

aun sangre innatura. Estábamos autorizados a afirmar que se trataba de un tumor renal. pero, ¿de qué naturaleza? La contestación no era sencilla, porque si bien es cierto que las hematurias de los tumores cancerosos se asemejaban mucho a las que producen algunos riñones poliúísticos, no menos verdadero es que la evolución de estos últimos es muy lenta, y nuestra enferma daba razón de que su tumor había aparecido 6 ó 7 años antes, y que sólo a últimas fechas le apareció la orina sanguinolenta.

Por todas estas circunstancias, así como por los datos negativos de la cistoscopia, nos inclinamos a creer que el tumor pertenecía a los poliúísticos, separándolo de la hidronefrosis, pionefrosis y aun del hipernefroma, o sea el mesotelioma renal de Adami.

No sería fácil abordar el diagnóstico diferencial entre los tumores del riñón; problema es éste erizado de escollos y cubierto de misterio, tanto para el patólogo como para el clínico, desde el momento en que está aún sobre el tapete de la discusión la nomenclatura y clasificación de tales neoplasias. Por mi parte, sólo añadiré que aunque el hipernefroma renal puede tomarse, en vista de su desarrollo, por un riñón poliúístico, debe recordarse que el mesotelioma está caracterizado por tres síntomas típicos: tumor, dolor y hematurias. Además, se asegura que las metástasis son muchas veces el primer síntoma revelador de dicha perturbación.

El hipernefroma es el tumor de mayor importancia clínica; según Eusterman, representa el 70% de los tumores renales del adulto, y su excesiva malignidad debe pesar enormemente sobre la conciencia del clínico, obligándolo al diagnóstico precoz, a fin de practicar la oportuna extirpación, puesto que no habrá otro medio eficaz para salvar la vida del paciente.

Junio de 1913.

Velázquez Uriarte.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA

El tratamiento de las Fístulas Tuberculosas

Por el Dr. Calot, de Berk, cirujano jefe del Instituto Ortopédico.

En las tuberculosis cerradas la curación es segura.
La fístula es una puerta abierta a la muerte.

En las tuberculosis quirúrgicas la fístula es el punto negro y al propio tiempo el enemigo. Es la pesadilla de todos los que, como nosotros, se ocupan especialmente de estas enfermedades. A aquel que lograra suprimir las fístulas votaríamos unánimemente para la estatua de oro de que hablaba Nélaton.

La mortalidad por tuberculosis externas (sobre todo coxalgias y males de Pott supurados) es aún muy considerable, debiéndose, de cada diez veces nueve, a las fístulas o a sus consecuencias: fiebre héctica, albuminuria, degeneración visceral.

De aquí que el tratamiento de la fístula sea el capítulo principal de la lucha contra la tuberculosis externa.

¿Es posible suprimir las fístulas? Sí: no tanto buscando un nuevo medio para curarlas cuanto empleando mejor los medios, que ya poseemos, para impedir su producción.

A.—TRATAMIENTO PREVENTIVO.

Para poner en planta este tratamiento debemos conocer las causas productoras de las fistulas:

1.º En primera línea figuran como los mayores productores de fistulas los cirujanos que operan las tuberculosis y que abren los abscesos por congestión.

De modo que aquellos que operan más tuberculosis son también los que tendrán más defunciones.

2.º Figuran luego (pero no muy lejos de los primeros) los médicos o cirujanos que no tocan nunca los abscesos y que, por consiguiente, los dejan abrir. (Esta abertura espontánea de los abscesos no tratados tiene lugar, por término medio, de cada dos veces una.)

3.º Finalmente, determinan fistulas los que no puncionan bien.

Ahora bien: están en gran mayoría los cirujanos que, operando muy bien, puncionan muy mal; los que, practicando brillantemente la intervención más difícil, ignoran por completo el arte de conducir a buen término este tratamiento, que parece tan sencillo (el de un absceso frío), por el método de las punciones y de las inyecciones.

Lo peor es que todo el mundo cree saber puncionar.

Si es fácil suprimir las dos primeras causas productoras de fistulas, puesto que para ello basta reemplazar la operación cruenta, o la abstención, por la punción, ¿cómo suprimir la tercera causa, es decir, enseñar el arte de puncionar a cirujanos que, creyendo saber más que nadie, no quieren escucharnos? Y, sin embargo, bastaría a menudo que miraran a su compañero de sala para quedar convencidos de que no saben puncionar bien. En efecto, podríamos citar dos servicios hospitalarios en una misma gran capital (y quizás en un mismo hospital) en los cuales se punciona; (1) pero, en tanto que en uno la punción evita la fistula de cada diez veces nueve por lo menos, en el otro se observa la proporción inversa, es decir, nueve veces de cada diez la fistula es consecutiva a la punción, a pesar de la punción, o, mejor dicho, a causa de ella.

Nos estará permitido decir que en casi todos los servicios quirúrgicos de Berek saben hoy evitar la fistula, no ya nueve veces de cada diez, sino de cada 100 las 98 ó 99.

Podría objetárseme que esta superioridad en los resultados depende de la influencia del aire marino. Admitido, y he aquí por qué solamente hemos querido comparar en este artículo los dos servicios quirúrgicos de una misma gran ciudad.

Pues bien: la diferencia mencionada de los resultados en estos dos servicios es bastante brutal: demuestra bien a las claras lo que es puncionar bien y lo que es puncionar indebidamente. (2)

Después de esto, ¿quedarán aún cirujanos de buena fe que, no evitando las fistulas, querrán suponer que conocen este arte de puncionar y que no necesitan aprenderlo antes de empezar el tratamiento de las tuberculosis supuradas?

Pero no: todo el mundo cree indispensable aprender a operar, y nadie quiere aprender a puncionar.

¿Cómo se debe aprender a puncionar?

Evidentemente que lo mejor sería **ver**, es decir, permanecer cierto tiempo, por corto que fuera, en Berek o en uno de los servicios hospitalarios de alguna de las grandes ciudades donde se **punciona bien**, lo que reconoceremos precisamente en lo que ya he dicho, es decir, en que en ellos se sabe, de cada nueve veces diez, evitar la fistulación de los abscesos.

Para los prácticos que no puedan (3) permanecer este tiempo en Berek, hemos descrito detalladamente, en más de 100 páginas, en nuestro libro, (4) todos los detalles de esta técnica delicada y minuciosa de la punción, con todos los incidentes que pueden sobrevenir y la manera de sortearlos.

(1) Porque hoy ya casi nadie se niega a puncionar las tuberculosis supuradas.

(2) Es muy triste tener que confesar que una mitad aproximadamente de los tuberculosos que vienen a los Hospitales de Berek son fistulosos. ¿DE QUIEN ES LA CULPA? ¿De los padres o de los cirujanos?

(3) Y ¿por qué no podrían hacerlo si tal lo desearan? ¿En qué podrán emplear mejor el tiempo? Después de haber aprendido a tratar todas las tuberculosis externas (pues estas enfermedades son tan frecuentes), este procedimiento constituye un nuevo medio para mejorar su situación moral y hasta material. Fácil nos sería apoyar estos razonamientos con hechos y ejemplos.

(4) Véase nuestra "Orthopédie indispensable," 6.ª edición. (Maloine, editor).

Digamos aquí las principales faltas que pueden cometerse; **faltas de las que la fístula es la consecuencia y el castigo.**

1.º **Falta de asepsia**, muy fácil de cometer en estas pequeñas intervenciones repetidas que, por ello mismo, parecen vulgares y de pequeña importancia, en tanto que siempre debieran practicarse con la **misma asepsia rigurosa con que se practica una laparotomía.**

2.º Emplear **trocates gruesos en lugar** de nuestras agujas núm. 3 o núm. 4, que tienen 1 milímetro y medio de diámetro exterior.

3.º **Se malaxa el absceso** más o menos brutalmente para vaciarlo en lugar de **aspirar suavemente** el pus con nuestro pequeño aspirador.

4.º Se introduce el **trocár** directamente sobre la parte culminante del **absceso**, allí donde el pus está a **flor de piel**, donde esta piel es muy delgada, en tanto que es **necesario puncionar muy lejos** en parte sana, y no llegar al absceso sino por un trayecto subcutáneo, o hasta subaponeurótico, muy oblicuo.

5.º Se **punciona demasiado tarde** cuando la **piel está ya roja** y amenazada, es decir, infiltrada de tuberculosis, en cual caso **ha perdido ya por completo su elasticidad**, lo que equivale a decir que esta piel permanecerá abierta, dando lugar a una fístula.

6.º Se practican **demasiadas punciones** o **pocas**, en intervalos demasiado separados o muy aproximados.

7.º Se **inyectan líquidos demasiado** o **muy poco activos.**

8.º Después de practicada una punción, se observa al día siguiente, con terror, que la colección se ha reproducido y tiene de nuevo el volumen primitivo. Se dice entonces: "—No sirven para nada." Y se practica una incisión. ¡Error desastroso!

Evidentemente, la reproducción tiene lugar en seguida, debiendo forzosamente ser así (de cada nueve veces diez), por más que todo vaya viento en popa. En lugar de afirmar el fracaso del método de las punciones y de creerlos autorizados para abrir, ved la conducta que debe seguirse en semejante caso: practicaréis sobre este absceso que se ha reproducido una compresión suave, y esperaréis unos diez días con tranquilidad antes de volver a puncionar. Diez días más tarde practicaréis una nueva punción e inyección, y así consecutivamente hasta alcanzar la cifra de 8 punciones e inyecciones. De nuevo puncionaréis dos veces con diez días de intervalo, sin practicar (estas dos veces) inyección consecutiva, y luego comprimiréis metódicamente la región durante uno o dos meses por medio de trozos de algodón y vendas de tarlatana Velpeau.

Si tres meses después de la última inyección observáis que el absceso no está aún curado (lo que puede ocurrir dos o tres veces de cada ciento), recomenzad una nueva serie de punciones.

Hay que saber que algunas veces (en un absceso de mal de Pott, por ejemplo) es necesario practicar dos o tres series de punciones, y aun más, antes de lograr curar el absceso, conforme nos ha ocurrido; pero de esta manera se logra la curación.

Si no hubiéramos proseguido hasta el final, hubiera aparecido la fístula, y, uno o dos años más tarde, con seguridad que el enfermo habría muerto.

9.º El cirujano se impacienta porque la **aguja se obtura**, porque el absceso no quiere vaciarse. Entonces, perdida la paciencia, se practica una serie de punciones, o bien prefiere acabar de una vez (así lo cree) e incide. Ahora bien: esta incisión muy a menudo llevará el enfermo al sepulcro.

De modo que en todos estos casos se peca por ignorancia y falta de confianza. Se ignora todo lo que puede dar el método de las punciones, que, bien aplicado, cura siempre o casi siempre (noventa y nueve veces de cada ciento) las tuberculosis supuradas, **aun en el adulto**, por más que se haya dicho: en tanto que la operación, aun en manos muy asépticas y hábiles, no da más que un 30 por 100 de curaciones definitivas.

Nótese que todas las observaciones precedentes se aplican lo mismo a los cirujanos de las otras naciones que a los cirujanos franceses. Durante mis viajes al extranjero he podido convencerme de que allí no puncionan mejor que nosotros.

Y es porque allí también les falta fe, y porque no han visto el partido que los cirujanos familiarizados con este método de las punciones pueden sacar en la curación de todas las tuberculosis supuradas.

En definitiva, solamente sabrá evitar las fístulas el que sepa puncionar bien.

Hasta aquí **por lo que al tratamiento preventivo se refiere**, que es el verdadero tratamiento de las fístulas, el del porvenir, de la misma manera que el verdadero tratamiento de las infecciones postoperatorias es impedir que se produzcan.

Pero forzoso nos es hablar también aquí del tratamiento curativo de las fistulas, porque desgraciadamente ingresan siempre en nuestros hospitales enfermos con fistulas ya constituidas; sin contar que, una vez de cada ciento, aun puncionando muy bien, no es posible evitar la fistulización, porque el absceso por congestión puede estar infectado desde un principio, como ocurre con algunos abscesos del mal de Pott, o también en algunas adenitis cervicales, sintomáticas de infecciones bucales; o también porque una tuberculosis singularmente maligna ha lesionado muy profundamente y corroído la cara profunda de la piel.

Cuando exista la fístula, ¿qué deberemos hacer?

B.—TRATAMIENTO CURATIVO.

Cada seis meses se recomienda un tratamiento nuevo, que se titula maravilloso, de las fistulas tuberculosas.

Los hemos ensayado todos. Veamos el valor de estos tratamientos, que ya nuevos, ya antiguos, pueden ser reducidos a los dos siguientes: la operación cruenta y los tratamientos conservadores.

1.º **La operación.**—Para muchos cirujanos, el único tratamiento racional de estas fistulas sería hoy, al igual que ayer, la operación amplia y repetida.

Evidentemente, ello parece lógico y racional **a priori**; pero en la práctica, los hechos lo desmienten, demostrándonos que la operación era muchas veces más nociva que útil, aun cuando se escojan los casos.

En lugar de destruir el foco tuberculoso, conforme se había pretendido, la operación atiza generalmente este foco y propaga la infección a los territorios vecinos, hasta entonces indemnes. Raras veces cura; en cambio, agrava a menudo y mutila siempre. Muy a menudo, el cirujano que había jurado extirpar todo el mal no consigue más que precipitar la muerte.

Al principio de nuestra práctica operamos y reoperamos centenares y hasta millares de fistulas, y si bien es verdad obtuvimos algunas curaciones, ¡cuántas veces, en cambio, obtuvimos agravaciones! Es por lo que hoy no operamos ya las fistulas: todo lo que hacemos en concepto de intervención, si tal puede llamarse, es, en los casos muy raros en los que el examen del trayecto nos demuestra un secuestro movable, cogerlo y extraerlo sin tocar para nada la causa de la fístula.

Las curaciones obtenidas con nuestro tratamiento conservador actual son incomparablemente más numerosas y mejores que las que obteníamos con nuestro antiguo tratamiento operatorio.

Para nosotros la cuestión está resuelta: **el tratamiento de las fistulas tuberculosas será conservador o nos abstendremos.**

Debo recomendar, sobre todo, no os dejéis ilusionar por la creencia de que pueden existir pequeños secuestros, objeción que siempre hacen los intervencionistas.

En primer lugar, los secuestros son aquí raros, tan raros en la tuberculosis como frecuentes en la osteo-mielitis, conforme lo he dicho ya en otro lugar; pero supongamos que existan. Será en las dos condiciones siguientes: o bien este secuestro está ya completamente desprendido, independiente, movable y muy accesible, en cuyo caso es evidente que podemos y debemos extraerlo, pero limitándonos a ello, lo cual se obtiene sin anestesia y sin producir hemorragia; o bien el secuestro no es movable, o no es fácilmente accesible. En estos casos la abstención es preferible a la operación, puesto que los secuestros se irán desgastando o eliminando por medio de las inyecciones modificadoras, y hasta también solcs a la larga (casi siempre), o bien será fácil extirparlos.

No se olvide que, aun en las fistulas superficiales, la operación produce curaciones menos estéticas y menos sólidas.

No titubeo en afirmar, en términos generales, que la **abstención sistemática vale más** en estos casos que la OPERACION CRUENTA.

Si: el médico de aldea que **no toca para nada las fistulas**, curará muchas más que el más hábil cirujano que las opera sistemáticamente.

Pero apresurémonos a añadir que poseemos un método mucho mejor que la abstención pura y simple, la cual no es más que una abdicación de toda terapéutica.

Tenemos a nuestra disposición una cosa mejor, puesto que poseemos los métodos fisioterápicos y las inyecciones.

Tratándose de fisioterapia, ¿qué es lo que no se ha recomendado, desde los métodos de Bier, los rayos X, las curas de luz solar, los rayos ultravioletados, el radio, los baños de toda clase, en todas las estaciones minerales o termales del universo?

Indudablemente tenemos fe en estas diferentes medicaciones; pero debemos añadir que, si bien su acción es favorable para las fistulas superficiales, en cambio obran muy poco, o nada, sobre las fistulas profundas (de la coxalgia y del mal de Pott), en las cuales todo lo más que obran es como modificadores del estado general.

Estos métodos fisioterápicos los emplean los médicos de Bereck, y de un modo especial la helioterapia, tal como se emplea hoy, más activa en el mar que en la montaña, conforme lo ha demostrado perfectamente el médico de los hospitales de París, Enrique Barbier. (1)

Pero es necesario recordar que la helioterapia está contraindicada en algunos casos, pudiendo llegar a producir agravaciones, de lo cual podría citar dos casos.

De todos modos debemos guardarnos de las exageraciones peligrosas por el estilo de las que un profesor de Facultad escribía en uno de nuestros periódicos más leídos: que un joven coxálgico con una **destrucción completa de la cabeza del fémur** estaba curado seis meses después de una cura solar, curado integralmente **sin acortamiento**. En nombre del sentido común es imposible admitirlo.

Por lo que a nosotros se refiere, nuestra experiencia en los tratamientos de las fistulas tuberculosas nos permite afirmar que el mejor es el de las pastas medicamentosas.

Estas inyecciones pastosas, digámoslo de paso, las venimos practicando desde el año 1897 con nuestro interno Perme, es decir, diez años antes que Beck, de Chicago.

1.º He aquí la **fórmula** (2) y la **técnica** de nuestras inyecciones:

Nuestra pasta núm. 1.

Fenol alcanforado -----	} aa.	6 gr.
Naftol alcanforado -----		
Guayacol -----		15 gr.
Yodoformo -----		20 gr.
Lanolina (o espermaceti)-----		100 gr.

El punto de fusión es de 41° aproximadamente.

Nuestra pasta núm. 2.

Fenol alcanforado -----	} aa.	3 gr.
Naftol alcanforado -----		
Guayacol -----		8 gr.
Yodoformo -----		10 gr.
Lanolina (o espermaceti)-----		100 gr.

El punto de fusión es también de 40° a 41°.

Siendo dos veces más activa la primera de estas pastas, la empleamos para las cavidades o trayectos fistulosos de pequeña capacidad, es decir, de menos de 10 cc. en el niño y de menos de 20 cc. en el adulto. Inversamente, empleamos la pasta núm. 2 para las grandes cavidades, es decir, aquellas cuyas dimensiones son mayores que las que acabamos de citar.

Se puede inyectar 10 cc. de la primera en un niño de diez años, y hasta 20 cc. en un adulto.

De la segunda pasta se puede inyectar una cantidad doble, es decir, 20 cc. en el niño y 40 cc. en el adulto.

Por lo demás, casi nunca alcanzamos estas cifras, bien que puede llegarse a ellas sin inconveniente.

Si tenéis la precaución de no rebasar estas cifras, **NUNCA** observaréis **accidentes** graves de intoxicación, en tanto que con las pastas de bismuto se han observado casos de muerte.

(1) He aquí las propias palabras del Dr. Barbier: "El poder actínico de los rayos solares, muy desarrollado en las cuspides, alcanza su máximo en el mar."

(2) Por todo lo que hace referencia a la preparación por uno mismo de las pastas (o líquidos) que deben inyectarse en los focos tuberculosos, véase el artículo del Dr. Fouchet, de Berck, en el "Journal des Praticiens," 1910, o nuestro libro "L'Orthopédie indispensable," pág. 998 a 1,005.

Con nuestros preparados tampoco observaréis nunca accidentes de **retención**, puesto que, siendo la **lanolina** y el **espermaceti** sustancias de **origen animal**, son eminentemente **reabsorbibles**.

Técnica.—Se funde la pasta al bañomaría, se llena la jeringa, previamente calentada (en agua caliente hervida), y se introduce inmediatamente la inyección en el trayecto fistuloso. Cuando haya fístulas múltiples, uno o varios ayudantes, provistos de pequeños tapones de algodón, cierran las restantes fístulas en tanto practicáis la inyección. Una vez producida la solidificación de la pasta, lo que exige uno o dos minutos, se aplica el apósito.

La reacción consecutiva es variable: nula a veces, puede traducirse en otros casos por una fiebre de 38° a 39° durante uno o dos días. (Me refiero siempre a las fístulas no infectadas, puesto que en las infectadas la reacción sería mucho mayor; pero en estos casos las inyecciones están contraindicadas, conforme veremos luego).

En caso de haber fiebre se levanta el apósito al día siguiente, y si la región está algo roja y tensa se aplica un apósito húmedo; en caso contrario, un apósito seco.

Siempre, aun cuando no se presente fiebre consecutiva a la inyección, se cambia el apósito al cuarto o quinto día, y aun antes en los casos en que la supuración sea bastante abundante.

A veces esta supuración desaparece por completo, conforme lo he observado varias veces. Merece mención especial un caso en que existía desde hacía tres años, desapareciendo con una sola inyección de nuestra pasta núm. 1.

Pero casi nunca el resultado es tan rápido. La trasudación no cesa después de la primera inyección: bien que se modifica un poco, se hace más serosa y contiene residuos de pasta.

Se practica una segunda inyección cuatro o cinco días después de la primera.

Se renuevan estas inyecciones de pasta cada cuatro días, hasta llegar a siete u ocho inyecciones.

Después se espera un mes, tras el cual la fístula a menudo está cerrada. Si no ocurre así, se practica una nueva serie de inyecciones y un nuevo período de reposo, y así consecutivamente durante seis meses. Después solamente se practicarán curas asépticas (sin inyecciones), esperando la curación, que tiene lugar casi siempre en el espacio de un año aproximadamente, hasta tratándose de fístulas de origen óseo, (1) con tal que los individuos estén sometidos a un buen tratamiento general (vida en el campo, en la montaña, o, mejor, al nivel del mar).

La curación se obtiene con tal que estas fístulas **no estén infectadas (infección séptica secundaria sobreañadida)** a la tuberculosis, que se traduce por fiebre y albuminuria.

¿Qué conducta debemos seguir en los casos de **fístulas infectadas?**

Si hay fiebre vespertina, con síntomas de retención de pus, intentaremos el sencillo drenaje para hacer desaparecer esta retención.

Y nada más: nada de las inyecciones de que hablábamos más arriba, que exageran la virulencia de los organismos sépticos (estafilococos, estreptococos) sobreañadidos.

Y menos aún las operaciones cruentas pretendidas radicales, que, en estos casos especialmente, tienen cincuenta veces más probabilidades de hacer mal que bien. Nos contentaremos con un tratamiento más modesto, pero indudablemente mejor, como es el siguiente: reposo e inmovilización de la región enferma; asepsia tan perfecta como sea posible; **mínimum de tratamiento local con máximum de tratamiento general**, cuyo primer capítulo es la permanencia en el campo o en el mar.

De esta manera podemos prolongar algunos años la vida de los enfermos, consiguiendo a veces curarlos.

Por lo que a mí se refiere, he curado de esta manera cierto número de casos sumamente graves y he asistido a verdaderas resurrecciones. De aquí que no debemos desesperar nunca.

Pero con sobrada frecuencia somos impotentes, y la muerte será el término obligado de estas infecciones profundas de la coxalgia, y sobre todo del mal de Pott.

A propósito de ello os repetiré: ¡no incendiáis nunca las tuberculosis! Tal es el dogma fundamental. El temor de las fístulas es el comienzo de la sabiduría; el verdadero tratamiento de las fístulas es impedir que se formen. Para ello nada de operaciones cruentas, solamente las punciones.

(1) También hemos empleado las pastas con bismuto, habiendo obtenido con ellas buenos resultados, pero ni de muchos tan buenos como con los preparados que hemos indicado.

Pero antes de puncionar, los médicos y cirujanos deben aprender a puncionar.

Hemos indicado ya las grandes reglas del tratamiento de las fistulas tuberculosas.

Para precisar mejor la manera de conducirse en cada variedad de fistulas, veamos ahora algunas observaciones respecto a las más típicas.

OBSERVACION I.—Fistulas múltiples de los testículos y de los epididimos. Fungus tuberculoso. Mal de Pott con gibosidad. Tuberculosis costal con absceso. Curación completa, obtenida en Berck en dos años y medio.

Pedro C. . . , de diez y ocho años, llega a Berck, hace unos tres años, flaco, pálido, caquéctico, con cuatro grandes localizaciones tuberculosas, a saber: un mal de Pott dorsal, una tuberculosis costal con absceso y tres grandes ulceraciones en cada lado del escroto; ulceraciones que dan origen a una supuración profusa, saniosa e infecta.

Solamente me referiré aquí a estos focos tuberculosos del escroto. Este había alcanzado el volumen de la cabeza de un niño, y estaba transformado en una esponja fungosa y supurante que bastaba apretar ligeramente en un punto cualquiera para que saliera pus en abundancia.

En estas masas enormes e irregulares de neoformaciones tuberculosas era imposible distinguir los testículos y los epididimos.

A derecha e izquierda los fungus supurantes formaban una hernia de 3 a 4 centímetros al través de las ulceraciones cutáneas.

No cabía ninguna esperanza de conservación. Sobre este punto estaban unánimes todos los médicos que habían visto el enfermo. El único tratamiento racional—dijéronle—de este voluminoso tumor ulcerado que comprende los dos testículos, los epididimos y tejidos próximos, era la amputación de todo el escroto. Esta conducta se imponía tanto más cuanto que esta supuración profusa y fétida aniquilaba al enfermo y que, como ya hemos dicho, tenía además dos otras tuberculosis graves: un mal de Pott y una tuberculosis costal supurada.

Sin embargo, a pesar de todo y contra todo, quisimos conservar una esperanza e intentar la conservación.

El tratamiento consistió en el reposo en la posición horizontal (posición que también reclamaba el mal de Pott), y vida en la playa desde la mañana hasta la noche.

Tratamiento local.—Desinfectamos lo mejor posible las ulceraciones y los trayectos fistulosos por medio de lavados con permanganato potásico; inyectamos luego aceite eucrotado yodoformado, y al cuarto mes inyectamos nuestras pastas medicamentosas.

Durante los cinco primeros meses la mejoría local fué poco apreciable; pero a partir de este momento el estado del enfermo se modificó de un modo tan notable y en tan buen sentido, que al cabo de un año la curación, bien que distase mucho de ser completa, era sin embargo segura. La cicatrización completa ha exigido dos años.

El volumen del escroto es hoy casi normal: en el lado izquierdo se encuentra hoy el testículo y el epididimo con sus dimensiones y consistencia casi normales; en el lado derecho se perciben dos núcleos indurados en el epididimo, núcleos duros, indoloros a la presión, constituídos por tejido escleroso de cicatrización.

Desde el punto de vista funcional, diremos que el enfermo ha tenido algunas erecciones nocturnas. No ha hecho aún pruebas más decisivas, pero le cabe la esperanza de poder practicarlas.

Al mismo tiempo el estado general es perfecto. El mal de Pott está curado, la gibosidad ha desaparecido (gracias a nuestros corsés enyesados con compresión dorsal algodoadada). La osteítis costal supurada está curada también (después de punciones e inyecciones).

A propósito de esta observación, debemos hacer notar que no existe un solo caso de tuberculosis (cerradas o fistulosas) de los órganos genitales del hombre, entre unas 280 que hemos visto en el espacio de diez y ocho años, que no haya curado en Berck, con el tratamiento conservador, por medio de las inyecciones; debiendo también hacer observar que todos los otros enfermos han curado en menos de un año, y solamente éste ha tardado doble espacio de tiempo, o sea dos años.

OBSERVACION II.—Once fistulas (osteítis de la pierna y del pie), que existían desde hacía veintidós años, curadas en Berck en diez meses.

Etienne K. . . , de París, de treinta y tres años, tenía en la garganta del pie, desde la edad de doce, un inmenso foco tuberculoso que progresivamente había invadido la pierna y el pie.

Los huesos estaban enfermos de la parte media de la pierna hasta los dedos. En esta ancha superficie se abrían once fistulas cuando tuve ocasión de verle por primera vez.

La supuración que salía por estas fistulas era más abundante desde hacía algún tiempo: el reposo obligado en una habitación de la capital, la inapetencia, la abundancia de la supuración, habían debilitado a este enfermo de una manera tan notable, que todos los cirujanos consultados declararon unánimemente que el único medio de salvarle la vida era la amputación de la pierna, la cual, por lo demás, era completamente inservible. Un médico radiólogo había dicho que en la pierna y el pie ya no existía substancia ósea, sino solamente una papilla.

El peligro era inmediato y urgía obrar. Se había llegado a decir que si esperaban quince días, quizás sería ya demasiado tarde: la familia había ya acordado que la operación tendría lugar el martes.

El día anterior, o sea el lunes, fui llamado en consulta a París; y, contra el parecer de todos mis colegas, creí no debía consentirse el sacrificio de la pierna antes de haber hecho una tentativa seria, paciente y larga de conservación. Terminé diciendo: "—Si en un plazo prudencial, después de diez o doce meses, por ejemplo, de esta seria tentativa de conservación, no se obtiene un resultado satisfactorio, aconsejaré la amputación, pero no antes." Aseguré, además, que nada perderíamos esperando, puesto que el estado general o local mejoraría con nuestro tratamiento, y que, si era preciso sacrificar el miembro después de estos esfuerzos perseverantes, la pierna estaría desinfectada, por lo menos parcialmente, y el enfermo tendría una resistencia física mayor que en la actualidad, además de la certidumbre que habría adquirido el enfermo de que el sacrificio era absolutamente necesario, puesto que nada podía ya evitarlo. Mis colegas sostuvieron su opinión, y objetaron que esta tentativa de conservación retardaría o hasta también comprometería una curación que solamente podía obtenerse con la amputación (!).

No hubo acuerdo entre nosotros.

Terminada la consulta, el enfermo manifiesta que quiere seguir mi parecer, asiéndose desesperadamente a esta tabla de salvación, que le permite, si no evitar, por lo menos retardar la amputación tan temida.

Dos días después se hizo trasladar a Berck, contra el parecer de todos mis colegas y hasta de su familia.

Tratamiento en Berck: reposo absoluto en un cochecillo, vida continua en la playa; curas diarias, y cada cuatro días una de nuestras inyecciones de creosota, naftol alcanforado y yodoformo.

Seis meses después el estado general había mejorado mucho, pero debo confesar que el estado local era poco más o menos el mismo. Durante el sexto mes de este tratamiento creí observar una pequeña mejoría de las heridas fistulosas. En efecto, un mes después dos de las fistulas (de once que había) se cerraban.

Durante el séptimo mes otra cicatrizó, el mes siguiente cuatro, y después otras tres. Al comienzo del décimo mes no quedaba más que una. Desde este momento pude asegurar la curación del enfermo. Esta se obtuvo a los diez meses y medio de tratamiento.

Esta curación completa, definitiva, dura desde hace más de once años. Durante este lapso de tiempo el enfermo hace un trabajo penoso; anda con su pie que, tras algunas sesiones de masaje, no solamente ha recobrado su fuerza, sino también los movimientos: con este pie y esta pierna de los que el médico radiólogo había dicho, la víspera del día señalado para la operación: "—No son huesos lo que tenéis en la pierna, sino una papilla."

OBSERVACION III.—De veintitrés fistulas (de coxalgia) infectadas, existentes desde hacia diez y seis años, veintidós curaron en Berck en menos de dos años.

Se trata de un coxálgico de treinta y tres años, Heriberto G..., de Barcelona, que llegó a Berck con veintitrés fistulas diseminadas alrededor de la cadera, en la pelvis y hasta en la raíz del miembro sano.

Las fistulas existían desde la edad de diez y siete años. Las primeras fueron consecutivas a la resección de la cadera, practicada por una coxalgia cerrada poco después de iniciada la enfermedad. En aquel entonces se buscó cerrar estas fistulas por medio de una nueva operación, no consiguiendo más que producir otras tres, para curar las cuales el enfermo es de nuevo operado en América, en Francia y en Alemania. Cuantas más operaciones se le practicaban, tantas más fistulas se abrían y más empeoraba el enfermo. A pesar de ello era cuestión de operarle de nuevo en París, cuando se le ocurrió consultar al Profesor Bier, de Berlín. Teniendo éste en cuenta el estado general y el local de este en-

fermo, y el fracaso de todos los tratamientos operatorios, nos lo manda para que lo tratemos según nuestros métodos conservadores.

Llegó a Berck hace poco más de dos años, casi moribundo. Pesaba 35 kilos, teniendo treinta y tres años. Su tinte es amarillento, terroso; tiene anhelación; carece de fuerzas; su voz está apagada, triste y casi inerte. De sus fistulas y de toda su persona se desprende un olor infecto que se extiende a lo lejos e incomoda a los que habitan en la misma casa, incomodándole a él también.

Orina escasa, con albúmina, hipertrofia del hígado rebasando ligeramente las falsas costillas. Temperatura vespertina por encima de 37°5. Alternativas de estreñimiento y de diarrea.

Tal era el enfermo que tuvo a bien enviarnos el Profesor Bier. A pesar de la confianza en nuestro tratamiento y la permanencia en Berck, no quisimos prometer la curación. Solamente dijimos: "Una o dos probabilidades, contra veinte, de salvarle."

Tratamiento.—Sométimosle al reposo **completo** (en decúbito dorsal). Procuramos desinfectar sus úlceras por medio de baños diarios; curaciones dos veces al día con lusoformo o permanganato potásico, etc.

Le hicimos permanecer toda el día en la playa, acostado en un catre. A no tardar, el olor fétido de que estaba impregnado se fué atenuando. Pudo comer, descansar y dormir. Fué desapareciendo el tinte icterico; la orina se hizo más abundante, gracias probablemente al régimen lácteo.

Al cabo de tres meses no había rastro de albúmina. La temperatura era normal. La supuración, menos abundante, ya casi no era fétida. Poco después comenzamos nuestras inyecciones de pasta: practicábamos la inyección por una de las fistulas, en tanto que tres o cuatro ayudantes estaban encargados de tapar los otros veintidós trayectos fistulosos para que no se escapara la pasta inyectada. Repetimos estas inyecciones cada diez días.

Después de seis meses de este tratamiento y de curas dos veces al día, catorce fistulas se habían cerrado y el enfermo había aumentado en 10 kilos.

Después de un año de tratamiento no quedaban más que tres fistulas insignificantes, por las que apenas salían algunas gotas de pus, que más bien era serosidad, sin otro olor ninguno. Al final únicamente quedaba una sola fistula, que de vez en cuando daba una gota de serosidad. El enfermo pesaba entonces 58 kilos (en lugar de los 35 que pesaba cuando llegó). Tiene buen semblante y está muy alegre.

He aquí un ejemplo de las resurrecciones que se obtienen a veces, que debemos esforzarnos en obtener siempre, pero que no es posible prometer de un modo absoluto cuando se trata de enfermos tan caquéuticos y tan infectados como éste.

OBSERVACION IV.—**Fistulas con secuestro voluminoso por necrosis de toda la parte inferior (cuarto inferior) del cúbito. Se había dicho: "—Esta mano debe cortarse." Sin embargo, pudo ser curada, sin operación, en Berck. El secuestro se eliminó espontáneamente. Pero después de esta salida del secuestro, la curación se hizo esperar dos años aún. Hoy la mano funciona normalmente.**

Se trata de un tumor blanco de la muñeca con fistulas múltiples consecutivas a la abertura espontánea de abscesos que no habían sido tratados (1881 y 1882).

Tratamiento.—En 1882 inyecciones de naftol alcanforado en las fistulas. En 1883 el secuestro tiene tendencia a salir por una de las fistulas. No tuvimos más que egerlo con una pinza. El año siguiente, salida de otro secuestro más pequeño. A pesar de la eliminación de los secuestros, la supuración continúa aún durante más de dos años. Inyecciones de aceite creosotado y de naftol alcanforado. Finalmente, en 1906 la cicatrización es completa. La curación se mantiene desde hace seis años. Hoy la mano tiene su funcionalismo y vigor sensiblemente normales.

Esta observación demuestra que la presencia de un secuestro no obliga a tomar el bisturí: la curación puede aún ser obtenida sin operación, porque los secuestros se irán desmenuzando con las inyecciones, o bien se eliminarán solos.

En este caso, la operación de extraer el secuestro no habría adelantado en nada la curación, puesto que, una vez salido, la curación tardó aún dos años; cosa que no es de extrañar, puesto que los tejidos blandos de la muñeca y las partes óseas vecinas del secuestro estaban infiltrados de tuberculosis.

La única operación completa y lógica, en este caso, hubiera sido la amputación, en tanto que, conforme vemos, con nuestros métodos esta mano ha podido ser conservada, continuando hoy, después de seis años, prestando todos los servicios de una mano normal.

Dr. Calot.

(“Le Monde Médical.” 5 y 15 de diciembre de 1913).

La Emetina en el tratamiento de las hemoptisis y de algunas otras hemorragias viscerales.

En un reciente artículo (1) llamamos la atención acerca de un nuevo medicamento cuyas aplicaciones tienden, al parecer, a generalizarse. Nos referimos a la emetina. Utilizada por primera vez en 1912 por un médico inglés de Calcuta—el Sr. Rogers—en el tratamiento de la disentería amibiana, la emetina ha conquistado rápida boga en el mundo médico. Ya sea en la disentería crónica con sus recaídas tan rebeldes a todos los tratamientos, o bien en las hepatitis disintéricas simples o supuradas, la emetina ha dado resultados siempre buenos, a menudo notables. Los trabajos y las observaciones de Rogers, de Chauffard, de Flandin y Dumas, de Dopter, de Rouget, de Costa, de Braillon, de Pauchet, etc., han ya demostrado los inmensos servicios que la emetina podía prestar, principalmente en las colonias, donde la disentería amibiana hace de por sí y por sus graves complicaciones tan numerosas víctimas.

Hoy queremos ocuparnos en otra aplicación terapéutica de la emetina, aplicación aún más reciente que la anterior, puesto que data únicamente de los ensayos de Flandin y Joltrain (2) y de algunos trabajos confirmativos publicados con posterioridad. Esa aplicación se refiere al **tratamiento de las hemoptisis**.

Dos sugerencias han inducido al Sr. Flandin a utilizar en tal caso la emetina: desde luego el hecho conocido de que la ipeca, a dosis nauseosas para los unos, vomitivas para los otros, es uno de los mejores medicamentos que oponer a la hemoptisis tuberculosa, hasta el punto de que el Sr. Sergent (3) afirmaba recientemente que la ipeca era—a su juicio—el mejor medicamento de la hemoptisis. Luego, este otro hecho observado por Rogers, por Chauffard y por otros en el empleo antidisintérico de la emetina: la desaparición casi siempre inmediata del aspecto sangriento que presentan las evacuaciones disintéricas o del pus de abscesos hepáticos evacuados quirúrgicamente o por vómitos. Relacionando entre sí ambos hechos, el Sr. Flandin ha probado de tratar ciertas hemoptisis por medio de la emetina, y a partir de su primer ensayo ha podido obtener un notable resultado.

He aquí la **técnica** empleada. La emetina que se utiliza no es precisamente la que Pelletier y Magendie fueron los primeros en extraer de la ipecacuana del Brasil. Esa emetina está constituida por unos polvos blancos, que amarillean en contacto con el aire, de sabor acre y hasta un poco amargo, poco soluble en el agua fría, más soluble en el agua caliente, y, sobre todo, en el alcohol y en el éter. Es un producto tóxico, puesto que Baermann y Heinemann, inoculándolo por vía venosa del animal, han observado accidentes graves con dosis relativamente más elevadas, habiendo fijado en 25 centigr. por 60 kilos de peso de animal la dosis máxima que se puede emplear en inyecciones intravenosas. Por todas estas razones, la emetina es poco manejable, siendo preferibles sus sales, particularmente el bromhidrato y, sobre todo, el **clorhidrato**, que es el más soluble.

Lo mismo que en el tratamiento de la disentería amibiana, el Sr. Flandin ha escogido la **vía subcutánea** como la mejor. Utiliza los mismos tubos empleados por el Sr. Chauffard contra la disentería, es decir, una solución que contiene 4 centigramos de clorhidrato de emetina por 1 centímetro cúbico. Esa dosis de 4 centigr. es la que se inyecta debajo de la piel del muslo o del costado, en una sola vez. El Sr. Flandin ha abandonado las inyeccio-

(1) “Monitor Terapéutico,” agosto de 1913.

(2) “Sociedad Médica de los Hospitales,” 17 de abril de 1913.

(3) “Sociedad Médica de los Hospitales,” 11 de abril de 1913.