de no precisar una abertura al nivel de la región que se va á anastomosar, pero tiene el inconveniente de que no establece una comunicación inmediata entre las dos porciones.

Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie.

El punto de Mac Burney y el de Lanz.—Según Garau, que se apoya en las autopsias de 45 cadáveres, el punto de Lanz que está situado en el punto de unión del tercio derecho y del tercio medio de la línea que va desde una á otra espina anterior superior, en el 86 por ciento de los casos es el verdadero punto apendicular operatoria y anatómicamente, pero no es menos cierto que el punto de Mac Burney conserva su valor en la clínica para el diagnóstico, según está ya reconocido por muchas observaciones.

Garau.—Lyon Chirurgial.—Journal de Chirurgie.—M. PELAYO.

Tratamiento radical del cáncer de la laringe en los últimos 50 años (1858—1908).—Por el Dr J. Sendziak: Wiener Med. Woch.

El tratamiento más racional del cáncer de la laringe es el tratamiento operatorio. De 1.002 casos de cáncer laríngeo se han curado 260=26%; entre ellos, radicalmente, es decir llevan más de tres años sin recidiva 125: llevan menos de tres años pero sin manifestación ninguna de recidiva 135.

En los últimos años los resultados son aún mejores: en 713 casos: 221 curaciones (30%).

Recidiva después de la operación 157 entre los 713 casos (22%).

Muerte consecutiva á la operación 92=13%.

La tireotomía da los mejores resultados en el tratamiento del cáncer de la laringe, en los últimos años de 214 curaron 106 50%: los métodos intralaringeos dieron 18 curaciones, entre 37 operados (46%); las resecciones parciales 39 de 171, (22%); la extirpación total de la laringe 58 curaciones entre 269 casos operados (21%)

Por lo que se refiere á las recidivas, el método que ofrece mayores garantías es la extirpación total: en 269 casos de extirpación total hubo recidiva en 46 (17%), en 214 de tireotomía 46 (21,5%), en la resección parcial de 171 operaciones 52 (30%), en 171 operaciones endolaríngeas 52 (33%).—J. HERRERA.

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Estadística de los tumores ováricos, operados en los dos últimos años; en la clínica de mujeres de Greifswald. por Kahl. Sociedad médica de Greifswald.

Desde el mes de noviembre de 1907 hasta febrero de 1910 se operaron 868 mujeres; entre ellas 121 con neoformaciones del ovario. Restando de este número los casos de tumoración, que no son realmente neoplasias, sino de origen inflamatorio como la degeneración quística, y algunos quistes del cuerpo lúteo y tubo ováricos quedan 70 tumores en el verdadero sentido de la palabra, con asiento en el ovario. Los quistes por retención se clasifican de esta manera: 42 quistes por simple inflamación, de los cuales 4 en ambos lados y los restantes unilaterales; de estos últimos, con asiento en el ovario derecho 17, en el izquierdo 21. En los quistes tubo ováricos, siete veces se encontró la llamada degeneración quística del ovario, 15 veces se encontraron quistes del ovario coincidiendo con otras lesiones que fueron las que motivaron la intervención (miomas, carcinomas del útero y vagina, metritis crónica). De las 70 neoplasias verdaderas: 44 fueron quistomas y de estos 38 glandulares y 6 papilares. Entre estos quistomas, 10 presentaban torsión del pedículo. Se operó también un pseudomixoma de ambos ovarios con numerosas implantaciones en el peritóneo: extraídas todas las masas gelatinosas y extirpados ambos ovarios, se lavó la cavidad del vientre con varios litros de solución fisiológica y se cerró. Alta curada a los 21 días, sin ninguna complicación.

Carcinomas se operaron 15, de ellos ocho con abundante ascitis; en tres casos por encontrarse la lesión muy extendida y existir numerosos gánglios invadidos no se hizo más que una laparotomía exploradora.

En nueve casos la neoformación invadía ambos ovarios, dos veces se trataba seguramente, de carcinoma secundario del ovario.

En una virgen de 21 años el tumor primitivo estaba en la flexura sigmoidea, como se vió en la autopsia; la enferma murió a los pocos días de operada con síntomas de estenosis intestinal. En el otro caso se descubrió también en la autopsia, el tumor primitivo en el colon ascendente. Esta mujer murió a los diez días de operada con un empiema del lado izquierdo. Se observó un sarcoma grande, con reblandecimiento en el centro, sin ascitis. Se extirpó toda la neoformación y la enferma después de 21 días de un curso postoperatorio sin accidentes abandonó la clínica. Esta enferma volvió posteriormente para que se la reconociera: estaba bien nutrida, había aumentado 14 libras de peso y no presentaba ninguna metástasis. Se observaron tres fibromas, de las cuales dos con torsión del pedículo. Una de ellas presentaba una extensa degeneración calcárea, y además en este caso existía un dermoide del otro ovario. Una de estas enfermas, a la que se le había quitado un glioma de 11 libras de peso, parió a los 11 meses, sin ninguna complicación. Dermoides se operaron siete, dos de los dos ovarios. En dos casos se

pudo demostrar por el análisis microscópico una degeneración cancerosa. En uno de los casos de dermoides dobles, en el cual los tumores tenían el tamaño de la cabeza de un feto, había pus en el centro de ambas masas neoplásicas. La operación se había hecho porque existían síntomas de irritación peritoneal; uno de los tumores, en cuyo pus se encontraron estreptococos, se desgarró al intentar sacarle. Muerte por peritonitis. Este es el único caso, entre 121 cuya muerte se puede considerar directamente causada por la operación J. HERRERA.

Pionefrosis tuberculosa produciendo una ictericia por compresión, y simulando un cáncer de la cabeza del pancreas. Sociedad de cirugía de Lyon. Sesión del día 2 de Junio.

Mr. Tixier fué llamado por Mr. Roque para ver a un enfermo que desde el mes de Mayo de 1909 padecía de ictericia crónica con decoloración de las heces, adelgazamiento y caquexia rápida. Presentaba un tumor duro mal delimitado.

El 26 de Junio el enfermo tuvo temperatura, piuria, y el tumor se hizo doloroso, al mismo tiempo que aparecía un edema en el hipocondrio.

En una primera intervención, Tixier llegó hasta por debajo del ángulo derecho del colon, encontrando una masa que fué punzada.

Doce días después, gracias á una nefrotomía lumbar, encontró por detrás del riñón una colección de pus bien espeso. El enfermo sucumbió dos días después.

La autopsia demostró que el riñón duplicado en su volumen y repleto de tubérculos, había quedado reducido á tres ó cuatro bolsas llenas de pus, una de las cuales fué abierta. La bolsa superior comprimiendo el colédoco le acodaba y determinaba así una obstrucción de las vías biliares.

Intervención sangrienta en las fracturas recientes. — Mr. Durand refiere dos nuevos casos. Uno concerniente á un hombre que sufrió la fractura del cúbito y del radio con deformidad subsiguiente muy manifiesta, que no pudo ser corregida ni bajo la anestesia clorofórmica. En la intervención los huesos fueron suturados y el resultado funcional fué excelente.

En el segundo caso se trataba de una fractura del tercio inferior del muslo, también con gran deformación; el tratamiento fué excelente mediante la sutura.

Sesión del día 16 de Junio. — Mr. Gayet ha operado un caso de megacolon en un hombre de 58 años que le solicitó en ocasión de padecer accesos de oclusión sub-aguda. Después de haber estado estreñido toda su vida, este enfermo en Enero de 1908 tuvo crisis de oclusión. Los mismos síntomas aparecieron en Septiembre del mismo año, y fué conducido al Hospital. Siendo absoluta la obstrucción desde hacía ocho días, se le practicó una cecostomía

en dos tiempos. El meteorismo persistió, á pesar de las lavativas, y la insuflación demostró una dilatación enorme del colon.

El 14 de Octubre de 1908 se le practicó la tercera intervención. La laparotomía demostró que el colon tenía un tamaño desmesurado. Se anatomizó la parte descendente del colon con la última porción de la Siliaca; después, como el intestino seguía inflado, se le reseco en la longitud de 86 centímetros, muriendo el enfermo 24 horas después por hemorragia interna.

Hipospadias completo. Sociedad de medicina de Lyon.—Mr. Jabulay, operando de una hernia extrangulada á una mujer de 70 años (mujer al parecer), encontró en la cara posterior del saco, un testículo con su epidídimo y su canal deferente, todo lo cual fué extirpado. Practicando la palpación de la ingle en el lado opuesto se reveló la existencia de otro testículo ectópico. Además, por el orificio practicado para la cura de la hernia, se demostró la ausencia del útero y de los anexos y por el tacto rectal se apreció la existencia de la próstata.

La glándula tenía el tamaño de la primera falange del pulgar y por debajo, la uretra caminaba sobre una vagina rudimentaria de dos ó tres centímetros de longitud.

Histológicamente el órgano extirpado tenía la estructura del testículo.

Adenopatía cancerosa adherente al maxilar inferior.—Mr. Leriche presenta una mujer de 40 años que padecía desde hacía dos años un cancroide del labio inferior que fué curado después de siete sesiones de radioterapia. Algunos meses después apareció una recidiva que tratada por los rayos X desapareció.

Pero al cabo de un año, le apareció una masa adenopática adherente al maxilar inferior, que hizo pensar en un sarcoma óseo. El bloque neoplásico fué extirpado juntamente con el hueso, persistiendo la curación al cabo de nueve meses. En suma, la radioterapia da en muchas ocasiones una seguridad engañosa.

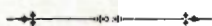
Uro-pio-nefrosis parcial litiasica.—Mr. Rafin, presenta un riñón extirpado por uro-pionefrosis calculosa. La pelvis está ocupada por un cálculo que prolongándose en el cáliz inferior, ha acabado por obliterarle y consiguientemente ha originado una transformación hidronefrótica completa de la mitad inferior del riñón.

El cáliz superior ha conservado su permeabilidad casi completa. La parte correspondiente está provista de suficiente cantidad de tejido renal, así es que el cáliz presenta una dilatación mucho menor que el inferior. *Revue de Chirurgie.*—M. PELAYO.

AGUA DE HOZNAYO

ALCALINA, BICARBONATADA SÓDICA

Provincia de Santander



**Recomendada por los médicos
para régimen en enfermos de
estómago, intestinos y artritis**

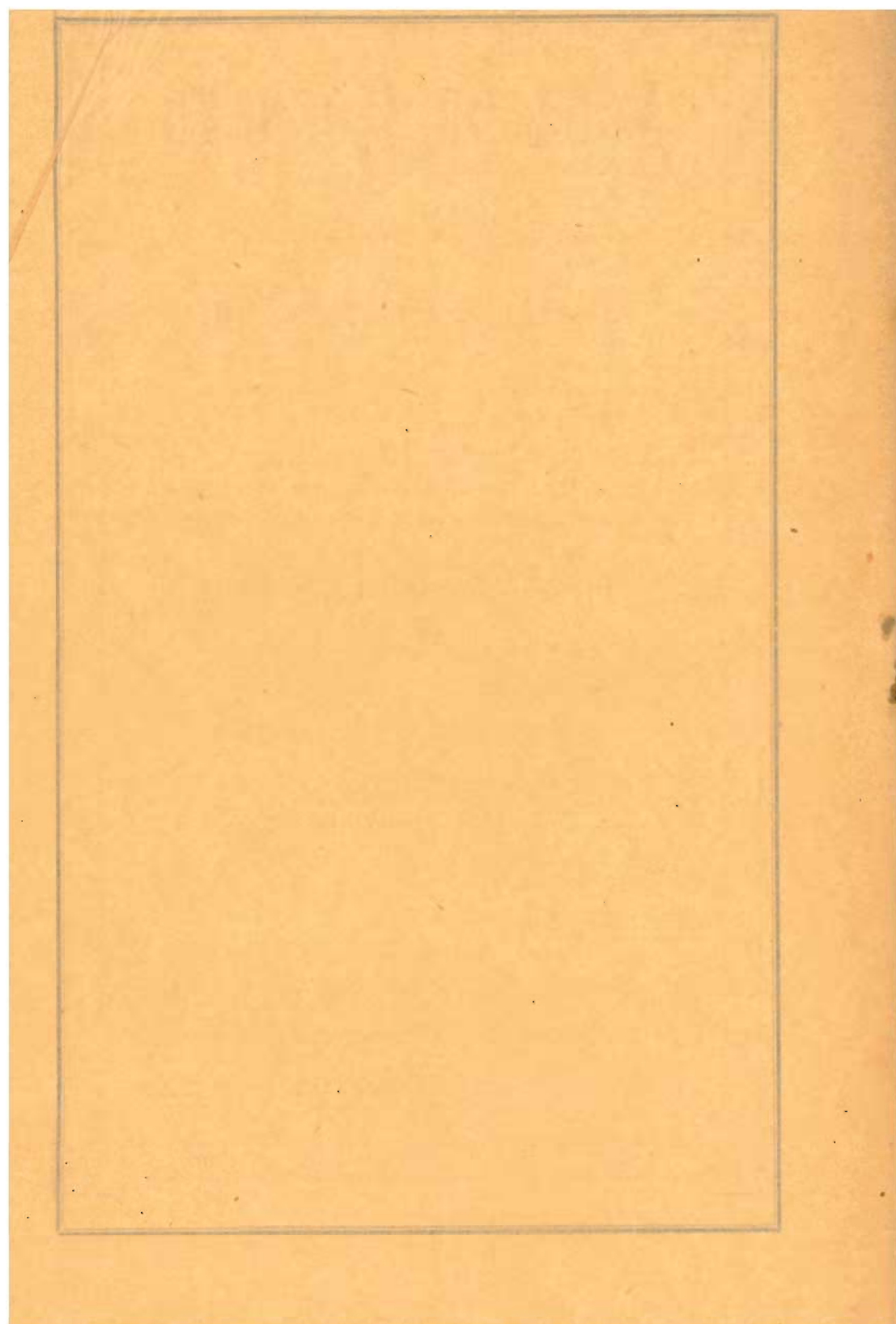
*El uso de ella facilita la digestión y evita ade-
más todas las enfermedades
que se adquieren por el consumo de
aguas impuras*

DEPÓSITOS:

Farmacia del Dr. Hontañón.

Droguería de Pérez del Molino y C.^a

SANTANDER



BOLETIN DE CIRUGIA

SANATORIO MADRAZO. © © © SANTANDER.

NOTA.—Se suplica á los señores empleados de Correos devuelvan este impreso á su procedencia caso de no

