

GACETA MÉDICA DEL NOROCCIDENTE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXII

Bilbao - Marzo - 1916

Núm. 255

SUMARIO

Estadística de la clínica de niños. Año 1914, por don Teodoro Aparicio.

Estudio semiológico de los síndromes ictericos, por el Dr. Carlos Bonorino Udaondo (Conclusión).

Revista de Revistas.

Aforismos antiblenorrágicos, por el Dr. Velázquez de Castro.

Estadística de la Clínica de Niños Año de 1915

MEDICINA NIÑAS

	Curados.	Aliviados.	Sin alivio.	Muertos...	Totales.		
GENERALES INFECTIVAS:							
Difteria (4 con complicación bronco-pulmonar) . . .	16	»	»	6	22		
Escarlatina.	1	»	»	»	1		
Fiebre tifoidea.	5	»	»	»	5		
Heredo-sífilis	»	»	»	1	1		
LOCALES:							
Aparato digestivo y anejos	Catarró gástrico febril.	6	»	»	»	6	
	Enteritis { agudas	6	»	»	»	6	
		crónicas (1 tuberculosa)	1	»	»	3	4
	Apendicitis.	1	»	»	»	1	
	Tabes mesentésica.	1	»	»	»	1	
	Obstrucción intestinal.	»	»	»	1	1	
	Peritonitis tuberculosa.	»	3	»	»	3	
	Peritonitis supurada.	1	»	»	»	1	
	Aparato genito-urinario	Nefritis.	3	»	»	»	3
		Cistitis	3	»	»	»	3
Incontinencia nocturna.		»	1	»	»	1	

		Curados.	Aliviados.	Sin alivio.	Muertos.	Total.	
Aparato respiratorio	Laringitis aguda	3	»	»	»	3	
	Bronquitis {	Capilar	»	»	»	3	3
		Agudas	6	»	»	»	6
		Crónicas	»	1	»	»	1
	Pulmonías	5	»	»	»	5	
Bronco-pneumonía (1 doble).	6	»	»	2	8		
Pleuresia con derrame	1	»	»	»	1		
Aparato circulatorio	Insuficiencia mitral compensada	»	1	»	»	1	
	Hemiparexia, lado derecho	»	»	1	»	1	
Sistema nervioso	Corea	3	»	»	»	3	
	Parálisis infantil	1	»	»	»	1	
	Tabes dorsal espasmódica	»	1	»	»	1	
	Esclerosis cerebral	»	»	»	1	1	
	Meningitis tuberculosa	»	»	»	2	2	
Meningitis cerebro-espinal	1	»	»	»	1		
Aparato locomotor	Torticolis reumático	1	»	»	»	1	
<i>Totales.</i>		72	7	1	19	99	

Mortalidad por 100, 19.19.

CIRUGIA NIÑAS

VICIOS DE CONFORMACION:

Congénitos	Pies zambos barus equinus	2	»	»	»	2	
	Hernias {	Inguinales derechas	11	»	»	»	11
		Inguinales izquierdas	12	»	»	»	12
	Labio leposino simple	1	»	»	»	1	
Adquiridos	Genu valgum	9	»	»	»	9	
	Genu varus	14	»	»	»	14	
	Pie zambo paralítico	»	3	»	»	3	

LESIONES TRAUMÁTICAS:

Heridas y contusiones	Contusiones (1 con conmoción cerebral)	3	»	»	»	3
	Heridas contusas en la región parietal izquierda y conmoción cerebral y visceral	»	»	»	1	1
Fracturas	De cráneo simples	2	»	»	»	3
	De muslo	4	»	»	»	4
	De pierna	3	»	»	»	3
	De brazo	2	»	»	»	2
	Del antebrazo	1	»	»	»	1
De costillas	1	»	»	»	1	

		Curados...	Aliviados	Siñ. alivio...	Muertos...	Total...	
<i>Quemaduras</i>	De primer grado	1	»	»	»	1	
	De 1.º y 1.º grado.	2	»	»	»	2	
	De 1.º, 2.º y 3.º grado.	1	»	»	»	1	
LESIONES INFLAMATORIAS:							
<i>Enfermedades de la piel y tejido celular</i>	Lupus.	1	»	»	»	1	
	Ezema de la cara y cuero cabelludo	3	»	»	»	3	
	Ulceraciones gomosas de las piernas	2	»	»	»	2	
	Tiña fabosa.	1	»	»	»	1	
	Adenitis supurada de la axila.	1	»	»	»	1	
	Idem del cuello.	1	»	»	»	1	
	Sinovitis del tendón de Aquiles.	1	»	»	»	1	
	Flemones y abscesos	Del cuello.	3	»	»	»	3
		De la fosa iliaca.	2	»	»	»	2
		De la región lumbar.	1	»	»	»	1
		Abscs. subcut. múltiples.	3	»	»	1	4
		Del muslo.	1	»	»	»	1
		De la axila.	1	»	»	»	1
	<i>Osteitis</i>	Oto-mastoiditis (2 con parálisis del facial y meningitis)	2	»	»	2	4
		Osteo-mielitis del radio.	1	»	»	»	1
		Osteo-mielitis del antebrazo derecho	2	»	»	»	2
		Osteo-mielitis del fémur.	2	»	»	»	2
		Osteo-mielitis de la tibia.	1	»	»	»	1
		Osteitis tuberculosa del condilo externo del húmero derecho.	1	»	»	»	1
		Osteitis tuberculosa de las costillas.	1	»	»	»	1
Osteitis con secuestro del tercio inferior de la tibia izquierda.		1	»	»	»	1	
Osteitis con secuestro del pómulo izquierdo.		1	»	»	»	1	
Osteitis tuberculosa del dedo gordo de la mano derecha.		2	»	»	»	2	
Osteitis del maxilar inferior.		1	»	»	»	1	
Osteitis del dedo gordo de la mano izquierda.		1	»	»	»	1	
Osteitis del maxilar inferior.	2	»	»	»	2		
Espinas ventosas de los metatarsianos, ambos pies.	2	»	»	»	2		
Osteo-artritis de la rodilla.	2	»	»	»	a		
Coxalgias.	»	8	»	»	8		
Mal de Pott cervical.	»	1	»	»	1		
Id. id dorsal.	»	3	»	»	3		
Id. id. lumbar.	»	1	»	»	1		
Id. id. dorso-lumbar.	»	1	»	»	1		
<i>Totales.</i>	112	17	»	5	34		

Mortalidad por 100, 3,7

		Curados...	Aliviados..	Sin alivio..	Muertos....	Totales..
MEDICINA NIÑOS						
GENERALES INFECTIVAS:						
	Difteria (4 con bronco pulmonía y 1 con septicemia)	32	»	»	8	40
	Fiebre tifoidea.	10	»	»	»	10
	Purpura.	1	»	»	»	1
LOCALES:						
<i>Aparato digestivo y anejos</i>	{ Noma de la boca	»	»	»	1	1
	{ Estomatitis aftosa.	1	»	»	»	1
	{ Peritonitis aguda ¿apendicular?	»	»	»	1	1
	{ Apendicitis.	1	»	»	»	1
	{ Peritonitis tuberculosa	»	5	»	»	5
	{ Catarro gástrico febril	9	»	»	»	9
<i>Aparato respiratorio</i>	{ Enteritis { crónicas	»	»	»	2	2
	{ Enteritis { agudas.	4	»	»	»	4
	{ Cirrosis del hígado con esplenomegalia.	»	1	»	»	1
	{ Cirrosis del hígado con ascitis.	»	1	»	»	1
	{ Laringitis.	3	»	»	»	3
	{ Bronquitis	6	»	»	»	6
	{ Bronco-pneumonía doble	2	»	»	»	2
	{ Pneumonía (5 de vértice del lado derecho)	13	»	»	»	13
	{ Pleuresia sero-fibrosa.	2	»	»	»	2
	{ Pleuresia purulenta	5	»	»	»	5
<i>Aparato circulatorio</i>	{ Insuficiencia mitral compensada	1	»	»	»	1
	{ Anemia	1	»	»	»	1
	{ Seudo leucemia.	»	»	»	1	1
<i>Aparato locomotor</i>	{ Palpitaciones del corazón	1	»	»	»	1
	{ Raquitismo.	»	1	»	»	1
	{ Reumatismo (1 polí-articular agudo)	4	»	»	»	4
<i>Sistema nervioso</i>	{ Meningitis á meningococos	1	»	»	»	1
	{ Meningitis tuberculosa	»	»	1	3	4
	{ Tumores cerebrales	»	»	1	»	1
<i>Aparato urinario: Nefritis crónica</i>		»	4	»	»	4
		»	1	»	»	1
<i>Totales.</i>		97	13	2	16	117

Mortalidad por 100, 12,5

CIRUGIA NIÑOS

VICIOS DE CONFORMACIÓN:

	Operados...	Atendidos...	Sin alito...	Heridos...	Totales.	
Congénitos.	Cicatriz viciosa por quemadura de los dedos.	2	»	»	2	
	Espina bifida.	»	»	3	3	
	Fimosis	1	»	»	1	
	Quiste multilocular de la parte derecha del torax.	1	»	»	1	
	Torticolis.	1	»	»	1	
	Pie zambo doble, tercer grado.	1	»	»	1	
	Nevi-materni auricular	1	»	»	1	
	Hernias {	extranguladas (1 izquierda)	3	»	»	3
		del lado derecho (1 del ciego)	41	»	»	41
		del lado izquierdo.	11	»	»	11
Adquiridos.	Hernias {	3	»	»	3	
	dobles	1	»	»	1	
	Hernias umbilicales	1	»	»	1	
	Deformación de la boca por noma.	1	»	»	1	
	Genu valgum doble	3	»	»	3	
Genu varus doble.	7	»	»	7		

LESIONES TRAUMÁTICAS:

Heridas y contusiones	Contusión lumbar izquierda con hematuria.	1	»	»	1	
	Contusión con derrame de la rodilla derecha.	1	»	»	1	
	Contusión abdominal.	»	»	1	1	
	Distensión ligamentosa del pie.	1	»	»	1	
	Herida contusa en la región parietal derecha	1	»	»	1	
	Herida por arma de fuego.	3	»	»	3	
	de los dedos 1.º, 2.º y 3.º del pie izquierdo.	1	»	»	1	
	de las yemas de los dedos 1.º, 2.º y 3.º derechos.	3	»	»	3	
	Heridas con abulsión	del muslo y pierna con Schok traumático.	»	»	1	1
		del 1.º, 2.º y 3.º dedos del pie derecho, 3.ªs falanges	1	»	»	1
de dedos de la mano derecha y dedo índice 1.ª y 2.ª falange.		1	»	»	1	
Quemaduras {	del dedo gordo y aplastamiento de la mano derecha	1	»	»	1	
	Quemaduras de primero, segundo y tercer grado muy extenso	2	»	»	2	
	con hundimiento.	1	»	»	1	
Fracturas: Del cráneo {	con salida de masa encefálica.	»	»	»	1	
	con hundimiento occipital.	1	»	»	1	

		Craneos...	Altimas...	Sin alito...	Muecos...	Totales	
	Del muslo (dos del tercio medio) . . .	8	»	»	»	8	
	De la pierna	2	»	»	»	2	
<i>Fracturas</i> . . .	Del antebrazo derecho	2	»	»	»	2	
	Del codo izquierdo (1 con herida) . . .	5	»	»	»	5	
	De la tibia derecha	4	»	»	»	4	
	De la 5. ^a y 6. ^a costillas	1	»	»	»	1	
	Del fémur	3	»	»	»	3	
	De la tibia y peroné	2	»	»	»	2	
<i>Luxaciones:</i>	De la cadera derecha	1	»	»	»	1	
LESIONES INFLAMATORIAS:							
	Pentigo sífilítico	1	»	»	»	1	
	Ulceraciones múltiples	3	»	»	»	3	
	Eszema impetiginoso de la cara y cuello	3	»	»	»	3	
	Adenitis múltiples supuradas	4	»	»	»	4	
	Adenitis de la ingle	1	»	»	»	1	
	Psoriasis	1	»	»	»	1	
<i>Enfermedades de la piel y tejido celular</i>	Eritema nudoso	1	»	»	»	1	
	Erisipela	1	»	»	»	1	
	Tiña fabosa	1	»	»	»	1	
	Abscess de la pared del vientre	1	»	»	»	1	
	Flemo- nes ...	gangrenoso del suelo de la boca del muslo	1	»	»	»	1
		del maxilar inferior	2	»	»	»	2
		perinefrítico	»	»	»	»	1
		subcutáneo de la pierna	1	»	»	»	1
		difuso cuello y cara	1	»	»	»	1
	<i>Comunes</i>	Del frontal derecho	1	»	»	»	1
De la tibia derecha con gran secuestro . .		3	»	»	»	3	
De la tibia izquierda		1	»	»	»	1	
Del maxilar inferior		1	»	»	»	1	
De los dedos del pie y cabeza de la tibia del lado derecho, y metacarpianos de la mano del mismo lado		1	»	»	»	1	
<i>Ostitis Tuberculosas</i>	Múltiples, pierna y pie derecho con menin- gitis	»	»	»	»	1	
	De ambos calcáneos y pómulo derecho . .	1	»	»	»	1	
	De la 7. ^a , 8. ^a y 9. ^a costilla del lado izquierdo	1	»	»	»	1	
	De los metatarsianos del pie izquierdo . .	1	»	»	»	2	
	Del dedo medio de la mano derecha . . .	2	»	»	»	1	
	Del cúbito derecho con secuestro	1	»	»	»	1	
	Del dedo medio de la mano izquierda . . .	1	»	»	»	1	
	Del tercio inferior del radio derecho . . .	1	»	»	»	1	
	Del calcáneo derecho con secuestro . . .	1	»	»	»	1	
	Del calcáneo izquierdo	1	»	»	»	1	
De la tibia	1	»	»	»	1		
De la cabeza de la tibia	1	»	»	»	1		

		Curados...	Aliviados..	Sin alivio..	Muertos...	Totales..	
Osteitis	Tuberculosas	De la 1. ^a falange del dedo medio	1	»	»	»	1
		De la 3. ^a falange, dedo índice, mano derecha y metacarpiano del mismo lado	1	»	»	»	1
		Otitis media supurada con mastoiditis.	2	»	»	»	2
		Otitis media supurada con flebitis.	»	»	»	1	1
		Otitis media supurada antigua con parálisis del facial	»	1	»	»	1
		Otitis media con grandes pólipos	2	»	»	»	2
Osteoartritis	Mal de Pott	Artritis tibio-peroneo-tarsiana.	»	1	»	»	1
		Tumor blanco de la rodilla izquierda.	»	10	»	»	10
		Tumor blanco de la rodilla derecha.	»	4	»	»	4
		Coxalgias (1 con absceso).	»	12	»	»	12
		Cervical (1 con pleuresía).	»	2	»	1	3
		Dorsal y dorso lumbar.	»	1	1	»	2
		Cervical con absceso retro-faríngeo	1	»	»	»	1
		Lumbar con trayecto fistuloso	»	1	»	»	1
		Lumbar con absceso.	»	1	»	»	1
		Dorsal con absceso en el lado derecho.	»	1	»	»	1
Aparato genito-urinario		Dorsal supurado con fistula	»	»	1	»	1
		Dorsal con tuberculosis pulmonar	»	»	1	»	1
		Cálculos vexicales.	1	»	»	»	1
		Cistitis aguda.	2	»	»	»	2
		Rotura traumática de la uretra con infiltración universal.	1	»	»	»	1
<i>Totales.</i>			175	34	7	9	225

Mortalidad por 100, 4,⁰⁰

RESUMEN GENERAL

				Curados...	Aliviados..	Sin alivio..	Muertos..	TOTAL..
Asistidos en Medicina niñas.				72	7	1	19	99
Id. id. id. niños.				97	13	2	16	128
Id. id. Cirugía niñas				112	17	»	5	134
Id. id. id. niños.				175	34	7	9	225
<i>Sotales.</i>				456	71	10	49	586

Tanto por 100 de mortalidad sobre el Resumen general, 8,³⁶

OPERACIONES PRACTICADAS

Niñas	Niños
Trepanación craneal 1	Trepanación craneal 2
Trepanación mastoidea 1	Trepanación mastoidea 3
Straqueotomías 3	Traqueotomías 2
Tenotomías 4	Tenotomías 2
Resecciones. 2	Resecciones. 5
Intubaciones 9	Preutotomías 3
Secuestromías. 5	Intubaciones 12
Osteotomías lineales. 11	Secuestromías. 9
Osteoclasias manuales de las tibias. 8	Osteotomía lineal. 8
<i>Herniotomías</i> 20	Osteoclasias manuales de las tibias. 12
Amputaciones. 3	<i>Herniotomías</i> 58
Apendicectomía. 1	Tallas hipogástricas 1
Laparotomía. 1	Circuncisiones. 1
<i>Totales</i> 69	Desbridamientos 9
	Raspados múltiples. 6
	Amputaciones. 5
	Extirpaciones tumorales. 3
	Apendicectomías 1
	<i>Totales</i> 143

Punciones exploradoras é inyecciones (Tratamiento de Calot en los tumores blancos), NUMEROSOS.—*Punciones lumbares*, VARIAS.

La estadística anterior correspondiente al año de 1914, terminaba con ligeras indicaciones generales, respecto á los diversos grupos quirúrgicos que comprendía, y tenía que ser así de no querer hacerla interminable, pues tal resultaría tratando en extenso de los vicios de conformación, la traumatología, los tumores blancos, etc., etc.

De aquella manera, no tenía más interés que el de una ligera enumeración, por este motivo me proponga en la presente, buscando alguna más utilidades para el lector, concretar el trabajo á un grupo solo, ya que la abundancia de material recogido durante los muchos años que desempeño mi cargo de médico de Sala de Hospital, me hacen pensar que no será del todo vano ó inútil charlar de estos hechos y de las consecuencias clínicas que de ellos se deduzcan. No es otra mi pretensión ni aspiro á más que á poder hacer algo útil la lectura de mis estadísticas hospitalarias si hay alguno que las lea.

Para el presente año, el punto elegido es, tratamiento de las hernias inguinales extranguladas y cura radical de las mismas en medicina infantil.

No hace muchos años que entró en el dominio corriente de la cirugía española la operación de cura radical de las hernias.

Aunque no cedían en pericia nuestros cirujanos á los extranjeros, el pueblo no se prestaba á la práctica de operaciones que no creían necesarias, y que juzgaba peligrosas, pero la Ley de Accidentes del trabajo, dando lugar á numerosos pleitos entre obreros y patronos, obligó á estos á no admitir ningún obrero en sus fábricas, que no fuera antes reconocido, y en el caso de padecer de hernia inguinal, hacerse operar si no estaba operado.

Como dentro del terreno científico y de la práctica corriente la cura radical de las hernias pudiera considerarse como resuelta, (como lo acreditaba el buen número de cosos operados en los muchos individuos, obreros y no obreros, que habían demandado tal intervención), al presentarse en la clase trabajadora el conflicto entre no encontrar trabajo ó dejarse operar, hubo de optarse por este último medio, que aunque tuviera algún peligro de muerte, lo tenía menos que la falta de trabajo.

Las primeras operaciones fueron como no podía menos de suceder seguidas de éxito, sirviendo esto para adquirir una confianza en las prácticas operatorias tan grande, como antes era la desconfianza; á tal extremo, que hoy se someten voluntariamente á esta operación chicos y grandes sin que se tenga temor de género alguno.

Por lo que se refiere á la cirugía infantil, tan de lleno ha entrado ya en la práctica corriente, que el número de curas radicales de las hernias es mayor que el resto de las operaciones de cirugía general infantil.

Mi estadística personal en estos últimos años, pasa de cuatrocientas operaciones de cura radical, y como entre este número ha habido de toda clase de casos, he llegado á formar una opinión sobre el asunto que no es nueva, pero que es nacida y se ajusta á la realidad observada. Comprende desde la edad de tres meses hasta la de catorce años, aun cuando como veremos luego, no es indiferente la edad para la indicación ó contraindicación de la cura radical.

Todos sabéis los detalles anatómicos que como preliminar obligado se exige al tratar de la patología de las hernias, por esa razón seré muy breve y no consignaré más que aquello que constituye, á mi juicio, la causa anatómica del proceso de que vamos á ocuparnos.

En el curso de la vida intrauterina, y hacia el cuarto mes, se inicia el descenso de los testículos situados á los lados de la co-

lumna vertebral y á nivel de la tercera vértebra lumbar, cerca del nacimiento de la arteria espermática. En su descenso van fraguando un canal seroso que desaparece poco antes del nacimiento, no quedando de él mas que una pequeña bolsa que con el nombre de túnica vaginal envuelve el testículo, siendo el testículo izquierdo el que primero desciende á la bolsa escrotal; éste descenso aprovecha para realizarse la disposición anatómica de la cura interna de la pared abdominal que como es de dominio general presenta las tres fosas, que forman la arteria epigástrica, la arteria umbilical y el uraco.

La primera ó externa se encuentra hacia afuera de la arteria epigástrica y por ella, que constituye el orificio interno del conducto inguinal, pasa el testículo, el conducto deferente y los vasos.

La segunda, más interna, se encuentra entre la arteria epigástrica y las arterias umbilicales y obturadas.

Y la tercera ó interna, propiamente dicha, entre estas arterias y el uraco.

Esta disposición anatómica da lugar á la clasificación de las hernias inguinales, esto es, hernia oblicua externa, si la salida de las vísceras abdominales salen por la fosa externa á la arteria epigástrica; hernias directas ó medias si la salida se efectúa por la fosa media, y hernias interans cuando lo hicieren por la fosita interna ó supra pubiana. Pero como esta última clase de hernias es rarísima (yo no he visto ninguna), las hernias inguinales de que comunmente se trata son las llamadas inguinales externas é inguinales medias, y más bien internas, según que se encuentren hacia afuera ó hacia adentro de la arteria epigástrica.

Además de esta disposición anatómica, hay que tener en cuenta la del conducto inguinal. Este conducto que da paso al testículo y sus vasos, da también paso á las vísceras herniadas.

La descripción de este conducto y sus dos anillos, ha dado lugar á muchas descripciones é interpretaciones diversas, contribuyendo esto más á confundir que aclarar el hecho clínico. Para nuestro objeto basta recordar que sus dos orificios, externo é interno, están formados, el primero, por fibras arciformes de la aponeurosis del oblicuo mayor teniendo una forma elíptica y atándose al púbis los pilares del arco que forman; y el interno, de forma de hendidura con su parte interna, ó borde interno limpio y saliente.

Esta forma se debe á la depresión que hacia abajo y adentro deja el paso á la arteria espermática y el conducto deferente, estando limitado su contorno por la fascia transversalis, que en el momento del descenso del testículo, fué empujada á la manera de

dedo de guante; su revestimiento profundo está constituido por el peritoneo.

La dirección del conducto es oblicua hacia abajo y hacia adentro y de delante á atrás; su longitud varía mucho con la edad, alcanzando en el adulto aproximadamente unos tres centímetros. El conducto puede semejarse á un canal fibroso formado por el oblicuo mayor y la fascia transversalis estando contenidos entre ellos los músculos oblicuo menor y transverso, y una capa celulosa que separa estos músculos del cordón espermático. En resumen, podemos decir que el canal está constituido por una pared anterior, que es la aponeurosis del oblicuo mayor, y otra posterior que es la fascia transversalis, constituyendo en realidad un trayecto elíptico á expensas de la separación de dos hojas aponeuróticas. Como particularidad del orificio interno, se cita por algunos autores la existencia de una válvula dirigida hacia abajo y hacia adentro, y cuyo papel sería el obturar dicho orificio en los esfuerzos de la prensa abdominal.

Teóricamente suelen diagnosticarse las hernias oblicua externa y oblicua interna como antes hemos dicho, según que el saco herniario se encuentre hacia afuera ó hacia adentro de la arteria epigástrica. Prácticamente, esto es imposible antes de operar, y muy difícil después de operar, puesto que los síntomas de mayor ó menor oblicuidad del tumor herniario con relación á la línea media del abdomen cambia en tales grados que es un detalle difícil de precisar. En el momento operatorio pocas veces se ve, porque no es necesario, la arteria epigástrica y preceptivo es que se evite al desbridar el anillo interno, el herirla.

Lo único que se encuentra y debe encontrarse siempre, y debe seguirnos de guía es la disposición del conducto deferente y vasos espermáticos que en la hernia inguinal externa deben encontrarse hacia abajo y adentro en relación con el saco herniario y en las hernias internas hacia arriba y hacia afuera del mismo.

Más importante que esto es sin duda alguna la causa de las hernias, su contenido y el estado de este contenido.

La causa de las hernias á que más comunmente nos referimos son, unas congénitas y otras accidentales ó adquiridas, llevando aquéllas el nombre de hernias congénitas y éstas el de hernias adquiridas ó de esfuerzo.

Sobre este asunto, así como sobre todo lo que tiene relación con las hernias, se ha discutido mucho y extremado las conclusiones, queriendo unos que todas las hernias sean congénitas, y al contrario otros considerándolas como adquiridas. Por lo que á la

Cirugía infantil se refiere, y por lo que á mi práctica respecta, estoy autorizado á considerar casi todas las hernias inguinales infantiles como congénitas.

En la historia de casi todos los casos, el principio se remonta á la época del nacimiento ó á de muy poco tiempo después. Muchos casos corresponden á niños de pocos meses en los cuales las hernias son muy voluminosas, y en los niños mayores siempre se consigna que el fracaso de los bragueros aplicados desde muy pequeños, es la causa de su ingreso para ser operados. Adelantemos que la mayoría de las hernias son del lado derecho, que las del lado izquierdo solas se presentan muy pocas veces, siendo mayor el número de las hernias inguinales izquierdas que se acompañan de las del lado derecho, constituyendo las hernias dobles.

Háblase comunmente de la predisposición hereditaria como causa predisponente; es este un punto que yo no puedo tratar porque en la mayoría de los niños por mí operados ha sido imposible averiguar si los padres, de los cuales parece depender siempre esa predisposición, padecieron ó no la hernia. La causa más comunmente en juego es la persistencia del conducto peritóneo vaginal, pero no debe ser sólo esto puesto que hay muchos individuos en los cuales persiste dicho conducto y sin embargo dícese que no han sido herniosos: existe, pues, otra causa provocadora que aprovechan esta disposición anatómica para determinar la hernia.

Es de toda lógica que para que una víscera cualquiera, abdominal, se hernie exista una disposición ó alteración más bien de integridad anatómica de los anillos por los cuales ordinariamente se producen las hernias, rompiéndose la relación entre el esfuerzo y la resistencia que constituye el equilibrio: de esta falta de armonía resulta la hernia por debilidad como acontece en las enfermedades consuntivas ó debilitantes, raquitismo, etc., y las de esfuerzo que se producen cuando conservándose la tonicidad fisiológica de las paredes del vientre aumenta sin embargo el esfuerzo de la prensa abdominal como en la tos ferina, en las bronquitis con quintas frecuentes de tos, en los padecimientos intestinales seguidos de tenesmo, en el fimosis, etc., etc.

Las variedades de hernias más frecuentes son: la hernia peritoneal, cuyo saco se forma entre la fascia transversalis y el peritoneo; segunda, la llamada intersticial, que se forma en el trayecto del conducto inguinal, despegando los músculos que forman las paredes del conducto sin que llegue á franquear el anillo externo; esta hernia se acompaña muchas veces de anomalía en el descenso del testículo; tercera, cuando la hernia se forma atrave-

sando el conducto pero sin llegar á las bolsas, constituyendo el bu-bonocele; y por último la hernia escrotal, esto es cuando saco é intestino ocupan la cavidad de las bolsas. En este último caso puede ocurrir que la hernia esté en contacto del testículo, y entonces se llama testicular ó completa, ó que existan independiente el saco herniario del saco vaginal ó testicular. Cuando el saco empuja á la vaginal hasta el extremo de parecer que se enquistó ó se invagina en ésta, entonces toma la hernia el nombre de enquistada de la túnica vaginal.

Respecto á las niñas, pueden ocurrir las mismas variedades, menos, como es lógico, la testicular y la enquistada, siendo la más común la oblicua externa con descenso del saco hasta el gran labio del lado correspondiente, ocurriendo en el conducto de Nunk las mismas etapas que en el conducto peritoneo vaginal del niño.

El contenido de la hernia es ordinariamente el intestino; sin embargo se han encontrado á veces otras vísceras. Generalmente son el intestino delgado, el grueso y el espilón, son las partes contenidas en el saco herniario. En las niñas, aunque muy rara vez, suele encontrarse el ovario.

Síntomas.—El diagnóstico de la hernia se hace casi siempre por los parientes del niño: tan claros son los síntomas cardinales de las hernias. Es el principal el aumento de volumen del escroto, aumento que se percibe claramente cuando el niño llora. tose ó anda, reduciéndose dicho volumen cuando el niño está echado y tranquilo.

Al tacto da una sensación de blandura «sui generis» y á la presión da la sensación clara de movimiento de aire que escapa de entre las manos al mismo tiempo que el tumor se introduce en el vientre.

Ordinariamente este tumor no es doloroso pero en múltiples ocasiones provoca malestar, algún dolor y trastornos gastro-intestinales, y á veces vómitos y estreñimiento.

Este tumor de que venimos hablando varía en tamaño, entre límites bastante grandes; desde un huevo de una paloma, hasta un puño, y más. Cuando llega á tener estas dimensiones, y sobre todo si la hernia es doble, deja el pene hundido casi imperceptible.

No siempre las cosas son tan claras, á veces nos encontramos con una tumoración blanda reductible con todas las apariencias de una hernia y sin embargo puede ser un absceso por congestión, que se caracteriza por la falta de sensación, de contenido aéreo, y por tanto falta de ruido característico á la reducción y más que nada por el aspecto especial del niño, el cual, minuciosamente re-

conocido, nos presentará indicios de alguna lesión vertebral (Mal de Pott).

Otras veces nos encontramos con una tumoración más ó menos alargada reductible ó irreductible, que da al tacto una sensación de tensión fluctuante que no se reduce en general, que forma cuerpo con el cordón á más ó menos distancia del testículo, transparente á la visión, y que si llega á reducirse (caso poco frecuente) lo hace sin el gorgoteo característico. Además el orificio externo del conducto inguinal ancho y permeable al dedo en la hernia inguinal verdadera, se conserva casi normal en estos casos.

Algunas veces la hernia se acompaña de síntomas que corresponden á la presencia del epiplon, distinguiéndose esto por la sensación especial pastosa que le es característica.

Pocas veces (yo no lo he encontrado nunca), el varicocele entra en juego. Todos estos síntomas existen cuando la hernia se mantiene con su contenido fuera de la cavidad del vientre. El diagnóstico entonces es en general fácil, lo difícil es diagnosticar cuando somos llamados y al reconocer el niño, la hernia está reducida espontáneamente.

Las familias tienen sospechas de que el niño padece de hernia; relatan que han observado su mayor abultamiento de las bolsas, que no es constante, y quieren saber si en efecto se trata de una hernia.

En estos casos debe ser minucioso el interrogatorio; se hace después andar al niño, ó se hace llevar, con lo cual casi siempre conseguimos nuestro propósito; pero en bastantes casos nada conseguimos; y aquí es cuando la dificultad es grande. En realidad no hay síntomas que autoricen el diagnóstico, pero si al explorar los testículos se encuentra que uno de los cordones es más grueso que el otro y los datos que aporta la familia nos merecen algún criterio, podemos afirmar que se trata de una hernia inguinal escrotal, encontrando, dicho se está, el anillo externo muy permeable al dedo.

Marcha y pronóstico.—Una hernia abandonada á sí misma constituye un achaque serio, crece constantemente y expone á las complicaciones de que hablaremos después.

En los niños pequeños no sabemos en realidad las molestias subjetivas que produce, porque la falta de expresión hablada y la frecuencia de sus quejidos y lloros, propios de la edad infantil, las oculta. No así en los niños mayores, los cuales nos dan cuenta de sus sensaciones, y acusan sus dolores, trastornos gástricos, cansancio, ineptitud para ciertos juegos, etc., etc. Cuando estos sín-

tomas llegan á constituir estados dispepticos á los cuales subsigue una gran debilidad, alteración del sueño, vómitos, enflaquecimiento subsiguiente, etc., constituye un verdadero proceso grave.

Las complicaciones de las hernias se traducen por la irreducibilidad. Esta puede ir acompañada ó no de extrangulación. En el primer caso la causa de la irreducibilidad son las adherencias que se establecen entre el saco y las vísceras herniadas, que en general suelen ser el colon ya ascendente ó descendente, la ese iliaca y el ciego.

A pesar de apreciarse el gorgoteo que se produce al reducir el intestino, y la disminución de volumen que subsigue, no queda el saco completamente vacío; se nota en él algo anormal, que en ocasiones de sensación de sonoridad y aún al tacto la sensación de cordón redondeado y liso que obliga á diagnosticar adherencias apendiculares.

Aunque raramente, se observa la inflamación herniaria acompañada de tumefacción, enrojecimiento, dolor, y ciertos accidentes, á veces que hacen pensar en la extrangulación.

Esta inflamación recae á veces en los quistes del cordón y simula perfectamente una extrangulación.

Conviene distinguir las inflamaciones herniarias con las tuberculosis del conducto peritóneo-vaginal, que á veces se considera como adherencias é inflamaciones epiplóicas.

Algunas hernias de la ese iliaca se llenan de materia fecal sin que haya extrangulación, que se distingue por la pastosidad y por la falta de obstrucción completa que hace lenta la marcha de lo que pudiera creerse extrangulación.

La extrangulación es frecuente sobre todo antes de los dos años, y se produce del mismo modo que en el adulto, cuando un anillo valvular rígido y estrecho, ya sea de la pared, ya del saco, se opone al reingreso en la cavidad abdominal de las vísceras que la abandonaron, á causa de un esfuerzo más ó menos grande.

Las lesiones intestinales corren parejas con las observadas en los adultos, menos intensas en los niños, pues en el anillo constructor no tiene las condiciones de dureza y resistencia que en el adulto.

La extrangulación se produce en general de un modo brusco, siendo entonces cuando la familia se apercibe de que el niño padecía una hernia. Los síntomas dolor, vómitos, extreñimiento, etc., son iguales á los del adulto, pero generalmente menos graves. Se compromete menos su estado general, y fácilmente y en muchas ocasiones la madre reduce la hernia, por cuyo motivo en muchas

familias se consideran estos episodios como poco importantes, siendo la causa de que cuando menos se piensa se convierta en casos de verdadera gravedad. Por esta razón á todo episodio de extrangulación debe dársele la importancia que merece, poniéndonos en camino de un ordenado tratamiento ortopédico ú operatorio.

Conviene por esta misma razón hacer un diagnóstico precoz, cosa en general bastante fácil, aunque no siempre, pues infiltraciones ganglionares, inflamaciones del cordón de Nunk, del testículo ó del cordón espermático, dan lugar á fenómenos peritoneales que pudieran simular una extrangulación, tanto más cuanto que la extrangulación se acompaña en muchas ocasiones de fenómenos inflamatorios, como enrojecimiento, aumento de volumen, dolor, etcétera.

Estos fenómenos peritoneales, capaces de llevarnos á verdaderas confusiones, son frecuentes en las orquitis de testículos ectopiados.

Conviene distinguir cuidadosamente las oclusiones intestinales y las apendicitis.

Tratamiento.—Aun todavía no hay completa uniformidad de criterio respecto al tratamiento que debe de seguirse en presencia de una hernia. Antes todos, ó casi todos los cirujanos, aconsejaban el tratamiento por medio de los bragueros, afirmando que un gran número de ellas, á la larga se curaban, y las que no, si estaban bien contenidas podían considerarse como curadas.

Hoy, la casi totalidad de los cirujanos, creen que todas las hernias deben ser operadas contraindicando la operación, estados de debilidad extrema, edad muy temprana de vida, padecimientos agudos y cardiacos, sobre todo (cianosis).

Yo creo que éste, como en muchos asuntos de terapéutica médica ó quirúrgica, no convienen los exclusivismos. Operar á todo trance me parece exagerado, pues no hay médico que no haya visto algunos casos de hernias congénitas curadas por los bragueros. No operar más que en casos de extrangulación ó en hernias muy voluminosas ó complicadas parece estar fuera de una sana práctica, pues muchos casos de hernias simples, á pesar de la colocación del braguero, se ve que no curan y que tienen tendencia á aumentar de volumen.

Yo sigo desde hace bastantes años la práctica siguiente.

Aconsejo el braguero en los dos primeros años, y aún más si la familia es pudiente y cuidadosa, pero si se trata de gentes pobres que no pueden comprar holgadamente, y menos cuidar al niño y al braguero que lleva, entonces aconsejo la operación, siempre que

el niño se encuentre en buen estado de salud. Son muchos los casos en los cuales el braguero convenientemente aplicado, y por un tiempo más bien largo (2 ó 3 años) da hernias curadas, pero es también cierto que casi todos mis trescientos casos de curas radicales de hernia hechas en estos últimos años, han llevado braguero más ó menos tiempo antes de ser operados.

Entiéndase que me refiero á las hernias simples, pues en las hernias del ciego y del apéndice fecal con adherencias, así como las hernias con quistes del cordón y en las acompañadas de ectoipia testicular, el braguero es inútil y aun perjudicial.

¿Qué conducta debe seguirse ante una hernia estrangulada? Cuestión es ésta en que también se ha exagerado, á mi entender, la nota intervencionista, y si se dice que hernia simple presentada debe ser curada radicalmente, con mayor motivo se establece la indicación de operación inmediata una vez estrangulada.

Hace muchos años, cuando yo empezaba mis trabajos de clínica quirúrgica infantil, operé un niño de mes y medio con una hernia inguinal estrangulada. El niño estaba pálido, sudoroso, con algún vómito, sin fiebre, de apariencia robusta, y no llevando de estrangulación arriba de diez ó doce horas. Operé: la operación no tuvo nada de particular y sin embargo el niño murió antes de las veinticuatro horas con fiebre alta. La autopsia na reveló nada ni de parte del saco, ni de parte del intestino, ni de parte del peritóneo. ¿Por qué se murió el niño? No lo sé ni lo he sabido nunca, pero desde entonces, en todo niño que se me presenta con una estrangulación reciente, en el cual no se ha hecho ninguna maniobra de taxis, procedo inmediatamente al baño templado, ó casi caliente, á la cloroformización y la taxis, ó por lo menos si no hay comodidad para más, á la cloroformización y á la taxis.

Siempre consigo la reducción, que mantengo por medio de una espica conveniente; si el niño es muy pequeño y los padres se empeñan el intentar la cura por medio de la protesis, no tengo inconveniente en acceder, pero si lo dejan á mi elección, al cabo de tres ó cuatro días, cuando el niño ha vuelto al estado normal, practico la cura radical.

¿Cómo debe hacerse la taxis? Al tratar de esto siempre me acuerdo de que la recomendación clásica en toda intervención manual debe ser suavidad, dulzura, esfuerzo suficiente pero no exagerado, duración escasa de algunos minutos. Estos términos, como se ve, no son nada precisos y la mayor parte de los no iniciados no alcanzan el éxito apetecido por parquedad en los medios. Hace falta esfuerzo y hace falta tiempo; hace falta saber que hay un

obstáculo que vencer, que la resistencia ó más bien que la tolerancia á las presiones de las partes herniadas, aunque es grande, tiene sus límites, y que toda empresa manual puede dejar de realizarse por obstáculo insuperable, la mayor parte de las veces desconocido. Esto es sabido; es decir, que hay un anillo que resiste y un intestino lleno de materia fecal que puede cómodamente salir de la presión en la cual aquél le encierra, debe emplearse la fuerza y el tiempo que un sano criterio aconseja, ni apretar hasta hacer estallar el intestino, ni tampoco maniobrar de manero que más parezca una caricia que un esfuerzo. Debe procurarse por presiones suaves, vaciar el contenido intestinal, persiguiendo reintroducir las partes más próximas del anillo extrangulado y si el esfuerzo no es verdaderamente brutal, se puede emplear cinco, diez y más minutos sin temor algun.

¿Qué época, más bien, qué edad es la más adecuada para la cura radical de la hernia? Desde los tres á los diez años, época en la cual el niño se somete con cierta inteligencia á las prescripciones de limpieza y quietud necesarias á un buen curso en la hernia operatoria, y en la que pasados casi los peligros de las enfermedades eruptivas, de las infecciones gastro-intestinales y del raquitismo, el tono orgánico es á propósito para la obtención de una cura radical completa, pues es sabido que las condiciones contrarias favorecen la reproducción.

Cuanto va dicho, entiéndase como ley general, pues en la práctica hospitalaria se encuentra uno forzado á operar desde los primeros meses de la vida; así, en mi estadística hay casos que han sido operados á los cinco meses, algunos con hernias dobles. La razón está en la demanda de la familia que no puede soportar los gastos ni cuidados que exige un braguero permanente.

En cuanto á la operación de la hernia extrangulada y de la cura radical, mi práctica médica en la aldea y en la villa, me enseñó que la conducta á seguir respecto á uno y otro punto cambia.

El médico de aldea (al cual se debe mirar siempre cuando se quiere establecer prácticas quirúrgicas radicales), debe tener idea de que la taxis á la que se verá forzado en muchas ocasiones, no está contraindicada ni es dañosa; antes al contrario, llevada á cabo como más arriba hemos dicho, le saca de verdaderos apuros en la práctica diaria de la aldea, llevando los beneficios de su arte adonde son necesarios; resuelve el problema grave de momento y deja para el operador, ó más bien para el Cirujano, la cura radical.

Pero si se se viera forzado á operar por el fracaso de la taxis, ó por la imposibilidad de enviar su enfermo á un Instituto quirúr-

gico, debe acometer la operación de hernia extrangulada con gran valentía, pues practicada dentro de las veinticuatro primeras horas es sencilla y no necesita gran instrumental quirúrgico.

Redúcese primero á la limpieza ó asepsia completa de la región; segundo, al desbridamiento, capa por capa sobre el tumor herniario en el sentido de su longitud ó eje mayor: una vez llenado al saco se incide y se vé el intestino (que se conoce al punto) vaciado el saco, y limpio el contenido, se hace la dilatación forzada del anillo constrictor, pasando una tijera roma y cerrada entre el intestino y el anillo extrangulado, empujando hacia arriba hasta sentir que ceden las partes sobre las cuales se ejerce el esfuerzo. Ya dilatado el anillo, se procede á la reducción del intestino por presiones suaves y procurando introducir primero las partes más próximas al anillo. Dicho se está, que antes de esta reducción, se debe examinar el estado del intestino en el punto de la compresión que ordinariamente está sano si se espera antes de las veinticuatro horas.

Una vez reducido el intestino, rellénese la cavidad del saco con gasa aséptica, mejor: iodofórmica, cuya gasa provocando una inflamación adhesiva, servirá á ocluir el saco y obtener una curación permanente, cuando sea extraída de la herida al tercero ó cuarto día de la operación, si ésta ha resultado aséptica.

No aconsejo la cura radical en éstos momentos y en tales condiciones por que en general no es cosa fácil la disección del saco para quien no tiene hábitos operatorios.

He dicho antes que no debe hacerse sinnónimo como habitualmente se hace los conceptos de cirujano y operador.

Desde que la antisepsia, la abundancia y perfección del instrumental, y los tratados de técnica operatoria inauguraron la presente Era quirúrgica, pocos son los médicos algún tanto decididos que no acometan una infinidad de operaciones que se consideran como de práctica corriente, y hay algunos, que aún no teniendo concepto claro de la indicación, siendo proceso operable manualmente, operan, y como siendo limpios ordinariamente los enfermos no suelen morir, resulta uno operador y cirujano aparentemente, en fondo, Dios solo sabe muchas veces si la intervención que no mató fué beneficiosa ó curativa.

Digo todo esto, teniendo presente lo que á mí me cuesta el intervenir, puesto que las indicaciones no son tan claras que siempre que extirpé, amputé, desbridé, etc., etc., he hecho un beneficio al enfermo ó éste hubiera podido curarse mejor y menos cruentamente. Tengo presente siempre lo que decía mi ilustre maestro doctor

Letamendi, esto es, que el ideal quirúrgico estaba en la supresión de las operaciones mutilantes.

Y no creo contrariamente á esto el furor operatorio de la presente época quirúrgica.

La cura radical de la hernia en la edad infantil difiere en sus métodos ó procedimientos de la del adulto, en el cual, como es sabido, los procedimientos son de Bassini, y L. Championiere, son los únicos que se aconsejan y se practican por casi todos los operadores. En la práctica infantil, lo riguroso ó necesario es la estirpación del saco, los demás detalles no son practicados de la misma manera por todos los cirujanos de niños.

La reconstrucción de la pared posterior del conducto inguinal que se persegue con el procedimiento de Bassini, ni la tensión exagerada á que se somete la aponeurosis del oblicuo mayor en el de Lucas Championiere son necesarios. Trátase como hemos dicho anteriormente, de la persistencia del conducto peritóneo-vaginal en los niños, ó del canal de Nunk en las niñas, y con la extirpación de este canal basta y sobra, pues la laxitud que estados caquécticos ó de desnutrición pudieron dar lugar á la flacidez de la pared abdominal dando lugar á la hernia por debilidad, se arreglan mejor con el tratamiento tónico general, que con complicados detalles operatorios.

Me parece oportuno consignar aquí que de la mayor parte de los litigios á que han dado lugar la presentación de hernias por esfuerzo en las industrias, obedece al olvido ó á la poca importancia que se dá á la predisposición hereditaria, á la congenitabilidad de las hernias y á la facilidad con que á una hernia congénita sucede otra en el lado opuesto, más por predisposición congénita que por obra del esfuerzo al trabajar. ¡Cuántas hernias congénitas se han hecho pasar por hernias de esfuerzo!

Sin duda alguna la creencia general de que en los niños la cura radical de las hernias se consigue fácilmente, está en que hay algunos cirujanos de niños que llevan la simplicidad operatoria á la extirpación del saco aún sin ligadura previa.

Los procedimientos más extendidos, ó más bien los que nosotros llevamos á la práctica con más frecuencia, son: el de resección simple del saco cuando el niño es pequeño y la hernia muy voluminosa. En estos casos la incisión de la piel se hace siguiendo una línea partiendo á nivel de la parte media del conducto inguinal, llega á la parte alta del escroto, incindiendo la piel, tejido celular, cremaster, túnica fibrosa común y saco herniario. Una vez dentro del saco y reconocido el contenido, si existe, se procede á

la reducción del intestino, á la resección del epiplon, si existe, y hecha su reducción procedemos al aislamiento del saco, de los elementos del cordón ligando aquel y trayéndolo por dentro del conducto inguinal, fijándolo con el catgut de la ligadura á la aponeurosis del oblicuo mayor (Barke). Otras veces se rompe la aponeurosis del oblicuo mayor á nivel del orificio interno del conducto inguinal y conduciendo una pinza de Kocher por dentro del conducto inguinal, se coge el saco, ya aislado, atrayéndolo y haciéndole salir por el ojal practicado en la aponeurosis del oblicuo mayor, á la cual se cose con catgut fino.

En los niños mayores y portadores de hernias no voluminosas la operación se lleva á cabo en la forma siguiente:

Incisión de la piel sobre el conducto inguinal, desbridamiento de la aponeurosis del oblicuo mayor, que se conoce por su brillo nacarado, abertura de ésta, en la cual se colocan dos pinzas de presión indicadoras, aislamiento del cordón y busca del saco, separando el cremaster con la sonda acanalada, incindiendo la túnica fibrosa común y después la serosa, y una vez hecho esto, aislarla con el dedo índice de la mano izquierda dentro de la cavidad de los elementos del cordón; ligadura del saco con catgut después de haberlo atraído cuanto sea posible para que la ligadura quede muy alta.

Hecho esto se sutura con catgut la aponeurosis del oblicuo mayor y sutura la piel sin dejar drenaje con crin de Florencia, con hilo de plata ó con los agrafes de Michel. Esta última sutura es muy cómoda, muy pronta y muy artística, pero tiene el grave inconveniente que mortifica la piel ulcerándola, y que la elevación de la sutura es muy molesta y dolorosa dando lugar á grandes protestas por parte de los niños.

Según las descripciones clásicas, todos los tiempos operatorios son sencillísimos; sin embargo, por lo que á mi respecta, y á pesar del número tan considerable de hernias operadas, encuentro dudoso el momento en que se llega á la aponeurosis del oblicuo mayor, muchas veces confundidas con las fascias superficiales; el encuentro del saco herniario dentro del cordón espermático, cuando las hernias son pequeñas, y de saco muy delgado; darse cuenta de que se ha penetrado en el saco herniario cuando en éste no hay serosidad peritoneal, y por último separar del saco los elementos del cordón, sobre todo el conducto deferente, cuando éste es delgadísimo y está como infiltrado en el interior del saco.

Sólo el hábito adquirido por la repetición del acto operatorio y el excesivo cuidado en el aislamiento en los elementos del cordón,

hará de la operación de cura radical, una intervención quirúrgica del todo beneficiosa para el niño.

La mejor manera de aislar el saco de los elementos del cordón, tanto en las hernias simples, como en las hernias testiculares, es el empezar la disección dentro del conducto inguinal, y aún así, en ocasiones bastante numerosas la disección del saco y extirpación tiene que ser parcial. La no extirpación para la obtención de la cura radical, ni provoca ulteriores estados patológicos.

¿La cura radical se obtiene? Cosa es que ha dado lugar á discusiones ó más bien á negaciones ó afirmaciones difíciles de probar.

No cabe duda que algunos casos se reproducen, pero la mayoría, sobre todo en los niños, la curación se obtiene. Yo no he podido seguir á mis enfermos hospitalarios, pero creo lógico afirmar que se han curado de sus hernias cuando no han vuelto segunda vez á ingresar en nuestro Asilo.

En resumen: la hernia inguinal en los niños es en general oblicua, externa y congénita; segundo, es más frecuente en el lado derecho que en el izquierdo; tercero, es curable aunque en pequeña proporción por la aplicación del braguero; cuarto, no debe de abandonarse la taxis en las hernias estranguladas sino en muy contadas excepciones; quinta, la cura radical se obtiene casi siempre; sexta, la operación no es difícil pero sí delicada; séptima, la mortalidad con arreglo á mi estadística, es nula.

TEODORO APARICIO.

ESTUDIO SEMIOLÓGICO DE LOS SINDROMES ICTÉRICOS

LECCIONES CLÍNICAS

POR EL DR. CARLOS BONORINO UDAONDO

Profesor Suplente de Semiología

(CONCLUSIÓN)

La *icteria* es siempre producida por la existencia anormal de pigmentos biliares en la sangre: por la *colemia*.

Fisiológicamente el suero sanguíneo presenta una coloración amarillenta, dada por la bilirubina. La concentración del pigmento es mínima en tales condiciones, y según dosajes de Gilbert y Herscher oscila entre 1 g. por 40.000 y 1 por 28.000, sea un valor

medio de 1 por 36,500. El grado de la colemia parece ser el mismo en ambos sexos y en las diversas edades.

He dicho que la hipercolemia necesariamente se acompañaba de icteria. Para la fácil comprensión de esta premisa, algunas nociones sobre las vías de excreción de la bilis se hacen necesarias.

La principal fuente de eliminación es la *via intestinal*; hemos ya dicho que la bilis llevada al intestino por sus conductos naturales era allí transformada por los gérmenes microbianos ó fermentos especiales en estercobilina y estercobilígeno y expulsadas con las heces.

La *via sanguínea* presenta poco interés en el adulto: ella arrastra la dosis suficiente de bilirubina para teñir el suero y es eliminada por la orina bajo forma de urobilina ó su cromógeno.

Un obstáculo cualquiera impidiendo el libre tránsito biliar hacia el intestino, será motivo de producción de una *icteria por retención, á heces macilosas*, fuerte colemia y coluria y ausencia de estercobilina en las deyecciones. Si la *via sanguínea* es la afectada, reproduce en general el cuadro de la llamada *icteria acolúrica*, cuyos distingos serían la colemia moderada, *urobilinurias* y heces coloreadas.

Modalidades clínicas de la icteria. Una clasificación racional englobando las diversas variedades de icteria se hace difícil, cuanto que dificultades presentan aún muchos puntos de la patogenia, que es siempre el substractum de una clasificación racional.

Gübler admitía los dos tipos clínicos que, con variantes en su interpretación, son aún aceptados: una *forma bilifeica*, por alteración biliar y una *hemafeica*, de origen hemático. Explica esta última como producida por una destrucción de los glóbulos rojos y puesta en libertad de hemoglobina, que no llegando á ser completamente transformada en el hígado, originaría un nuevo pigmento: la *hemafeina*; las orinas en estas formas son llamadas hemafeicas y caracterizadas por su coloración ambarino-rojizo y tiñen la ropa de salmón. La hemafeina nunca se ha conseguido aislar.

No me detengo en las diferentes teorías profesadas sobre estas icterias hematógenas por Leyden, Naunyn y otros, respecto á las diversas substancias capaces de producir la hematomolisis y como consecuencia la icteria, para llegar á los estudios de Hayem (1897) que acepta que los dos tipos de icterias responden á la integridad ó no de los elementos hepáticos: en el primer caso sólo existe retención de pigmentos normales y la icteria es *ortopigmentaria*; en el segundo, junto á tales elementos abunda la urobilina—que

representaría el pigmento del hígado alterado,—y la ictericia es dicha *metapigmentaria*.

Gilbert y Lereboullier estudian muy prolijamente la ictericia acolúrica, partiendo de su conocida descripción de las colemias familiares, y llegan á concluir que las formas colúricas y acolúricas no son sino diferentes etapas de un análogo proceso. El suero sanguíneo contendría de una manera constante pigmentos biliares, y su ausencia en las orinas en las acolurias, sería debida á una insuficiencia relativa del riñón. Aceptan estos autores un origen renal á la urobilina, por un proceso de reducción local, de manera que la urobilina de las ictericias patológicas no sería sino la exageración del proceso normal.

Esta teoría, por demás interesante, no permite englobar una serie de formas de ictericia que lógicamente debían entrar en el grupo, cual son ciertas formas debidas á las lesiones graves hepáticas, la de los recién nacidos, etc.

Castaigne y Chiray aceptan una división que merece ser señalada: 1.º, *icteria típica*, á pigmentación marcada y orinas también pigmentadas, pudiendo dar dos variedades, una á deyecciones decoloradas (icterias por retención), y otra á heces hiperteñidas (icterias pleiocrómicas). Serían por lo tanto correspondencias de las formas bilifeicas y colúricas. 2.º, *icterias atípicas* á tinción moderada, colemia no muy marcada y acoluria. Su correspondencia se tendría con los tipos hemafeicos y acolúricos.

El estudio hematológico de estas últimas formas ha permitido un buen avance en la comprensión de la patogenia de algunas variedades.

Minkowski ya en el año 1900 describe una afección congénita traducida por una ictericia crónica moderada, esplenomegalia y urobilinuria y sospecha que podría ser determinada por una exagerada destrucción de glóbulos rojos. Dos años más tarde Vázquez y Riviere, Widal y Chauffard, estudian la resistencia globular y observan aumentos especiales en las formas por retención: estaba dado el primer paso para la formación del grupo de las ictericias hematógenas.

Chauffard—en 1907—describe un grupo de ictericia caracterizada por una fragilidad globular hacia las soluciones de cloruro sódico, ausencia de poder hemolítico del suero para hematías sanas y presencia de glóbulos rojos granulosos. Se trataba de la ictericia hemolítica congénita del adulto.

Widal, Abrami y Brulé anotan las formas de icterias hemolíticas adquiridas, caracterizadas por una disminución de la resisten-

cia globula para las hematías deplasmalizadas (aun cuando no para el procedimiento ordinario) y por una autoaglutinación de sus hematías.

Por último y como término de esta rápida enumeración, les anoto un último factor determinante de icterias é igualmente estudiado por Chauffard y Troissier. Se reduce á icterias de origen hematógeno, en que la resistencia globular es normal, pero que presentarían en su suero hemolisinas libres, de origen complejo y aun no bien precisado. Serían *icterias hemolisínicas*.

Sentadas estas premisas de absoluta necesidad para una clasificación racional de los diferentes tipos de icterias, llegaremos para las necesidades de nuestro estudio á aceptar los siguientes tipos de icterias:

- 1.º *Icterias por retención.—Colúricas.*
- 2.º *Icterias acolúricas.—Hemolíticas.*
- 3.º *Icterias mixtas.*

1.º *Icterias por retención:*

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---------------------------|
| a) <i>Producida por obstrucción de</i> | { | <i>Luz de grandes vías de excreción</i> | } | Cálculo movilizado de la vesícula biliar. | | | |
| | | <i>Pared de los canales</i> | | Parásitos venidos del intestino. | | | |
| | | | | Vesícula hidática emigrada. | | | |
| <i>Compresiones extraepáticas. . .</i> | } | } | Desviaciones por hepatoptosis. | | | | |
| | | | Cáncer primitivo vías bilieres. | | | | |
| b) <i>Retención intrahepática. .</i> | { | } | } | Icteria catarral. | | | |
| | | | | Estreches cicatriciales. | | | |
| | | | | Litiasis crónica del colédoco. | | | |
| | | | | Cáncer cabeza de páncreas. | | | |
| | | | | Hipertrofias ganglionares del hilio. | | | |
| | | | | Tumores abdominales | } | } | Tumores del riñón. |
| | | | | | | | » del colon. |
| | | | | | | | Aneurismas aorta. |
| | | | | <i>Retención intrahepática. .</i> | } | } | Cáncer peritoneal. |
| | | | | | | | Angiocolitis canalicular. |
| Cáncer secundario y quiste hidático del hígado. | | | | | | | |
| <i>Retención intrahepática. .</i> | } | } | Litiasis biliar. | | | | |

Para la producción de estas formas de icterias tres factores son indispensables: persistencia de la cromogenia biliar normal, retención intrahepática de bilis y reabsorción de la misma.

Las características semiológicas de estas formas son su gran colemia hasta llegar al grado de tolerancia máxima á que ya me he referido; materias decoloradas, sin estercobilina ni cromógeno; coluria marcada, hipercolesterinemia y aumento de la resistencia globular.

No entra en nuestra exposición el diagnóstico diferencial de estas modalidades de icterias por retención que harán ustedes más

adelante, y sólo quiero referirme á un procedimiento de examen moderno, que encuentra aplicación inmediata en todos estos casos.

Se sabe que poco tiempo después de la ingestión por el organismo de sustancias grasas (en especial la manteca), aparecen en la sangre, observada al ultramicroscopio, una serie de granulaciones brillantes animadas de movimientos brownianos y que se designan con el nombre de *hemoconias*, las cuales representan partículas de grasa emulsionada, absorbidas por los quilíferos. Cuando un factor cualquiera impide el libre tránsito de la bilis hacia el intestino, la emulsión graseosa sufre serias perturbaciones, y al cabo de una hora ó dos de la ingestión de un almuerzo graso no se tienen hemoconias al ultramicroscopio.

Normalmente se observa un perfecto sincronismo entre la retención de pigmentos biliares y la ausencia de hemoconias. Estas últimas no se encuentran—como la experimentación lo ha demostrado—perturbadas por las afecciones pancreáticas que lesionan el metabolismo graseoso.

Se concibe, por lo tanto, todo el interés que puede presentar este método en los casos en que el diagnóstico exacto de ictericia por retención no puede hacerse.

2.º Icterias acolúricas.

- | | |
|---|--|
| a) En las infecciones é intoxicaciones. | } Fiebre tifoidea, neumonía, estreptococcias, etc.
} Paludismo.
} Saturnismo, ictericia-post-clorofórmica. |
| b) De origen hemático. | |
| | |
| c) Icterias de origen esplénico. | |

Estas variedades de icterias se caracterizan por dos series de síntomas: urinarios y hemáticos. Los primeros, traducidos por ausencia de pigmentos y ácidos biliares con urobilina, los segundos, por una colemia moderada y el cuadro sanguíneo á que nos hemos referido ya. Las deyecciones permanecen coloreadas.

Las variedades catalogadas como producidas en los procesos tóxicos é infecciosos, son tipos en su mayoría de ictericia descendente, respondiendo al ataque de los órganos biliares, por un proceso localizado ya en el organismo; responden en parte á la presencia de hemolisinas libres.

La patogenia de las icterias por hemolisis es compleja y discutida; si el valor de la hemolisis en sí es aceptada como formadora de ictericia y aun se la consigue experimentalmente reproducir, no es posible precisar de manera terminante el lugar en que esta he-

molisis se verifica: unos sostienen la hipótesis de una hemolisis intrahepática; otros, de origen esplénico; por fin, una teoría hematogena en la que las hematias se destruirían directamente en la sangre circulante, basándose en la comprobación de que los derrames hemorrágicos, verificados en puntos alejados, son capaces de por sí al poner en libertad á la hemoglobina, de dar nacimiento á la bilirubina. Nada puedo decirles sobre muchas de las causas de esta especial fragilidad, sin entrar en una serie de teorías que no corresponden al cuadro de la exposición.

Enunciadas las formas generales de presentación de las icterias, y establecidas las bases de la clasificación semiológica racional, tócame ahora referir algunos síntomas derivados, y de interés manifiesto.

La bilis posee una acción francamente hemolítica; de ahí que las hipercolemias se acompañen de una anemia especial, con disminución del número de hematías y de la hemoglobina y aumento de la resistencia de los glóbulos á la acción disolvente del agua destilada.

La ingestión de bilis por el hombre puede hacerse impunemente, aun á dosis elevadas, manifestándose la intolerancia á altas cantidades sólo por diarrea. En cambio la inyección de bilis á animales de laboratorio, se acompaña de fenómenos tóxicos y de la muerte. Dentro de la bilis se tiene mayor toxicidad de los pigmentos que de las sales biliares, en la proporción, para matar un conejo, de 0'05 gr. de biliburina y 0'46 gr. de glicocolato de sosa.

Se concibe, por lo tanto, que las retenciones altas de pigmentos y sales, como se tienen en la icteria, necesariamente se han de acompañar de síntomas tóxicos, los que estarán en relación con el grado de la misma y con su duración.

El *prurito*—producido probablemente por un depósito de ácidos biliares bajo la piel—varía de intensidad en los diferentes períodos de la icteria y con el factor individual de tolerancia. Aparece bajo forma de una comezón desagradable que obliga imperiosamente al enfermo á rascarse, apreciándose sus consecuencias bajo forma de pequeñas estriaciones por descamación epitelial, ó aun de pequeñas ulceraciones. Se le encuentra especialmente en las formas colúricas, no anotándosele en las acolúricas y hemolíticas.

El *xanetelasma* ó *xantomá* es una alteración cutánea que aparece en algunas formas de icteria, especialmente crónica, y que se caracteriza por máculas amarillentas unas veces, papulosas y aun tuberiformes otras. Sin localización fija, suelen ser, sin em-

bargo, más frecuentes en los párpados ó en la parte de extensión de las extremidades. Su causa determinante parecía ser la hipercolemia, pero estudios recientes permiten afirmar que se trata de nódulos constituidos por éteres grasos de la colessterina, depositados al existir un aumento de la colessterina en el suero sanguíneo.

De real interés son las alteraciones de orden circulatorio producidas por la retención biliar, y muy especialmente el de la *bradicardia icterica*. En tales casos el número de pulsaciones oscila entre 60 y 40 por minuto, se modifica con la posición, siendo más neta con el decúbito dorsal; son pulsaciones ritmadas, la tensión algo disminuída.

Se la ha atribuído á una impregnación del corazón por las sales biliares, actuando sobre el miocardio ó el sistema nervioso intracardiaco.

Bard da una concepción de la bradicardia icterica que no deja de presentar su interés. Atribuye la disminución del número de pulsaciones, no á una verdadera bradicardia, sino á un ritmo pausado, es decir, formado por las revoluciones muy unidas y separadas por un intervalo compensador; la segunda sístole siendo bastante débil para no llegar á la radial. Se trata, por lo tanto, no de una verdadera bradicardia, sino de una bradisfigmia por un bigeminismo que no se percibe en las arterias periféricas.

Otros autores (Lian, Battesti, Lyon-Caen) tratan de demostrar que se trata de una verdadera bradicardia, tomando el corazón en su totalidad, combatiendo la interpretación dada por Bard, á sus cardio y flebogamas.

De los elementos retenidos de la bilis, las sales biliares son las que disminuyen el número de las contracciones cardíacas, por un mecanismo discutido, sobre miocardio, ó sistema nervioso (bulbo y origen del pneumogástrico y ganglios intracardiacos), ó aun una teoría mixta, posiblemente la más racional.

La inyección de atropina da resultados inconstantes en tales casos: unas veces se tiene aumento rápido del número de pulsaciones, otras, y es más raro, no parecen modificarse.

No todas las icterias se acompañan de bradicardias: aparecen de preferencia en las icterias infecciosas é icteria catarral; no se la anota en las icterias graves, hipercolemias familiares, cirrosis biliares, etc.

He enunciado en páginas anteriores los síntomas de mayor interés de los síndromes ictericos, dejando de lado una serie de

manifestaciones de orden general, sin mayor caracterización semiológica, y que en realidad responden al grado de intoxicación orgánica.

Hemos igualmente precisado el hecho de que las formas de ictericia por retención son las que dan una mayor riqueza sintomática, por el número y calidad de sus componentes. A ellas cabe, por lo tanto, la designación de *retenciones biliares completas*.

Otras formas aparecen con el cuadro de la *ictericia incompleta ó disociada*, es decir, aquellas que no implican necesariamente la retención hemática de todos los elementos de la bilis, sino de alguno de ellos. Les cito al respecto el caso de ictericias catarrales acompañándose de bradicardia y prurito, en las cuales falta la bilirubinuria y la urobilinuria; la de recoloración de las deyecciones y desaparición de la bilis en las orinas, en las ictericias por retención, y permanencia de bradicardia, etc. Podría alargar la lista con una serie numerosa de ejemplos tomados de observaciones prolijamente llevadas, pero lo conceptúo sin interés.

Las ictericias por retención biliar completa son dependencia, en la gran mayoría de los casos, de una lesión en un punto cualquiera de las vías biliares, y susceptibles de normalizarse al desaparecer aquélla; las formas incompletas y disociadas responden al ataque de la célula hepática: la experimentación solamente lesionando las células por citotoxinas específicas, ha conseguido reproducirlas.

Con lo dicho nos encontramos en condiciones de afirmar que un estudio semiológico racional de la ictericia, debe referirse á los diferentes sindromes que comporta, pidiendo al laboratorio la ayuda necesaria para poder elevarse por medio de muchos de sus pequeños síntomas á la causa originaria. Si en la mayoría de los casos es sencilla la comprobación de un síndrome determinado, no lo es el establecimiento de su causa patogénica, para lo que debemos recurrir en casos dudosos, no sólo á los elementos de juicio que acabo de señalarles, sino á los restantes, dado por la semiótica funcional de las vísceras abdominales.

(•Revista del Círculo Médico Argentino•).



REVISTA DE REVISTAS

POR EL DR. W. L. ALBO

Progresos de la Inmunología y Serología durante el año 1915.—F. Murillo. Del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Madrid. Los Progresos de la Clínica, núm. 37, 1916.

El autor hace una breve reseña sobre los adelantos logrados durante el año pasado en el campo de la inmunidad y de la serología. Las principales materias que recoge en su exposición son las siguientes:

Simplificación de la reacción aglutinante, que puede practicarse sin necesidad de centrifugar, ni de que se sedimenten las hematies, mezclando la sangre con agua destilada. Proceder de la aglutinación como medio diferencial entre las carnes de animales infectados en vida ó después de la muerte: siendo la producción de aglutininas un proceso puramente vital, no existirán en el jugo muscular de animales sanos ó infectados post-mortem; es preciso hacer la salvedad de que en los animales infectados y curados pueden persistir aglutininas. Aglutinación de los bacilos tífico y para-tífico—durante la primera semana—por el suero del enfermo con disentería. Diagnóstico de la sífilis por la reacción coagulante, fundada en la destrucción del citocima del antígeno por el suero sifilítico: Mr. Brand halló 425 resultados positivos (94 %) en 500 casos positivos á la reacción de Wassermann. Reacción de Abderhalden en el muermo, con excelentes resultados diagnósticos. Valor indudable de la reacción positiva de Abderhalden en el embarazo, una vez excluída la existencia del período menstrual. Proceder de la dialisis en el diagnóstico de la tuberculosis y del cáncer. Nueva aplicación del método de Abderhalden para revelar fermentos específicos bacterianos. La reacción de fijación del complemento en la tuberculosis pulmonar, con resultados excelentes. Tratamiento de la pulmonía crupal, fibrinosa, de las infecciones neumocócicas, de la úlcera serpigínea de la córnea y de la malaria crónica, por la optoquina: esta nueva terapéutica de las neumococias ha dado resultados muy satisfactorios, sobre todo si se administra el medicamento antes del cuarto día de la infección; en la úlcera serpigínea se emplea localmente; el único caso de malaria crónica tratado—caso de Liefmann, de anemia palúdica con esplenomegalia—curó en tres semanas. Vacunoterapia antitífica, sobre la cual cita los principales trabajos franceses, alemanes é ingleses, entre ellos los practicados por el nuevo método de Ichikawa (inyección

intravenosa de la vacuna sensibilizada con suero de convalecientes) y el método de Besredka. Las vacunaciones mixtas. La heterobacterioterapia, y la sueroterapia en las enfermedades infecciosas, con el nuevo proceder de la autoterapia, principalmente en la fiebre tifoidea. También cita el tratamiento del tétanos por la medicación mixta de suero y salvarsán, que en manos de Rothfuchs dió un 85 por 100 de curaciones.

Es un resumen interesante sobre estas cuestiones, y además contiene la cita bibliográfica de cada asunto.

La albuminuria masiva en el diagnóstico de las hemorragias meníngeas.— (L'albuminurie massive dans le diagnostic des hémorragies méningées.) Dr. E. Macris (de Atenas). P. N. núm. 46, 1915.

El autor relata dos observaciones, la una de hemorragia aracnoidea con hemiplegia izquierda y crisis epileptiformes y la otra de hemorragia meníngea traumática, con amnesia retrógrada, agrafia y parafasia motriz, en las cuales faltó la albuminuria masiva precoz, que para Guillain y Vincent sería característica de las hemorragias meníngeas. Deduce estas dos conclusiones: 1.^a Las hemorragias meníngeas no se acompañan necesariamente de albuminuria y menos aún de albuminuria masiva. 2.^a En los casos dudosos la punción lumbar es el mejor medio diagnóstico.

AFORISMOS ANTIBLENORRAGICOS

POR EL DR. VELAZQUEZ DE CASTRO

Catedrático de Terapéutica de la Universidad de Granada

Cuando en la economía existe un órgano inflamado, el plasma sanguíneo conduce á él de preferencia los agentes medicamentosos absorbidos, y cuando hay un proceso supurante, el sitio enfermo se constituye en uno de los principales emunctorios para la eliminación de dichos agentes.

Los antiblenorrágicos copaiba, sándalo, cubeba, etc., no curan principalmente pasando á la orina desde el riñón, sino al eliminarse por la mucosa enferma. La orina, desde luego más ó menos cargada de principio activo, lo que hace es reforzar la acción principal y deterger por acción mecánica de arrastre la superficie supurante.

Los antiblenorrágicos copaiba, cubeba, sándalo, etc., también curan la blenorragia vaginal, con poco que ayude la conveniente limpieza de la mucosa enferma, pudiendo servir para esto las inyecciones de agua hervida y á temperatura de 39°.

Como las inyecciones uretrales antiblenorrágicas siempre tienden á llevar el pus hacia atrás y á inflamar mucosa indemne, se pueden afirmar que *no llegan ó se pasan en su acción*. Así es que más

perjuicios (aumento de la zona infectada, estrecheces, etc.), han producido á la especie humana dichas inyecciones que el mismo gonococo.

Los antiblenorrágicos sándalo, copaiba, cubeba, etc., excitan la diuresis por acción medular y renal, y su uso inmoderado ó intempestivo, sobre todo durante el período sobreagudo de la blenorragia, puede provocar dolor lumbar, tenesmo vesical y aparición de albúmina en la orina, con todas sus posibles consecuencias.

El práctico distinguirá en todo caso los enturbiamientos resinosos de los albuminosos que con una gota de ácido nítrico fumante puede dar la orina de estos enfermos.

El hiperfuncionalismo renal y vesical que provoca cualquiera de los antiblenorrágicos sándalo, copaiba, cubeba, kawa, mático, trementina, etc., más las relaciones anatómicas de continuidad y contigüedad, constituyen á cualquier punto de las vías génito-uritarias del varón en terreno abonado para la colonización gonocócica, sobre todo, si ayudan con su tendencia ascendente las inyecciones uretrales, aun practicadas sólo después de las micciones.

Los antiblenorrágicos tienen un período de acción aprovechable y decisiva durante la cuarta semana del proceso, y entonces curan hasta mediante el catarro intestinal que suelen provocar.

Durante el curso de la blenorragia aguda debe combatirse el estreñimiento, si lo hay, con el uso metódico de los laxantes salinos. También es útil el agua de Vichy ó cualquier otra similar.

Hacia el momento que va á extinguirse por completo el flujo de una blenorragia bien tratada, el práctico si no hay diarrea, debe administrar un purgante salino, nunca de los sintéticos.

Por lo común, la blenorragia uretral bien tratada debe comenzar á remitir después de la primera semana de establecido el flujo, pero no debe estar curada por completo antes de un mes.

Las lesiones de la blenorragia uretral operan su gradual reparación de atrás adelante.

Toda supresión brusca de un flujo blenorrágico, *sea cualquiera su fecha*, debe hacer suponer al práctico que el tanto del proceso morbozo no ha hecho más que cambiar de sitio, tomando cualquiera de las múltiples formas del pseudo-reumatismo blenorrágico, y debe hallarse preparado para, si es preciso, restablecer dicho flujo (cerveza, nitro, cloruros) ó sustituirlo (purgante salino).

Los artríticos, en general, y en particular los gotosos, reumáticos, diabéticos y los enfermos indóciles, se hallan muy predispuestos á las formas crónicas de la blenorragia.

Hay propensiones blenorrágicas no diatésicas que se curan con la sección del frenillo del glande. Los enfermos que tienen dicha propensión padecen con más frecuencia la cuerda venérea.

Régimen alimenticio de los blenorrágicos: predominio de las legumbres y de las frutas escasas en tanino y en aroma; poca carne, y mejor de ave, apenas sal, vinagre, limón, como condimentos; bebidas... el agua.

(«Gaceta Médica del Sur», núm. 820, año 1916.)