

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Mayo—1911

Núm. 197

## Sumario

*Artículos originales:* I) **Emparanza.** Aneurisma arterio-venoso.—II. **Camíña.** Tratamiento de la blenorragia crónica por medio de la aspiración.

*Academias y Congresos:* Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

*Revista de Revistas.—Bibliografía:* 1) **Le Gendre.** La acción y empleo de los purgantes.

*Sección profesional.*

### I.

Hospital Civil de Bilbao.—Clínica Médica

## Notas clínicas sobre un caso de Aneurisma arterio-venoso de la Aorta abdominal y vena cava inferior

por

**D. CESAREO DIAZ EMPARANZA**

(Jefe de Clínica médica de hombres)

El aneurisma arterio-venoso de la Aorta, es espontáneo la mayor parte de las veces, pues solo hay un caso de Syme de origen traumático: son numerosos los casos recogidos en la literatura médica, como puede verse en el artículo «aneurismas de la Aorta de E. Boinet, en el tratado de medicina de P. Brouardel A. y A. Gilbert» siendo los menos numerosos los casos de comunicación de la Aorta abdominal con la cava inferior: Boinet ha recogido una veintena de casos espontáneos: su proporción es de (3 × 181 Thurnam); 7 en 29 aneurismas varicosos de la Aorta (Sibson): en 900 casos de aneurismas aórticos Barvrel cita 7 ca-

sos: en cambio en la estadística de la Sociedad anatómica de París, desde 1826 á 1906, en 195 casos de aneurisma de la Aorta con rotura, no se cita ninguna observación de comunicación con la cava inferior: en otra estadística de 278 casos, no hay ninguna de esta clase: en la de Huchard de 157, tampoco: en la de Gibson, con  $75 \times 100$  de roturas, ninguna en la cava inferior: Charcot, 118 casos sin ninguna como el que motiva estas líneas, etc., etc.

La abertura de la arteria en la vena, va generalmente precedida de un período de compresión venosa más ó menos silenciosa, produciéndose la comunicación francamente; por esto la aparición del aneurisma arterio-venoso es en general brusca, produciéndose una serie de trastornos graves, aturdimiento, dispepsia, vértigos, cianosis, sobreviviendo la muerte algunas veces al cabo de pocas horas; en nuestro caso, no ocurrió esto, sino que sobrevivió largo tiempo; dada la rareza de estos casos, resultan sumamente curiosos, por lo que nos hemos animado á publicarlo: El caso es el siguiente: Baltasar Abernuz, de 43 años de edad, soltero, natural de Alfaro, Logroño, ingresó en este Hospital, el día 27 de Abril de 1910: residió algún tiempo en Cuba, donde padeció reumatismo y disentería, habiéndose dedicado á trabajos corporales: no presenta antecedentes de alcoholismo, ni sífilis, ni ninguno hereditario de importancia: según él, su enfermedad databa de 9 meses: comenzó con dolores de riñones y del costado derecho, tos y edema maleolar derecho: estas molestias desaparecieron en 8 ó 10 días, quedándole edema maleolar, primero solo del lado derecho, apareciendo más tarde en el miembro izquierdo y desde entonces fué en aumento invadiendo en pocos días ambos muslos: el esfuerzo más pequeño producía gran disnea, por lo que tuvo que ingresar en el Hospital de San Sebastián: allí permaneció dos meses, sin obtener alivio alguno, pues el edema y la disnea se presentaban al levantarse de la cama: vino á Bilbao, y en este Hospital estuvo ocho días, volviendo á San Sebastián, donde hizo una estancia de cuatro meses en un Hospital del Manteo: en este tiempo, el edema ascendió al tronco, pero sólo hasta la cintura: durante este período estuvo sometido á un tratamiento dirigido á sostener el corazón y favorecer las diuresis, sin conseguir más que ligeros y pasajeros alivios:

**Estado actual (Abril-1910):**—Se trata de un hombre de estatura normal, de desarrollo muscular regular, con cara de sufrimientos y carácter algo agriado: su posición en decúbito su-

pino algo incorporado no pudiendo sin gran dificultad adoptar otra postura no puede levantarse de la cama por impedirlo el estado de sus extremidades abdominales: color de la cara ligeramente cianótico, pero sin dilataciones venosas en el cuello ni pulsaciones visibles: en el troneo hasta la cintura no hay edema; desde esta región hacia abajo y comenzando de pronto hay edema grande hasta las extremidades inferiores, siendo mayor en el muslo derecho, dichos miembros están enormes, sin casi poderlos mover, el escroto muy edematoso. Las extremidades superiores completamente normales; en las partes laterales del thorax desde ambas axilas hasta el tercio superior de ambos muslos, existe una red venosa longitudinal formada en cada lado por ó cuatro cordones extraordinariamente desarrollados del grueso de una vena femoral que presentan latido sincrónico con el latido radial y que llevan la sangre venosa de la periferia de las extremidades inferiores á la axilar y subclavia, en la cara anterior del pecho y paredes abdominales ninguna red venosa suplementaria.

Los pulmones están algo congestionados particularmente en sus bases: el corazón aumentado de volúmen hacia la izquierda, su punta late más baja y hacia fuera de la línea mamilar izquierda, el latido de la punta es muy visible: hay latido epigástrico. La auscultación hace observar una especie de desdoblamiento del segundo ruido y á veces un soplo sistólico en la punta; este soplo es cada vez más intenso á medida que se aleja el oído del corazón, en dirección de los grandes vasos, en particular siguiendo la Aorta hacia abajo, tomando una intensidad extraordinaria en su porción abdominal: los distintos órganos abdominales no presentan nada especial á la exploración: se nota ligero estremecimiento epigástrico, algún dolor á la presión en el hipogástrico, lado derecho, donde á veces se nota ligero trhili, muy profundo y suave; á veces en este mismo sitio ligera submacidez: la auscultación de la Aorta abdominal, hace oír un soplo intenso, de timbre suave, dulce, sistólico, cuya intensidad mayor es en el hipogástrico, á la derecha de la línea media: este soplo se oye también al nivel de ambas femorales: el latido de éstas está algo retardado con relación á las radiales: en la espalda; á lo largo de la columna vertebral se oye el mismo soplo siendo su mayor intensidad al nivel de la sínfisis sacroiliaca derecha, como he dicho arriba; en el hipegástrico, lado derecho, hay submatidez, pero no se nota tumoración alguna y no hay dolor más que á la presión

y no grande, no teniéndolo espontáneo, la exploración por lo demás es difícil, pues el edema lo impide: no tiene ascitis.

Pulso 100 por minuto, regular y bastante tenso.

Orina, escasísima en el momento de la observación.

**Análisis de la misma:** Albúmina, indicios: ídem de elementos de la sangre; sincilindros y con algunas células de la vejiga: residuo fijo á 100=Urea, 12,30 ac. úrico 1,418, reacción ácida: densidad 1024.

Deposiciones regulares y normales, ligeramente estreñido: tiene buen apetito: el sueño bastante bueno, aunque á veces es dificultado por la tos y la disnea.

Nada de especial se observa en el sistema nervioso, sentidos, etcétera.

*Diagnóstico.*—En presencia de este cuadro clínico, no había duda alguna en pensar en una interrupción más ó menos completa de la corriente venosa de la cava inferior, por debajo de las renales y con normalidad de la circulación porta: en efecto, el edema limitado perfectamente á la mitad inferior del cuerpo, era indicio de un obstáculo en la circulación de la cava abdominal la falta de red suplementaria en la pared anterior del abdomen y la ausencia de ascitis, nos indicaban que no había obstáculos por parte de la red venosa mesenterica, porta y hepática: en cambio la red lateral uniendo la de los miembros inferiores con la cava superior, era señal clara de que el obstáculo radicaba en la corriente de las venas iliacas primitivas y por tanto, la sangre de la periferia del muslo y pierna que no desagüaba en la femoral, subía por las anastomosis de las torácicas laterales con la red supero-externa del muslo, y la profunda por la anastomosis natural que une á las dos cavas superior é inferior por medio de las lumbares, que continuando en los *acigos*, unen á las iliacas con la cava superior. ¿Cuál era la causa de este obstáculo circulatorio? Se pensó en un tumor que comprimiera los dos grandes troncos abdominales, pero no se apreciaba por la palpación ninguna tumoración, quizá ganglios linfáticos infartados, formóse un bloque que pudiera dar lugar á dicho trastorno (idea no descarriada como se verá por la autopsia): pero en todo caso, ó la obstrucción era solo de la vena y completo no hubiera existido el soplo, y de ser incompleta los trastornos no serían tan intensos; la existencia del soplo, su intensidad, el haber notado alguna vez aunque no muy intenso, trhill, al nivel de la fosa iliaca derecha, con

retardo del pulso de las femorales, hacía pensar con visos de certeza, en la existencia de un aneurisma y probablemente arterio-venoso, si bien el curso relativamente largo, nos hacía dudar de esto último, pues la mayor parte de las veces, la abertura de un aneurisma aórtico en la cava inferior, va seguida de muerte en pocas horas: por esto hasta se pensó en una Laparatomía explotadora, pero reunidos en consulta para discutir el caso con los Cirujanos del Hospital Sres. Carrasco y Zarza, se desistió de tal procedimiento, en vista de las malas condiciones que presentaba y lo remoto de un éxito aun solo mediano.

**Curso y observaciones clínicas:** Siguió este enfermo una marcha progresiva, hasta que la consunción, disnea, etc., dieron fin de él: como sería muy pesado detallar todo el diario de observación, anotaré los datos más salientes.

La base del tratamiento fué una dieta alimenticia lo más nutritiva y suave posible, y medicación cardio-tónica y diurética: para esto último, se empleó con preferencia la Teobromina, 2 y 3 gramos al día, que aumentaba la cantidad de orina; siendo digno de señalarse, que ni la misma diurina produció efecto alguno; últimamente hubo que recurrir á los tónicos cardiacos, pero sólo á última hora, pues hasta entonces el corazón se sostuvo bien. Dadas las sospechas de una comunicación arterio-venosa, se comprende, no emplearemos las inyecciones de gelatina, que usamos en aneurismos de la Aorta con relativo resultado.

**Edemas:** No llegaron á desaparecer nunca, únicamente hubo algunos días en que disminuyeron mucho, llegando el escroto casi á su normalidad, cuando la cantidad de orina llegaba á 3 y 4 litros en 24 horas: pero persistió el edema hasta la muerte, sin rebosar la cintura hacia arriba; tuvo en varias ocasiones hemorragias venosas intensas, por rotura de las venas del escroto, muy dilatadas. Ultimamente hubo necesidad de hacer incisiones á las piernas y pies, para desagüar el edema, lo que se consiguió en parte durante 15 días, pero al cabo de ellos, se infectaron produciéndose una gran infiltración en el pie y muslo derechos.

La circulación venosa de las extremidades se estableció del modo ya citado anteriormente, siendo muy notables por su volumen, las venas que desde cada muslo subían á la axila correspondiente, y que repetimos presentaron durante toda la estancia del enfermo latidos sistólicos.

No se observó ascitis en todo el curso de la enfermedad.

**Orina:** Las variaciones en su cantidad fueron grandes: á su ingreso, escasamente llegaba á 800 c. c. llegando á fines de Abril á 2.300 c. c., cifra que bajaba en cuanto dejaba la leche y la teobromina y tomaba algo de carne. En Mayo osciló entre 450 c. c. y 4.000 c. c., en las 24 horas, coincidiendo la elevación y disminución, con el uso del diurético ó su suspensión y siendo brusca la oscilación.

Junio.	—	Cifra máxima en 24 horas	=	3.000 c. c.
»	»	mínima » » »	=	200 »
Julio	»	máxima » » »	=	1.600 »
»	»	mínima » » »	=	300 »
Agosto	»	máxima » » »	=	1.500 »
»	»	mínima » » »	=	300 »

El análisis hecho repetidas veces, no presentó nada de especial, siendo idéntico su resultado al ya señalado, aparte lo correspondiente al cambio de cantidad.

**Corazón:** A parte de lo indicado al relatar el estado actual, no se notó nada de especial en él: su tensión se sostuvo hasta el mes de Agosto, en que comenzó á ser insuficiente, teniendo algunas noches verdaderos accesos de asistolia, el pulso, en relación con esto (1).

Los pulmones sólo presentaron congestiones pasivas y fenómenos catarrales bronquiales.

La temperatura se elevó en la primera quincena de Agosto, debido á la infección de las incisiones liberadoras.

**Terminación:** En el mes de Agosto y en los mismos días en que comenzaron á infectarse las incisiones de la piel de las extremidades (á pesar de las sábanas esterilizadas) se presentaron vómitos incoherentes, de color oscuro, y melenas abundantes, con hipo intenso y persistente: unido á esto, malestar general grande, inquietud, fiebre moderada, demacración rápida, accesos de disnea nocturnos, subdelirios, etc., produciéndose la muerte el 25 de Agosto, en consunción, pero no en asistolia.

**Autopsia:** Sólo se examinó la cavidad abdominal, pues el estado de descomposición, etc., no nos permitió continuar más tiempo la autopsia, como hubiera sido mi deseo. Las vísceras abdominales, presentaban de especial, disminución considerable de volúmen del hígado, bazo, riñones, con degeneración gránulo-

(1) Se sacaron varias gráficas, pero se nos han extraviado.

grasosa: separado todo el paquete intestinal, se examinaron la Aorta y la vena cava, y nos encontramos con un aneurisma arterio-venoso, por encima de la bifurcación de la Aorta á este nivel. Todo el paquete estaba rodeado como con un cinturón, por la serosa muy engrosada y con gran cantidad ganglios linfáticos muy infestados, tan adherente á las paredes del saco aneurismático y á la columna vertebral que nos costó mucho trabajo el disecarlo, para poder fotografiarlo, limpio por completo. (Por esto pueden notarse algunas roturas del saco en la fotografía); al nivel citado, presentaba la Aorta una dilatación del tamaño de una mandarina, adherida por una de sus caras á la vena cava, inmediatamente por encima de las venas iliacas primitivas: este saco era común á la arteria y á la vena, viéndose una vez abierto los respectivos orificios de comunicación, completamente lisos, duros, redondeados, con aspecto de ser muy antiguos, por arriba y abajo continuaba la Aorta normal: la cava por encima de este punto estaba muy reducida de volumen, é inmediatamente por debajo, presentaba una gran dilatación, que continúa en las iliacas, de paredes delgadísimas: tanto el saco como la cava iliacas A, estaban llenas de sangre líquida: las paredes internas del saco es lisa y presenta placas de ateroma, alguna del tamaño de más de un céntimo: el saco delgado por delante, es grueso y duro por detrás y está formado á espensas de la pared anterior aórtica. En la cavidad del aneurisma es muy curioso ver el orificio redondo que pone en comunicación al saco con el tronco de la cava; es liso, duro, brillante, de un centímetro de diámetro; además se conserva el conducto de la cava, que desde por encima del saco va á la desembocadura de las iliacas; de modo que es una verdadera anastomosis lateral. El saco aórtico comprimió la pared lateral de la vena, se adhirió á ella, en virtud del proceso inflamatorio cuyos restos son la serosa gruesa y el infarto ganglionar encontrados y con el tiempo la desgastó, formándose con el choque de la ola sanguínea el orificio redondo y liso que se observa en el saco y que parece antiguo (la antigüedad se comprende que solo puede ser de meses) por encima y por debajo de la lesión que vi ateroma.

Se trata pues de un aneurisma primitivo de la Aorta abdominal sacciforme, desarrollado por debajo de los lumbares, el mecanismo de su formación se puede explicar teniendo en cuenta los antecedentes del caso: reumatismo antiguo, con placas de atero-

ma por mesartiritis de curso lento; con esto tenemos el terreno preparado, para que una infección, quizá la disenteria, produjese un brote agudo de mesartiritis en aquel nivel, y la presión sanguínea hizo el resto: puede admitirse esto recordando los resíduos inflamatorios encontrados.

En cuanto á la explicación del cuadro clínico, es tan clara después de la descripción del resultado de la autopsia, que no nos detenemos á hacerlo, únicamente nos queda la duda de la época de la rotura: teniendo en cuenta lo historia clínica ¿se produjo nueve meses antes de su ingreso en esta Clínica? no lo creemos, pues el cuadro clínico podía explicarse por sólo la compresión, pero seguramente, ingresó con la comunicación arterio-venosa, pues pudimos notar desde el primer día el latido venoso sistólico de los troncos suplementarios, (Sibson, lo indica como síntoma cierto). Además del soplo intensísimo propio del aneurisma arterio-venoso, etc., siendo notable que pudiera vivir tanto tiempo, pues la mayoría de los autores señalan una muerte rápida como consecuencia de este accidente.

Bilbao 9 de Mayo de 1911.

---

## II.

### Tratamiento de la blenorragia crónica por medio de la aspiración

por

**Don Ramón Camiña**

de Bilbao

Hace tiempo que empleo la aspiración en el tratamiento de la uretritis crónica. Una de las primeras condiciones que creo indispensables en el tratamiento de la blenorragia crónica, es conocer las lesiones, número de ellas, clases, localización, extensión de las mismas y en vista de estas circunstancias aplicar el tratamiento local apropiado de mayor ó menor intensidad según la lesión y de una ú otra clase según su naturaleza.

A mi juicio no existe método alguno que proporcione en la blenorragia crónica de la uretra anterior los datos enumerados más que un sólo procedimiento de examen, el examen y trata-



tamiento uretroscópico, por eso el método de aspiración de Brenner que considero útil en multitud de casos, adolece, á mi juicio, de no ser un método endoscópico, de no poder ver lo que se hace, no limitar la acción aspiratriz al punto deseado sino de generalizar la acción á toda la uretra con igual intensidad en los puntos sanos que en los enfermos, pudiendo por esto resultar que la fuerza aspiratriz resulte excesiva en unos puntos de la uretra é insuficiente en otros y hasta perjudicial en otros, sin que nos dé además seguridad de que la aspiración glandular se ha efectuado ó no, pues con dicho aparato al efectuar la aspiración puede muy bien ocurrir que el orificio glandular se sobreponga al puente metálico que constituye la pared del tubo que separa dos orificios entre sí y cuanto más enérgica sea la aspiración, la obstrucción del orificio es mayor, figura 1.<sup>a</sup> Lámina 1.<sup>a</sup> P=Puente—O=orificio.

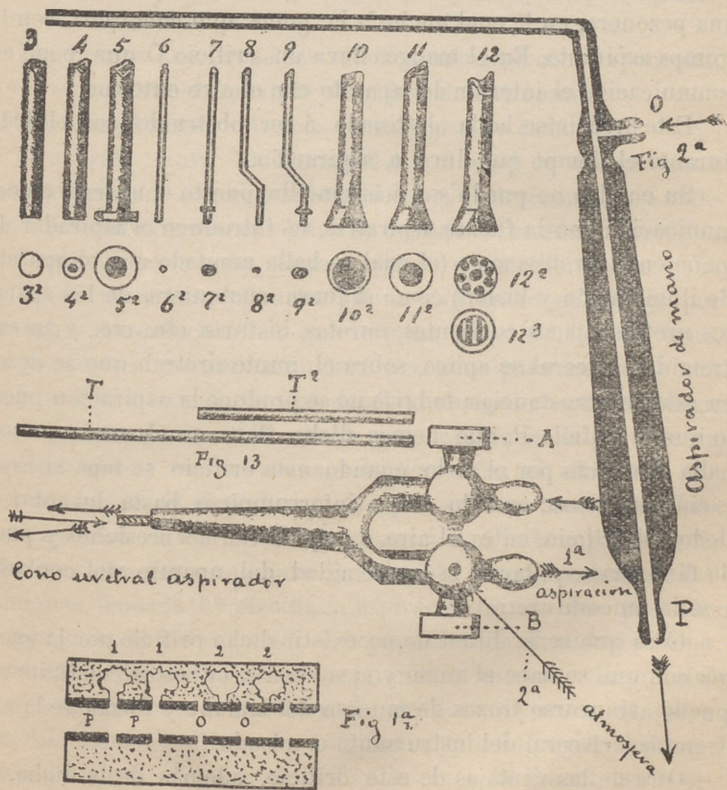


Lámina 1.<sup>a</sup>

Por eso mis esfuerzos se han dirigido á efectuar la aspiración bajo el control de la vista, es decir, construir aparatos que produzcan la aspiración por intermedio del uretroscopio ó que el uretroscopio mismo sea el que produzca la aspiración y por lo tanto visibles los efectos de la aspiración en todo momento y al mismo tiempo poder graduar en intensidad su aplicación.

Paso por alto varios aparatos, las diversas tentativas llevadas á cabo para obtener los resultados apetecidos, los diferentes métodos empleados, unos con resultado perjudicial dudoso, otros escasos en gran mayoría y sólo me ocuparé en el presente trabajo de los aparatos que creo pueden prestar reales beneficios en el tratamiento de la blenorragia crónica de la uretra anterior.

El primero de los aparatos que tengo el honor de presentaros por llamarle de algún modo, le llamaremos aspirador de mano, lámina 1.<sup>a</sup> figura 2.<sup>a</sup>, el cual se reduce sencillamente á un tubo hueco encorvado provisto de un mango hueco que termina en una pezonera, en la cual enchufa la goma que comunica con la trompa aspirante. En el mango lleva un orificio O que pone en comunicación el interior del aparato con el aire exterior.

Este orificio se halla destinado á ser obstruído con el dedo durante el tiempo que dura la aspiración.

Su empleo no puede ser más sencillo, puesto el aparato en comunicación con la fuente aspiratriz, se introduce el aspirador de mano en el uretroscopio (el cual se halla montado con el aparato de iluminación y visión) como si fuera cualquiera de los aparatos uretroscópicos corrientes, curetas, bisturís, etc., etc., y su extremidad visceral se aplica sobre el punto uretral que se desea en estas circunstancias; todavía no se produce la aspiración puesto que el orificio P, que hemos dicho lleva en el mango, no se halla obstruído por el dedo; cuando este orificio se tapa la aspiración comienza; cuando desea interrumpirse basta levantar el dedo del orificio, entra el aire, se equilibran las presiones y puede fácilmente quitarse la extremidad del aparato del contacto con la mucosa uretral.

Cosa que sería difícil de no existir dicho orificio por la energía con que se hace el vacío y si se tirase en estas condiciones, puede arrancarse trozos de mucosa del tamaño y forma de la extremidad visceral del instrumento empleado.

Otra de las ventajas de este orificio, además de la dicha, es que si el aparato no tiene ese orificio ó teniéndole se halla obs-

truído por el dedo ó cuerpo extraño al aproximar el extremo visceral del aspirador al punto deseado de la mucosa; la aspiración, que tiene mucha fuerza, actúa sobre la mucosa y antes de ponerse en contacto con ella, la mucosa solicitada por la fuerza aspiratriz se hace prominente en el tubo, tiene tendencia á herniarse en el interior del uretroscopio y antes que el aparato llegue á la mucosa, la mucosa busca ésta rápidamente al aparato, se adhiere á él y generalmente nunca en el punto deseado de la mucosa sino en otro de su superficie.

El grueso de los tubos, así como la forma de su terminación, etc., etc., varían según la lesión, según la mayor ó menor extensión de la misma, según su número, su forma y el fin terapéutico á que se destina.

Las figuras de la lámina 1.<sup>a</sup>, comprendidas desde el número 3 al 12, ambos incluidos, facilitan la comprensión de dichos aparatos mejor que una descripción y representan vistas longitudinales de dichos instrumentos.

Las figuras que llevan los mismos números con exponentes, representan el mismo aparato visto por su extremidad.

Más adelante expondremos el fin y uso de cada uno.

El aparato figura 13 lámina 1.<sup>a</sup> y al cual le designaremos para entendernos con el nombre de cono uretroscópico, en atención á que su extremidad cónica se introduzca en el uretroscopio.

Como véis, no puede ser más simple y sencillo: es un cono macizo de poca base y mucha altura atravesado en su eje por dos tubos ó conductos: uno que termina en el vértice del cono, sale por su base y termina en una pezonera para enchufar una goma en comunicación con un depósito cualquiera que contenga líquido ó gas, figura 13/A, dicha pezonera se halla provista de una llave, abre y cierra en una sola dirección; el otro tubo comienza también en el vértice y sale por su base terminando como el anterior en una pezonera que se une á la trompa de agua, dicha pezonera lleva una llave B, de doble juego, en una de las posiciones llamada 1.<sup>a</sup> efectúa la aspiración y en otra posición 2.<sup>a</sup> deja pasar el aire exterior al cono, cerrando al mismo tiempo la comunicación con la trompa aspirante; el extremo visceral del cono, éste segundo conducto tiene un paso de rosca, R, para atornillar tubos de diferentes longitudes, que lleguen á la proximidad del tubo uretroscópico, T y T, pues fácilmente se comprende que cuando mayor sea el diámetro del uretroscopio

emplado, más cantidad de cono se introducirá y si la longitud del tubo se atornilla fuera de la misma, heriría la mucosa.

Su uso no puede ser más simple.

La superficie cónica del aparato se recubre de un tubo de goma y se introduce haciendo presión en el uretroscopio previamente introducido en la uretra. Cerrada la llave A y puesta la B en primera posición se produce la aspiración; cuando se quiere suspender la aspiración ó quitar el aparato, basta dar vuelta á la llave á posición segunda; el aire entra en el uretroscopio, se restablece la presión y es fácil quitar el cono, se adapta entonces el aparato eléctrico y visual del uretroscopio y puede inspeccionarse los resultados obtenidos; y en vista de los datos adquiridos por el exámen visual suspender ó continuar la aspiración, bien en el mismo punto ó en otros de la uretra.

Si se desea hacer en un mismo punto de la uretra una serie de aspiraciones separadas por intervalos mayores ó menores de tiempo sin que en estos períodos se produzca la aspiración sin quitar el cono del uretroscopio, basta con colocar la llave B, alternativamente, en primera y segunda posición, obteniéndose así períodos de tiempo en que la mucosa se halla sometida á la aspiración unas veces y á la presión ordinaria en otras, es decir, que se produce en ellas fenómenos de compresión y descompresión; á este método le llamaremos *aspiración intermitente*.

Si al propio tiempo que hallándose la llave B en primera posición la llave A se halla abierta y en comunicación con un depósito de agua en el cono y por lo tanto en el uretroscopio, se producirá una corriente de líquido producida por la aspiración; si la llegada del líquido es continua el *lavado es continuo*; si la llegada del líquido, por interrupción de la llave A, es intermitente el *lavado es intermitente*.

En resumen, con este aparato se puede hacer:

Aspiración continua. Aspiración intermitente. Lavado continuo líquido ó gaseoso. Lavado intermitente líquido ó gaseoso.

## Uretroscopio aspirador

No es un uretroscopio nuevo, se reduce á la adición de varias piezas al uretroscopio de Luys al cual previamente se ha quitado el pivote ó vástago metálico en el cual se ajusta y sostiene el aparato visual y de iluminación del mismo, cosa fácil y sencilla,

puesto que dicho vástago en su pie se halla sujeto por un tornillo que puede fácilmente atornillarse ó desatornillarse, según se emplee el aparato, como uretroscopio corriente ó como uretroscopio aspirador ó lavador.

Otra de las modificaciones que debe introducirse cuando se practica la aspiración, es hacer más obtuso ó romo el extremo uretral del tubo uretroscópico.

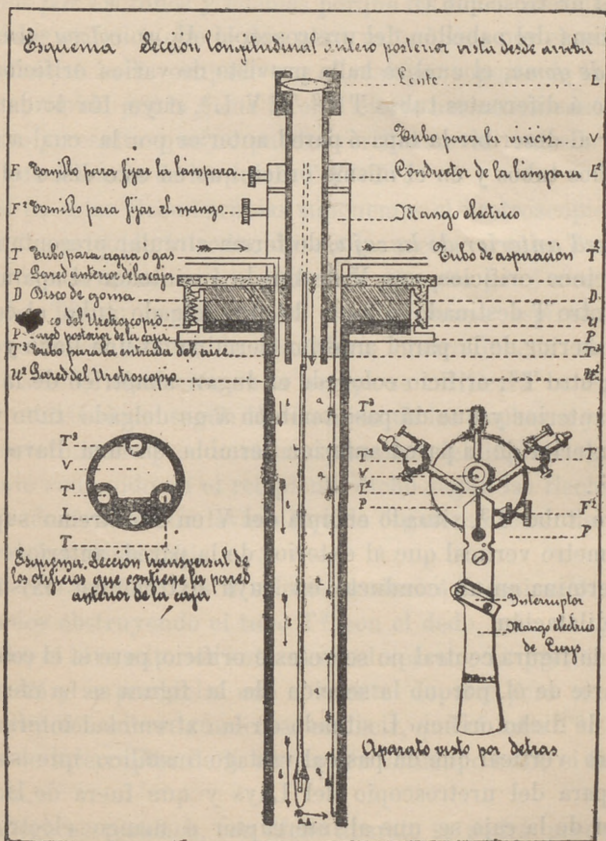


Lámina 2.<sup>a</sup>

Veamos en que consiste el aparato: para la fácil comprensión de la descripción facilitará los esquemas de la lámina 2.<sup>a</sup>; las tres figuras incluídas en dicho grabado, representan el mismo aparato ó parte de él bajo diferentes aspectos, para más fácil inteligencia una misma letra en cada figura tiene idéntico significado, es decir, se refiere á un mismo punto del aparato ó al mismo objeto.

En resumen, es una caja metálica de forma cilíndrica cuya pared anterior P se une á la posterior P<sup>2</sup> mediante un paso de rosca entre ambas paredes circunscriben un espacio vacío destinado á contener un disco de goma ó cauchout D y el disco ó pabellón exterior del uretroscopio U desprovisto de su pivote metálico como dejamos dicho, para lo cual *la pared inferior* ó posterior presenta un orificio circular por donde se introduce el tubo del uretroscopio U.

Encima del pabellón del uretroscopio U *se coloca un disco grueso de goma*, el cual se halla provisto de varios orificios para dar paso á diferentes tubos T T<sup>2</sup> T<sup>3</sup> V L<sup>2</sup>, cuyo fin lo damos á conocer al describir la tapa ó pared anterior por la cual atraviesan dichos tubos y en el mismo orden que en este disco el cauchout.

*Pared anterior de la caja*, de forma circular presenta en su centro cinco orificios, uno V destinado á contener el aparato de visión; otro T destinado al paso de un delgado tubo, el cual en el exterior de la pared anterior termina en una llave y pezoñera T; otro T<sup>2</sup>, orificio colocado en lugar simétrico de la placa que el anterior y que dá paso también á un delgado tubo y que en el exterior de la pared anterior termina en una llave pezoñera T<sup>2</sup>.

Otro tubo T<sup>3</sup>, situado encima del V en el extremo superior del diámetro vertical que al exterior de la pared anterior de la cara termina en un conducto en cuya extremidad existe una ligera dilatación.

En la figura central no se ve este orificio, pero sí el conducto que parte de él, porque la sección de la figura se ha efectuado debajo de dicho orificio L situado en la extremidad inferior del diámetro vertical que dá paso al vástago metálico que sostiene la lámpara del uretroscopio de Luys y que fuera de la pared anterior de la caja se une al interruptor ó mango eléctrico de Luys.

Los tubos T T<sup>3</sup> y V, terminan algunos milímetros por dentro del orificio exterior del tubo uretroscópico de Luys, y el T<sup>2</sup> termina cerca del orificio visceral del uretroscopio.

Por la descripción que dejamos sentada, fácilmente se comprende que al atornillar la pared anterior de la caja con la posterior de la misma mediante la rosca que contienen los dos anillos que unen sus paredes (que son fácilmente visibles en la

figura) comprimirán enérgicamente al disco de goma que se halla comprendido entre ambas paredes y éste disco de goma impedirá la entrada de aire entre el disco del uretoscopio y las paredes anterior y posterior de la caja y exterior del aparato y por lo tanto cerrará herméticamente la entrada al aire, no pudiendo verificar la entrada de aire por la caja dicha ni por los orificios T T<sup>2</sup> T<sup>3</sup> V, puesto que se hallan obstruidos por los tubos y además porque los tubos se hallan soldados á los orificios que le dan paso, ni tampoco por el orificio L, pues éste se halla ocupado por el vástago soporte de la lámpara y comprimido por la goma la cual cierra herméticamente el paso al aire y resulta que no puede verificarse la entrada de aire más que á través de los tubos T T<sup>2</sup> T<sup>3</sup>.

Si en estas circunstancias suponemos el uretoscopio aspirador así construído introducido en la uretra, el tubo T en comunicación con un recipiente que contenga agua, gas ó aire caliente el tubo T<sup>2</sup> en comunicación con la trompa aspiradora y el T<sup>3</sup> que comunica con la atmósfera, obstruido con el dedo al verificarse la aspiración en la trompa se verificará la aspiración en el uretoscopio según la dirección de las flechas *a* y el vacío casi determinado producirá la aspiración del líquido, gas ó air caliente contenido en el recipiente dicho según las flechas *b*.

Produciéndose un lavado líquido ó gaseoso local del campo uretral por aspiración.

Si cerramos la llave T solo se producirá la aspiración; si continuamos obstruyendo el tubo T<sup>3</sup> con el dedo, pero si quitamos el dedo, el aire exterior entrará en el aparato, la presión se restablecerá y se producirá una corriente de aire pero no efectos de aspiración sobre la mucosa, es decir, que el tubo T<sup>3</sup> hace el oficio de interruptor de la aspiración actuando como si fuera una válvula.

Luego en resumen, con dicho aparato se podrá producir según desee el operador diferentes procedimientos terapéuticos.

A) Aspiración en el grado atmosférico que se desee, pudiendo realizarse ésta de un modo continuo ó intermitente y cuyos efectos pueden agruparse en tres órdenes:

- 1.º—Cambios circulatorios (Método de Bier).
- 2.º—Evacuación glandular.
- 3.º—Masaje uretral y dislocación del contenido intraglandular.

B) Aspiración combinada con lavado pudiendo ser éste de varias clases.

- 1.º—Líquido de los medicamentos empleados en la blenorragia crónica y en diferentes dosis.
- 2.º—Gaseoso, pudiendo éste realizarse
  - a.—Con aire atmosférico á la temperatura normal.
  - b.—Con aire atmosférico calentado por cualquiera de los múltiples aparatos existentes para este fin.
  - c.—Diferentes gases oxígeno, hidrógeno, ácido carbónico, etcétera, etcétera.

Todos estos aparatos presentan ligeros defectos é imperfecciones de construcción que espero pronto desaparecerán, merced á la inteligencia del hábil constructor P. Gentile.

Antes de pasar adelante considero innecesario manifestaros que el sistema de aspiración debe funcionar para poder obtener los efectos dichos en buenas condiciones de un modo perfecto y uniforme y que las uniones ó tubos gomas, etc., deben ser lo más exactas posibles para impedir la entrada de aires y como en la práctica he tropezado con algunos inconvenientes, me permitiréis que me detenga algunos minutos en exponeros cuales son éstos y el modo de evitarlos.

Para un volumen X de aire en el cual se desea practicar la aspiración la mayor ó menor rapidez con que ésta se efectúe, así como la mayor ó menor fuerza con que la aspiración actúe, varía independientemente del volumen y según las circunstancias:

- 1.ª—Diámetro de la trompa aspirante.
- 2.ª— Presión de la cañería de agua.

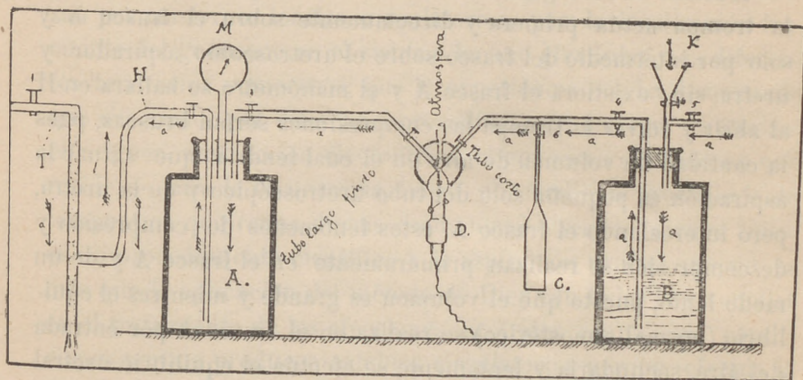
De donde se deduce que según sean las dos condiciones dichas que reuna la trompa que emplee el experimentador, así obtendrá para una misma atmósfera ó grado de enrarecimiento efectos diferentes, ó dicho de otro modo, para un volumen X de aire en el cual se desea practicar la aspiración, la rapidez y fuerza de aspiración se hallan en razón directa del diámetro de la trompa y de la presión de la cañería.

3.ª—El diámetro interior de los tubos, así como el de las llaves desde el orificio de la trompa al aparato, debe ser uniforme y de la misma anchura que dicho orificio.

4.ª—Las paredes de los tubos de goma que unan la trompa con el aparato deben ser gruesas, para que al producirse el vacío



en el interior de ellos, la presión atmosférica no los transforme en cinta para una misma trompa y presión de cañería y tubo de unión la potencia ó fuerza con que actúe la aspiración se halla en razón inversa del diámetro del instrumento uretral empleado luego tubo grueso efecto menor y tubo estrecho efectos de aspiración mayor.

Lámina 3.<sup>a</sup>

El grado de enrarecimiento producido sabemos se mide por un manómetro de vacío; si el manómetro se halla unido directamente á un punto cualquiera del trayecto de aspiración, las por ejemplo H, lámina 3.<sup>a</sup>, interrupciones al comenzar y al cesar la aspiración son muy bruscas, pasa rápidamente la uretra desde el vacío, por ejemplo, 0, 60 á 0, P; para evitar éste inconveniente es útil intercalar en el circuito de aspiración una botella A de la figura 3.<sup>a</sup> cuyo tapón presenta tres orificios atravesados por tres tubos, cada uno con su correspondiente llave de paso; el tubo número 1 llega al fondo; el número 2 para el manómetro y el número 3 para unir al instrumento aspirador; esta disposición tiene dos ventajas: ser una válvula de seguridad y una especie de regulador automático de la presión.

En efecto, es válvula de seguridad porque en multitud de casos al comenzar ó cesar la aspiración, entra agua en el tubo aspirador según explica la flecha b, figura 3.<sup>a</sup> y si no existiera el frasco se introduciría en el uretroscopio aspirador y en la uretra, pero como esta entrada de agua solo ocurre al principio y fin de la aspiración cuando comienza á abrirse ó á cerrarse la trompa, es decir, cuando la aspiración se hace de un modo incompleto, y cesa la introducción de agua cuando el paso de agua en la trompa

es total ó lo que es igual cuando la aspiración es completa; la cantidad de líquido que haya entrado en el sistema aspirante y por lo tanto en el frasco y será aspirado automáticamente por la misma trompa cuando la aspiración funcionara de un modo total y regular.

Además es un regulador automático de la presión, puesto que la trompa actúa primera y directamente sobre el frasco A y solo por intermedio del frasco sobre el uretroscopio aspirador y uretra; sino existiera el frasco A y el manómetro se hallara en H al abrir y cerrar la trompa las compresiones serían bruscas, pues la cantidad de volumen de aire en el cual tendría que actuar la aspiración es pequeña solo del tubo uretroscópico y de la uretra, pero intercalando el frasco A, estos fenómenos de compresión y descompresión se realizan primeramente en el frasco A y de un modo lento, puesto que el volumen es grande y mientras el equilibrio (normal atmosférico) se realiza en el frasco A por entrada del aire, secundaria y lentamente se efectúa el equilibrio uretral por paso de aire del frasco A á la uretra después de haberse equilibrado en el frasco.

Por ésta razón el equilibrio se efectuará más lentamente cuanto que el volumen del frasco A sea mayor; yo empleo uno de 10 litros y la trompa de agua de la estufa de Suárez Mendoza, 1 manómetro metálico Adnet, de vacío en este frasco se necesitan unos 8 á 10 minutos para alcanzar un vacío, de 0,65 á 0,70, pues á 0,75 es difícil, cosa por otro lado muy poco importante, pues para las necesidades de la uretroscopia basta con 0,65 á 0,70 en los casos máximos. Sentado cuanto antecede el esquema figura número 3, os permitirá ver mejor que toda descripción el funcionamiento del uretroscopio aspirador en disposición de funcionamiento para efectuar la aspiración simple, la aspiración de aire caliente, la aspiración de líquido y la aspiración de gas oxígeno ácido carbónico, etc., etc. que desee ensayar.

T) Trompa.

A) Frasco que actúa como válvula para el agua y como regulador de presión.

D) Uretroscopio aspirador.

B) Frasco que puede contener líquido que se introduce por el embudo K ó gas que se introduce por la llave 5 después de cerrada la llave 6 y efectuando el vacío por la llave 4.

Las flechas indican dirección normal de la corriente aspira-

triz. Conocidos los aparatos, su modo de funcionar y los procedimientos terapéuticos que con él pueden efectuarse, creo es justo diga siquiera dos palabras sobre las bases teóricas en que me he fundado para construir dicho aparato y los fines que con su construcción he perseguido.

Sabemos que las lesiones de blenorragia crónica se caracterizan por trastornos locales circulatorios, por la localización frecuente del gonococo en el sistema lacuno glandular y en diferentes territorios sumucosos; que la experiencia nos ha demostrado que evacuando por diferentes procedimientos masaje, cauterización ignea, destrucción electrolítica, el gonococo del nido en que reside, se cura la blenorragia, luego un medio ó procedimiento terapéutico que reúna dichas condiciones ó realice dichos fines; es un procedimiento científico y la aspiración uretral que no es más que la aplicación del método de Bier con todas sus ventajas en el tratamiento de las afecciones uretrales reúna esas condiciones porque producen cambios circulatorios porque efectúa la evacuación glandular y porque realizan el masaje uretral como más adelante veremos.

El lavado líquido de la superficie enferma blenorragica es un axioma urinario; la aspiración ya dejamos sentado es un proceder científico; luego la combinación de los dos métodos ó sea la aspiración con el lavado líquido es también científico.

Veamos los fundamentos de los lavados gaseosos.

El intento de realizar el tratamiento de la blenorragia por este procedimiento descansa en el fundamento siguiente: unos deducidos de la biología del gonococo.

El gonocono no cultiva á la temperatura de 15°.

Los cultivos no se desarrollan á la temperatura de 20.

Se desarrollan poco á poco á la temperatura de 30. La temperatura favorable es 36 y mueren á los 39 y finalmente el gonococo muere rápidamente por la disecación.

Además el gonococo en la uretra se comparte como un microbio ANAEROBIO, busca la profundidad de las glándulas ó de la mucosa, colocándose al abrigo del aire y por lo tanto del oxígeno.

Otros fundamentos son deducidos de la Patología; en efecto, existen numerosas observaciones clínicas de individuos blenorragicos en los cuales una fiebre intensa hace desaparecer ó disminuir el número de gonococos cuya desaparición se ha explicado

por la acción destructiva de la temperatura superior á 39° sobre el gonococo; yo he tenido ocasión de observar dos casos de desaparición rápida de gonococos consecutiva á fiebre alta producida por el tratamiento del 606; otros fundamentos son deducidos de la terapéutica, varios experimentadores y últimamente Le Fur, en la 14 sesión de urología francesa, ha expuesto los resultados de la acción del aire caliente en el tratamiento de las afecciones génito-urinarias y dejando aparte los resultados obtenidos por este autor en otras afecciones del aparato génito-urinario y limitándonos á la uretritis, dice ha obtenido buenos resultados en las uretritis crónicas complicadas de uretrorreas, espermatorreas y prostatorreas, es decir, en los derrames uretrales rebeldes caracterizados por ipersecreción glandular.

Recordemos además que ha sido empleado el oxígeno en la uretra, bajo la forma de agua oxigenada que al calentarse en la uretra deja en libertad parte de su oxígeno: Motz-Traitement des Uretritis cróniques, bien con el fin de producir la dilatación glandular por la distensión que el oxígeno al calentarse produce ó por su acción desinfectante, y finalmente, que el organismo humano ó un punto cualquiera de él resiste temperaturas más altas cuando son producidas por el aire caliente, que cuando son producidas por líquidos, dependiendo esta diferencia de acción de la mayor capacidad calorígena del agua que del aire.

De todo lo cual se deduce se halla justificado científicamente:

1.º—La aspiración con lavado ó corriente de aire á la temperatura ordinaria por que produce la deshidratación de la uretra y por lo tanto el secador y el gonococo resiste muy mal la disección.

2.º—La aspiración con lavador ó corriente de aire caliente se halla justificada por que en los efectos de disección antes descritos se une la acción de la temperatura alta, pues fácilmente pueden obtenerse y aplicarse temperaturas superiores á 39° y por lo tanto posibilidad de destruir el gonococo ó por lo menos de amortiguar sus efectos impidiendo su desarrollo.

3.º—La aspiración con lavado ó corriente de oxígeno, tiene los mismos fundamentos científicos que la cura de agua oxigenada de Motz, es decir, la distensión glandular y desinfección.

*(Se continuará)*

## Academias y Congresos

### Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

*Sesión celebrada el día 12 de Mayo 1911*

PRESIDE EL SR. SARALEGUI

**Sr. Liedo.**—Presenta un caso de *falsa angina de pecho*.

Manifiesta que antes de entrar en materia va hacer algunas consideraciones respecto de las anginas de pecho y de la pretendida inocuidad de las denominadas anginas de pecho *falsas*.

En esta relación dice que para algunos autores no hay más angina de pecho *verdadera* que la debida á estrechez de las arterias coronarias, y á la *isquemia consecutiva del corazón*, la *estenocardia*; las demás variedades son *falsas* anginas de pecho. Por consiguiente, todas las enfermedades capaces de engendrar la arterio-esclerosis, la endarteritis, el ateroma de las arterias coronarias, con ó sin lesiones de la aorta, todas estas enfermedades, gota, reumatismo, sífilis, enfermedades infecciosas, pueden engendrar la verdadera angina de pecho, *la que mata*.

A la segunda variedad pertenecen las anginas de pecho que sobrevienen *sin alteración* de las arterias coronarias, sin coronaritis, las que para cierto número de arterias son *falsas* anginas de pecho. Estas formas, aunque dolorosas, tienen mucha menos gravedad que las anteriores, porque no producen síncope; *no matan*.

Así se encuentran constituidas dos grandes clases de anginas de pecho: á la una pertenece la angina de pecho con lesión de las arterias coronarias, la verdadera; en la otra clase se incluyen las anginas de pecho con neurisis, neuralgia y neuritis, sin lesiones de las arterias coronarias: son las falsas anginas.

Entiende que esta división es muy absoluta, pues admite que en muchos casos la estrechez ó lesión de las arterias coronarias puede ser la causa predominante de la enfermedad, pero cree que la clasificación que divide las anginas de pecho en dos clases, una grave y otra no, ó poco grave por lo menos, es arbitraria. Pienso que el individuo que está afecto de una coronaritis obliterante lo está más gravemente que el que no la padece, pero esto no es razón para decir que este último tiene una angina falsa; tampoco

es falsa la angina cuando sus accesos pueden ser temiblemente dolorosos, angustiosos y mortales.

En resumen: la extensión de las coronarias produce una angina de pecho mortal; también lo puede ser otra angina que no reconozco por causa lesión alguna de aquellas arterias; de donde resulta que no hay anginas de pecho verdaderas ni falsas, sino que las hay más ó menos temibles, pero todas ellas pueden matar.

Además, bajo el punto de vista del pronóstico, nadie puede decir en presencia de un ataque de angina de pecho, que se trate de un acceso verdadero ó falso, ni de que las arterias coronarias de aquel sujeto estén ó no lesionadas.

Por lo demás, sea cual sea la causa primera de la angina de pecho, haya ó no isquemia cardiaca, interese la lesión inicial sólo la aorta y las coronarias, la aorta sólo, las coronarias sin la aorta, el sitio inicial y principal de los sistemas es el *plexo-cardiaco* con los nervios que se unen á él y con los nervios cardiacos que emanan de dicho plexo.

Relata á continuación el caso, que es como sigue: Individuo de cuarenta y tantos años de edad, con antecedentes neuropáticos propios y de su familia, en la que cuenta con algún epiléptico.

Con buena salud habitual, hace unos nueve meses y en ocasión de encontrarse en Madrid, fué á consultar con un especialista para ser examinado de la laringe, donde se le encontró una tumoración adosada á la base de la cuerda izquierda; el especialista expresó sus temores de que se tratara de un *oma* sin fijar por entonces el adjetivo, pero el enfermo, muy inteligente, quedó profundamente impresionado por el diagnóstico pensando pudiera tratarse de un tumor maligno y quedándole una depresión moral muy grande. El tumor ha ido desapareciendo paulatinamente sin dejar rastro alguno.

Hace cuatro ó cinco meses este enfermo, que ya lo había sido antes del aparato digestivo, comenzó á sufrir de nuevo, despertándose en él una lesión ya antigua y que había sido diagnosticada de hiperclorhidria.

Las molestias que aquejaba el enfermo se presentaban de preferencia por la tarde; consistían en pesadez en la región epigástrica, expulsión de gases y se acompañaban de ligeros y vagos dolores que subiendo del hombro izquierdo alcanzaban la región cervical y hasta occipital del mismo lado; aparecían estos

dolores en forma de crisis paroxística y terminaban con ausencia de gases por la boca. El enfermo daba muy poca importancia al principio á estos dolores verdaderamente paroxísticos, que fueron poco á poco haciéndose cada vez más intensos, por cuya razón consultó con un facultativo que creyó pudieran tratarse de manifestaciones neuro-artríticas.

Le fué analizada la orina y como se le encontraron indicios de albúmina, se pensó que pudiera existir algo renal pero sin determinar qué.

Como quiera que este enfermo aquejaba sus molestias por la tarde, se le exploró varias veces por la tarde, y el doctor Ledo solo pudo sorprender un acceso ligerísimo con muy poca importancia. Entre los síntomas que presentaba este enfermo, uno de los más salientes era una enorme aerofagia, llegando á veces á deglutir hasta toneladas de aire, y siempre terminaban las crisis por la emisión por la boca de grandes cantidades del gas deglutido: se le trató con el clásico procedimiento de Bouveret, que consiste en sostener con los dientes un tapón ó corcho para evitar la deglución.

Examinado el enfermo por un especialista del estómago, pudo comprobar después del examen del jugo gástrico, que se trataba de una *anaclorhidria* completa, con hipopepsia; por cierto que al introducir la sonda, el individuo sufrió tal acceso paroxístico que le puso en trance de morir.

Diagnosticada la enfermedad del estómago, y teniendo en cuenta que, cuantos transtornos aquejaba este enfermo ocurrían en el período de la digestión, y como quiera que los paroxismos eran cada vez más intensos y de mayor duración, él creyó que el caso era de una angina de pecho falsa, de origen reflejo y por consiguiente de pronóstico poco grave.

En consonancia con estas ideas, se le dispuso un régimen alimenticio adecuado así como un plan de vida en armonía con cuanto del enfermo se venía pensando.

Apesar del pronóstico de benignidad relativa de la afección, este sujeto, una noche, sufrió un nuevo acceso: esta vez acompañado de síncope, falleciendo á poco de comenzar aquél.

Termina su relato el Sr. Ledo, haciendo ver que, apesar de tratarse de una angina de pecho realmente reflejo, sin lesión arterial, ó al menos sin lesión ostensible de las arterias, la angina de pecho denominada falsa, puede matar.

**Sr. Esparza.**—Felicitó al Sr. Ledo por la exposición brillantísima del caso expuesto, y entiende que la angina de pecho de origen gástrico, acarrea una gran precipitación de los latidos cardiacos, con aceleración del pulso, todo lo cual según parece, no se encontró aquí.

Entiende además que siendo falsa la angina no puede matar, pues precisamente en esto se diferencia de la verdadera.

**Sr. Ledo.**—Precisamente por este mismo motivo presento el caso, por existir la creencia errónea en su concepto, de que sólo la angina de pecho verdadera es la que mata. Por lo que se ha visto durante el curso de la historia, ha matado al enfermo esta angina de pecho falsa.

El Secretario General,  
C. MENDAZA.

*Sesión celebrada el día 19 de Mayo de 1911*

PRESIDE EL SR. SARALEGUI

El Sr. Presidente da cuenta de una solicitud del pintor señor García y Asarta, proponiendo la adquisición de un retrato de D. Carmelo Gil y Gorroño, y se acuerda se de traslado á la Comisión del homenaje al Sr. Gil, para que proponga lo que estime más oportuno.

**Sr. Ledo.**—Relata un caso de «Bocio exoftálmico». Trátase de una señora de 60 años de edad, sin antecedentes patológicos, más que algún transtorno digestivo, caracteriza lo más que nada por ataques de cólico hepático y alguna que otra manifestación reumática.

Desde hace diez ó doce años sufre ataques de taquicardia.

En vista de sus antecedentes reumáticos y demás, se ha pensado pudiera tratarse de una individua artrítica, pero como además, como juntamente los ataques de taquicardia solían acompañarse de ahogos y ansiedad, llegó á creerse pudiera haber algo en la mitral, cuyo diagnóstico fué corroborado por un catedrático de la Central.

Con estos detalles y creyendo hallarse indicada, fueron prescribiéndose los distintos puestos salicilados, el ioduro potásico y los tónicos cardiacos, que no produjeron el menor resultado.



Una serie de disgustos ocasionaron á esta señora una agravación de su dolencia, llegando entonces á manos del Sr. Ledo.

Vista por este señor pudo comprobar la existencia indudable de la taquicardia, pero sin ruido anormal en ningún foco, ni trastorno alguno en el aparato respiratorio.

Le llamó desde luego poderosamente la atención la existencia de un estremecimiento clarísimo en ambas manos así como la indudable hipertrofia del lóbulo izquierdo del cuerpo tiroides por cuyas razones pensó hallarse en presencia de un caso de «Bocio exoftálmico».

Hace algunas consideraciones respecto de esta enfermedad, á menudo fácil de diagnosticar cuando existe exoftalmia, pero de diagnóstico difícil algunas veces, como ocurrió en este caso.

Fué tratada esta enferma mediante la electricidad estática y los ipnóticos, pero el éxito mayor lo obtuvo con el *rodaje*, ó sea el empleo de la leche de animales terotanzados.

Cita de pasada otro caso parecido, pero que se trataba de linfadema.

El pronóstico en el caso presentado es severo, pues á pesar que la enferma va mejorando mucho, es una individua de edad avanzada y á la cual no se la ha hecho nada positivo hasta ahora.

### Caso de «falsa angina de pecho»

**Sr. Alberea.**—Dice que él tenía el concepto claro y preciso de que las anginas falsas de pecho no eran mortales, concepto que continúa teniendo, por lo cual cree, después de estudiar con detalles el caso presentado por el Sr. Ledo, que se trata de un caso claro de angina de pecho verdadera.

No conoce del caso más que lo aquí relatado, no obstante lo cual, entiende que se trataba de un sujeto arterio-escleroso, terreno como se sabe abonadísimo para hacer explosión la angina verdadera.

Describe á grandes rasgos la arterio-escleriosis y manifiesta que las arterias coronarias suelen ser de las primeras que se afectan por la enfermedad, razón por la cual es muy difícil diagnosticar esta invasión de las coronarias, pues no suele haber síntomas.

Asegura asimismo, que no es posible durante el ataque, diagnosticar si se trata ó no de una angina de pecho verdadera ó falsa, siendo únicamente diagnosticable la afección, por los antecedentes ó por su terminación.

**Sr. Esparza.**—Se halla conforme con el señor Alberca, y por lo mismo opina que se trataba de una angina de pecho verdadera y no una neurosis refleja.

**Sr. Unibaso.**—Felicitó al señor Ledo por la brillante exposición del caso y por su altruismo que le ha movido á presentar este caso, en el cual concurrían circunstancias tan especiales.

Manifiesta que la división de las anginas de pecho en verdaderas ó falsas es impropia por no hallarse ajustada á la realidad.

Accepta todos los síntomas expuestos por el Dr. Ledo pero dice que en este caso no ha sido concreto en la exposición de detalles, quizá porque el enfermo era de la mayor intimidad del Dr. Ledo, por lo cual cree haya podido ser muy difícil formar su cuadro clínico exacto.

Insiste en sus anteriores manifestaciones acerca de las anginas verdaderas ó falsas y dice que la opinión más corriente hoy, y con estadísticas que cita, es la de que las anginas verdaderas, son debidas ó se acompañan la mayoría de las veces de lesiones arteriales.

Asegura que el sugeto cuya historia se debate era neuro-artrítico, de una manera evidente, según la opinión de todos los que lo han visto. Conforme va pasando el tiempo nota el enfermo que se van acentuando los fenómenos de dispnea, dolor, y demás trastornos, hasta el punto de que hay momentos en los que los ataques que sufre hacen temer por su vida.

Mas á pesar de que el enfermo era positivamente artrítico, no se ha puesto ó por lo menos, no se ha mencionado aquí tratamiento alguno, como no sea el de algún síntoma intercurrente, todo lo cual lo halla deficiente, pero á haber sabido cual era el tratamiento seguido, sabríamos también qué modificaciones hubiera impreso á la marcha de la afección, pues sabida es la importancia que esta dolencia tiene el régimen dietético, el higiénico y el farmacológico.

Hace una relación muy detallada de la arterio-esclerosis y de sus tres clases ó períodos.—(Continúa en la sesión próxima.)

El Secretario General,

C. MENDEZA.

## Revista de Revistas.—Bibliografía

### 1) Dr. Le Gendre.—La acción y empleo de los purgantes. (Tablettes Medicales).

Aunque parezca una vulgaridad médica el ocuparse de este grupo de medicamentos del cual parece que se ha dicho la última palabra, consideramos necesario puntualizar su acción y empleo dentro del ambiente científico moderno.

Sabido es que las deposiciones provocadas por los purgantes llevan no solamente humores diversos y residuos alimenticios, sino también sustancias tóxicas procedentes de las fermentaciones intestinales, microbios y gran número de tejidos introducidos por las vías gástrica y sanguínea que llegan al tubo digestivo por las secreciones biliares y demás glándulas.

El intestino se halla animado de movimientos peristálticos y anti-peristálticos originados por el contacto de las heces fecales de un lado, y de otro por irritación de los plexos nerviosos de Auerbach y de Mesnier y los gánglios del gran simpático. Las contracciones pueden ser exageradas excitando el nervio vago y disminuidas haciendo lo propio sobre los nervios esplánicos.

Los centros nerviosos cerebrales tienen una gran influencia sobre los movimientos intestinales, puesto que ciertas emociones como el cólera, el miedo, etc., pueden causar la diarrea. El peristaltismo puede también ser provocado por excitantes químicos, tales como el ácido carbónico que causa una diarrea profusa en las asficias y en la agonia. La cafeína muscarina, nicotina y otros agentes hacen contraer el intestino.

Ciertos residuos vegetales como la celulosa, pan de salvado, espinacas, etc., obran mecánicamente determinando deposiciones abundantes.

Diversas hipótesis se han formulado sobre la acción de los purgantes. La más antigua es la de la *osmósis*: pero en el día se halla abandonada por cuanto se ha observado que el azúcar de caña cuyo poder osmótico es elevado, jamás produce diarrea.

La hipótesis de la irritación catarral con vaso-dilatación interna y diapedesis leucocitaria parece tener un terreno firme.

Admitese en la práctica tres clases de purgantes: mecánicos, laxantes, catárticos y drásticos. Cuéntanse entre los primeros el agua, aceite de oliva, mostaza blanca, granos de lino y simientes de zaragatona;

figuras en el segundo grupo la glicerina, miel, maná, tamarindos, aceite de ricino, sulfatos de sosa y magnesia, tartratos y sulfovinatos de sosa, magnesia calcinada, azufre y aguas minerales purgantes: son catárticos los más irritantes que los anteriores y provocan secreciones intestinales y peristaltismo graduados como el áloes, ruibardo, cáscara sagrada y folículos de sén.

En todos estos agentes se encuentra un glucósido y una substancia común, la emoidina derivada del antraceno á la cual se deben las propiedades purgantes.

Los drásticos como la escamonea, jalapa, turbit mineral, colonquintida, etc., etc., son sumamente irritantes y rara vez se usan.

El doctor Brissemoret, partiendo de la antraquinona ha formado por síntesis una serie de purgantes nuevos, entre los cuales el más conocido es la fenoltaleína.

Los cuerpos mucilaginosos son también purgantes. La evovimina y los calomelanos suelen ser muy usados por sus acciones descongestionantes del hígado y desinfectantes del intestino.

También pueden los purgantes ayudados de una dieta severa, renovar la nutrición general, como lo ha probado el doctor Guelpa, de Paris en las diabetes.

Por el cantrario, el doctor Burlureaux y otros son enemigos de los purgantes. Cita entre otros casos para apoyar su manera de ver esa medicación, el que su persona ha estado quince y veinte días sin exonerar los intestinos durante una fiebre tifoidea, no sufriendo por ella ningún retraso ni alteración en la marcha de la enfermedad. Varios individuos de una familia que sufrieron una intoxicación alimenticia por haber comido un cabrito algo pasado, curaron más pronto los que no fueron purgados que los sometidos á evacuaciones ventrales. Rechaza, el empleo en la ictericia simple y en la saburra gástrica.

El doctor Delorme cuando ya á ejecutar una operación abdominal somete al paciente durante quince días antes, á un estreñimiento por medio de ópio.

En el estreñimiento agudo por obstáculo mecánico (estrangulación, hernia, vólvulos, bridas) el purgante no debe ser usado por absurdo y dañoso.

Todas las quejas que nos dan los estreñidos habituales, no están fundadas más que en las causas provocadoras de su estreñimiento. O comen muy poco ó son neurópatas intoxicados.

El doctor Burlureaux cita varios niños que bajo la influencia de una dosis de calomelanos fueron acometidos de fiebre intensa y acci-

dentes francamente infecciosos. Algunos viejos que tomaron un purgante intempestivamente, en un coma.

Napoleón I.<sup>o</sup>, no recordaba haber tomado purgante alguno; Burlureaux no encuentra justificada la indicación de los purgantes más que en los casos de cólico de plomo y disentería.

El doctor Gallois dice: «Purgantes y lavativas son causa de enteritis». Los supositorios irritan con su repetición. Burlureaux preconiza el ejercicio metódico, la dromoterapia, mecanoterapia, masaje suave, hidroterapia, la electricidad, las inyecciones subcutáneas del suero marino y los extractos de bilis y de hígado.

Bardet aconseja el empleo de las plantas del grupo de los líquenes y algas marinas.

Según el doctor Schmidt, el estreñimiento es la consecuencia de la absorción exagerada de la parte líquida de las materias fecales. A su juicio para combatirlo, es preciso aumentar su volumen hidratándolas.

Los trabajos de Carnot, Renon y Bardet, recomiendan el uso del agar-agar ó de la gelosa en los estreñimientos habituales.

Se ve, pues, salvo ciertas exageraciones de estos médicos, que al antiguo sistema de purgar á menudo ó hacerlo intensamente que dió tanto valor al doctor Leroy, ha sustituido un plan más racional fundado en la indicación causal y teniendo en cuenta la clase de paciente sobre el cual ha de actuarse.

En resumen: si se trata de un estreñimiento accidental ó de una intoxicación alimenticia por indigestión ó mala calidad de los alimentos, debe emplearse un purgante suficiente para desembarazar el tubo digestivo é indican según los casos, la dieta hídrica por un tiempo mínimo de 24 horas.

Por el contrario, si es habitual el estreñimiento, es necesario insistir en el régimen alimenticio apropiado y en los agentes físicos como el masaje, la hidroterapia, el agua fría tomada en ayunas, el agar-agar, los mucilagos y aun el dejar de tomar alimentos sólidos cada tres días.

Jamás en caso de obstrucción intestinal debe usarse purgante alguno, así como tampoco en el embarazo gástrico.

La fiebre tifoidea que en tiempos atrás era tratada por los purgantes suaves, actualmente no se purga á ningún enfermo, salvo que las evacuaciones sean notoriamente insuficientes. Están contraindicados en los casos de hemorragias intestinales y principio de peritonitis.

Tampoco se usarán en el cólera, diarreas coleriformes y después de traumatismos abdominales.

El sulfato de sosa y los calomelanos son útiles en la disenteria.

Nada de purgantes en la enteritis muco-membranosa y enterocolitis.

Los drásticos usados con prudencia, son útiles en el cólico saturnino.

Son útiles los purgantes en las congestiones del hígado ari-éxtasis del sistema venoso de la vena porta, producidas por excesos en el comer y beber, afecciones cardiacas: pero no deben usarse en las cirrosis.

Al final de las bronquitis de los niños y con el objeto de hacer renacer el apetito evacuando los esputos tragados, así como en las bronquitis de los viejos, debe usarse un purgante suave.

Son necesarios en las afecciones cardiacas, al comenzar los edemas, en las nefritis y enfermedades cerebrales.

Abstenerse de ellos, si son violentos, en las metritis, anexitis, embarazo y lactancia.

---

## Sección Profesional

**LEY DE SANIDAD.**—El Sr. Canalejas ha cumplido la palabra empeñada con los Médicos titulares de llevar á las Cortes un proyecto de ley de Sanidad: en la sesión celebrada el día 9 del corriente, el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, ha dado lectura á las bases que por su importancia publicamos hoy.

Entendemos, que la clase médica está de enhorabuena, pues aun cuando en las bases presentadas hay algunos lunares, especialmente en lo que hace referencia á los médicos titulares de pequeñas poblaciones que son en las que, generalmente, más domina el caciquismo, restringen algo esta influencia, concediendo la facultad de nombramiento á los Gobernadores.

La Administración sanitaria ha dado un gran paso con ellas, pues haciéndola depender exclusivamente del Estado, quien se encarga de satisfacer los sueldos á los Inspectores municipales, éstos no se verán precisados á transigir con el cacique ante el temor de perder su confianza, y con ella tal vez la titular y el pan de sus hijos.

Como muy acertadamente se dice en el preámbulo, al organizar los servicios sanitarios, se trata de mejorar las condiciones de morbosidad y mortalidad de España que nos hace estar á un nivel muy inferior á otras naciones, y por tanto, no debe considerarse como obra de partido sino de interés nacional, esperando que las oposiciones y muy especialmente los Médicos que tienen asiento en las Cámaras, prestarán su concurso para la aprobación, no tomando el proyecto como pretexto de campaña obstruccionista, como con tanta frecuencia ocurre.

Nosotros nos limitamos á felicitar á nuestros compañeros y expresar al Gobierno y muy especialmente á su digno Presidente el Excmo. Sr. D. José Canalejas; nuestro sincero reconocimiento y gratitud por no haber olvidado que por libérrima y espontánea voluntad el fué el primer Presidente de la Junta de Gobierno y Patronato de Médicos titulares.

\* \* \*

El Sr. Dávila ha renunciado el cargo de individuo de la Comisión del Senado que entiende en el proyecto relativo á servicios de sanidad, declarando que está conforme con la estructura del mismo y desea el concurso de personas técnicas.

Pidió que se abra una información oral y escrita. En vista de ello, la sección quinta ha nombrado para substituirle al Sr. Taboada.

\* \* \*

En la primera reunión, la Comisión nombrada para emitir informe ha designado presidente al Sr. Alonso Castrillo y secretario al Sr. Carraco, y ha tomado el siguiente acuerdo:

«La Comisión encargada de dar dictamen sobre el proyecto de ley de Bases para la formación de una ley de Sanidad civil, ha acordado abrir una información pública oral y escrita por espacio de veinte días, á contar desde el 22 del corriente, que tendrá lugar en la Sección primera, á las cuatro de la tarde, con objeto de oír á cuantos deseen hacer observaciones á dicho proyecto, rogando á los señores informantes que no empleen más de media hora en sus discursos, y que presenten por escrito sus conclusiones.»

También acordó la Comisión, en su deseo de tener á la vista cuanto interese á la reforma para dar sobre ella dictamen, solicitar del Ministro de la Gobernación que envíe al Senado cuantos antecedentes haya sobre el asunto en el Real Consejo de Sanidad.

---

**JOAQUÍN CARRIÓN.**—¡Pobre Joaquín! ¡Ya no le volveremos á ver!

Desapareció para siempre de nuestro lado el fiel amigo, el compañero leal, el hombre honrado que, por su inteligencia, actividad y nobleza de corazón supo captarse universales simpatías..

Ni los honores, ni las preminencias, ni la aureola de consideración y popularidad de que gozaba en su elevado cargo de Presidente de la Excm. Diputación de Guipúzcoa que ha sabido honrar con todos sus actos hasta los últimos y cristianos momentos de su vida, significa tanto (con ser tan halagador todo eso) como el hondo afecto, la sincera amistad y el fraternal cariño que le profesábamos cuantos le conocimos en la intimidad y con él convivimos compartiendo las alegrías y los sinsabores de la juventud y de la vida de estudiante.

Y que Joaquín Carrión era bueno y cariñoso para todos, lo demuestra bien claro el hondo pesar que su prematura muerte ha causado en el país vasco-gado, de cuyos más recónditos lugares han venido numerosas representaciones á sumarse á la grande é imponente manifestación de duelo realzada por el pueblo de San Sebastián al acompañar en masa sus restos mortales llevando á la cabeza á sus autoridades y corporaciones más prestigiosas de toda la provincia.

¡Triste coincidencia! El mismo día que fué enterrado cesaba también en la Presidencia de la Diputación.

No vamos á hacer en estos momentos en que el dolor nos embarga, la biografía del finado, pero sí hemos de trazar, siquiera sea á grandes rasgos, su silueta profesional, que es la que á nosotros nos interesa dar á conocer.

Terminada con brillantez su carrera en Madrid se trasladó al extranjero donde perfeccionó sus estudios quirúrgicos por los que siempre mostró predilección especial, siendo uno de los discípulos más queridos del malogrado eximio maestro de muchos don Alejandro San Martín, que quería entrañablemente á Joaquín Carrión, como á su hermano Pedro, hoy profesor auxiliar de San Carlos, lo mismo que á su hermano político Pepe Rovina y Tomás Maíz, Pepe Azcue y tantos otros que formaban la piña médica vasconavarra en aquellos tiempos de feliz memoria.

Al obtener el título de Doctor presentó un notable trabajo sobre "Sinfiotomía" que se imprimió después, algunos de cuyos ejemplares conservamos como grato recuerdo de nuestro malogrado compañero.

Alejado hace poco tiempo del visiteo diario por las ocupaciones y deberes que le imponían su cargo de Diputado, no dejó sin embargo de ver enfermos, desempeñando hasta su muerte el de Médico de la Compañía de los ferrocarriles del Norte y de varias Comunidades religiosas de esta ciudad que han perdido con él á un buen médico y á un buen consejero.

La Beneficencia pública sufre también en estos momentos la pérdida irreparable de un protector entusiasta y decidido.

Obras suyas que quedarán de imperecedero recuerdo, son la Casa-Cuna Central de expósitos en Fraisoro y la Asociación Guipuzcoana de Caridad cuyos pobres asilados bendecirán eternamente su memoria.

A nadie mejor que á él puede aplicársele el antiguo adagio "Transiit bene faciendo" (Pasó por el mundo haciendo el bien).

Descanse en paz nuestro llorado amigo, y sírvales de lenitivo á su atribulada viuda, madre y hermanos, la intensa participación que todos tomamos en la terrible pena que les aflige, rogando á Dios les conceda la necesaria resignación para poder soportarla.

