

articular with or without the third fragment. The new conception of the pathogenesis of these traumas has been followed by a new therapeutic point of view. As there has been a sliding of the epiphysis which was attached to the limb, now the question is to do the opposite: placement of the extremity having well adjusted the epiphyseal caps forced flexion, internal rotation and abduction after more or less time guiding ourselves by the radiographic control.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Klassifizierung der Oberschenkelbrüche ist ein Hinblick auf das Pubertätsalter angebracht. Infolge unvollständiger Ossifikation sind die Oberschenkelbrüche bei Kindern sehr ausgedehnt, d. h. man findet vollständige Abtrennung des Gelenkkopfes oder der Epiphyse. Im Greisenalter sind die Oberschenkelbrüche infolge Osteoporosis zackig, intra-articulär, vom dritten Fragment begleitet oder nicht.

Die neue Auffassung der Pathogenie dieser Traumatismen hat einen neuen therapeutischen Gesichtspunkt zur Folge. Im selben Masse wie eine Verschiebung der Epiphyse, die am Oberschenkel befestigt war, eingetreten ist, handelt es sich darum, das Umgekehrte zu stande zu bringen: Einrichtung des Beines unter sorgfältiger einfügung der Epiphysenkugel, zwangsweise Flexion, innere Rotation und Abduktion während mehr oder minder langer Zeit unter radioskopischer Kontrolle.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS CONSECUENCIAS LEJANAS DE LAS FLEBITIS Y DE LOS GRANDES EDEMAS NO MÉDICOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

por el doctor

RENÉ LÉRICHE

Profesor de Clínica quirúrgica en la Facultad de Medicina de Strasbourg

Las flebitis de los miembros inferiores son afecciones banales y sin embargo, en ninguna parte encontramos reseñadas sus consecuencias lejanas. ¿Que queda al cabo de algunos años, de los grandes edemas de la "phlegmasia alba dolens" y de las flebitis en báscula? ¿Existen curaciones completas y cual es su mecanismo? ¿Que trastornos subsiguen a las flebitis ligeras, tan frecuentes como secuelas post-operatorias? En vano he buscado literatura precisa sobre estas cuestiones de práctica corriente.

Verdaderamente, no estamos más seguros de lo que hay, anatómicamente, en muchos de los síndromes llamados flebíticos. Un operado aqueja, hacia los 12 días un dolor en la pantorrilla que pronto se extiende hasta el triángulo de Scarpa y a todo lo largo de su vena. Aparece el edema. Se inmoviliza y pocos días después no queda nada. El enfermo se levanta, apareciendo un ligero edema por las tardes, durante algún tiempo, hasta desaparecer por completo. ¿Que ha pasado? ¿Hubo, verdaderamente, flebitis parietal y trombosis obliterante? ¿Si hubo trombosis, donde asienta el coágulo? ¿Hasta donde llega? ¿Se organiza? ¿En caso contrario, que es de él? ¿Cual es el mecanismo del edema en estos casos y porqué un día desaparece? Francamente, no sabemos nada de todo ello y sin embargo, estos casos son tan frecuentes que debiéramos conocerlos mejor.

En las grandes flebitis de la vena femoral, que trans-

forman la vena en un cordón fibroso, la aparición ulterior de varices traduce la falta de permeabilidad de la vía principal. Pero cuando no persiste ningún trastorno venoso aparente, es preciso admitir, parece, que la flebitis ha quedado muy localizada y que la zona obliterada es de pequeñas dimensiones. Creo que se puede interpretar el dolor del comienzo, que se difunde a lo largo del trayecto venoso, como la traducción de una brusca vaso-constricción idéntica a la que provoca, a veces, la inyección intravenosa de un líquido cáustico, tal como ocurre al tratar las varices por el método de SICARD. La existencia de este veno-espasmo no me parece dudoso y supongo que si la aplicación de sanguijuelas—la hirudinización según el método de TERRMIER—es a veces eficaz, es porque hace cesar el espasmo venoso que favorece la extensión de la trombosis. Es probable, asimismo, que esta constricción venosa extendida sea una de las causas del edema, pues si la vía principal de retorno de la sangre queda bruscamente bloqueada, la vía arterial no ha cambiado y hay, por consiguiente, un desequilibrio completo de la presión en el sistema sanguíneo.

Siempre sucede que cuando el espasmo cede, cuando se restablece el equilibrio de las circulaciones, el edema desaparece, quedando el enfermo en el exacto estado en que se encontraría quien llevara en un punto de su vena femoral una ligadura bien tolerada.

Sin embargo, al cabo de cierto tiempo, algunos de estos enfermos se quejan de una mayor propensión a fatigarse, de dolores, de calambres, de un ligero edema. En estos casos, sobre todo en personas jóvenes, puede pensarse en una indicación operatoria.

¿Que puede hacerse?

He intentado, en dos casos, descubrir la obliteración con intención de resecarla, pues creo, en efecto, que a nivel de una vena obliterada ocurren los mismos fenómenos de perversión vaso-motriz que a nivel de una arteria trombosada. Hace diez años describí el síndrome consecutivo a las obliteraciones arteriales y demostré que suprimiendo el segmento obliterado desaparecía el edema, la cianosis, la sensación de frío, la paresia muscular y los dolores. Al propio tiempo, mejora objetivamente la circulación periférica, como pueden probarlo la oscilometría y la termometría.

En los dos casos citados, descubrí la vena femoral desde el triángulo de Scarpa hasta el canal de Hunter, encontrándola pequeña, aplastada, apenas llena, teniendo una circulación muy reducida. Deduje de ello que había, más abajo, una obliteración completa y que la vena funcionaba sólo como una vía colateral secundaria. No pudiendo llegar a descubrir la obliteración, me limité a extirpar un fragmento venoso para su examen y a practicar una simpatectomía femoral. Ambos enfermos se aliviaron mucho y uno de ellos, al que seguí desde 1922 hasta 1925, bien puede decirse que quedó curado. La pared venosa, en este caso, estaba muy alterada histológicamente, aunque no presentaba trazas de inflamación. Su enditelio era normal, pero su capa muscular había desaparecido casi completamente, siendo reemplazada por fibras elásticas. Había, en conclusión, adaptación a las nuevas condiciones circulatorias.

Creo que tendría gran interés el renovar semejante tentativa y descubrir el nivel exacto de la obliteración. Podría llegarse, resecaando el segmento obliterado, a curar completamente tales enfermizos, sobre todo si se intervenía precozmente. He aquí un ejemplo:

Una joven mujer de 26 años, casada, sin hijos, no habiendo tenido abortos, pero habiendo tenido en marzo de 1925 un retardo de las reglas seguido de pérdidas, fiebre y dolores en la fosa iliaca izquierda, presenta, como secuela de este accidente, edema del pié, de la pierna y del muslo. Consideróse que tenía una flebitis pues, habiendo cesado los fenómenos agudos al cabo de algunas semanas, quedaron dolores pelvianos y edema del miembro inferior izquierdo. En junio de 1925 visité a la enferma. Por el tacto es posible constatar una anexitis izquierda y por encima, pegado a la pared pelviana, un cordón doloroso que también percibe la mano abdominal. Hay edema difuso; duro, de todo el miembro inferior. La circunferencia del muslo, después del reposo, mide 2 y 1/2 cm. más que la del lado opuesto. La oscilometría no señala ninguna lesión arterial. El 18 de junio fué intervenida por mi Jefe de Clínica STULZ, siéndole resecaados los anejos izquierdos, pegados a la pared. La trompa estaba sana, pero el ovario, muy grande e inflamado, adhería al peritoneo pelviano. Explorado el cordón doloroso que se percibía por la palpación, se vió que lo formaba la vena iliaca primitiva. Aconsejé a STULZ lo resecara y completara la intervención con una simpatectomía peri-arterial. La resección venosa alcanzó toda la vena, desde la bifurcación de la iliaca hasta el agujero crural. La sección no sangraba y sólo se colocó una ligadura en el cabo distal. La vena estaba rodeada de una espesa ganga esclerosa y amarillenta de la que no pudo liberarse. La arteria, intacta, es normal y se contrae bien durante la simpatectomía. El resultado operatorio normal, desapareciendo el edema rápidamente. Quince días después de la intervención, a la salida del Hospital, apenas quedaba, siendo la diferencia entre las circunferencias de ambos muslos de 1 centímetro solamente. En las semanas siguientes todo desapareció, quedando la enferma completamente curada. He vuelto a verla en enero de 1927 y no presenta el más ligero edema, llevando una vida normal.

El examen histológico, practicado por el doctor MASSON, mostró una esclerosis de la adventicia y de la túnica media, cuyos fascículos musculares estaban disociados por haces fibrosos presentando en algunos puntos nódulos de inflamación crónica. La endovena estaba engrosada y tenía el aspecto de la endo-arteritis vegetante. El trombus era adherente en todo su alrededor; estaba organizado con un esbozo de recanalización. Encerraba pocos pigmentos ferruginosos, dada su antigüedad.

Es evidente que en este caso la resección venosa fué la que hizo desaparecer el edema. No puede pensarse, ni por un instante, que esta desaparición fuera consecuencia de la ablación de un ovario adherente y no creo que la simpatectomía periarterial, sin resección venosa, pudiera tener iguales efectos. Además, la resección de una vena iliaca externa obliterada no podía cambiar

las condiciones de la hidráulica venosa del miembro inferior y sólo podía obrar suprimiendo una causa permanente de reflejos vasculares creadores de edema. De aquí resulta el modo como puede obrar la intervención que propongo y el interés que tendría el conocer mejor la anatomía macroscópica de las flebitis localizadas.

* * *

El estudio del tratamiento de los grandes edemas crónicos de los miembros inferiores, nos mostrará el mismo hecho en otra forma.

Vemos, de vez en cuando, enfermos llegados al período medio de su vida y que presentan grandes edemas crónicos de los miembros inferiores. Ordinariamente, estos edemas están repartidos de un modo desigual en los dos lados. El edema es más bien duro, aunque muy diferente de la infiltración de la elefantiasis. Es a menudo doloroso. La piel conserva apenas la huella del dedo y presenta a veces un aspecto rojo sombra en reposo, siendo francamente cianótica en la estación en pié. En uno de mis casos había, además, pequeñas ulceraciones en la pierna. Este edema tiene otro carácter distintivo: no queda localizado en los miembros inferiores, sino que alcanza la nalga y llega a la ensilladura lumbar. No es reductible por el reposo ni por el régimen.

En presencia de tales edemas sin causa médica, sin antecedentes sifilíticos, es difícil llegar a un diagnóstico exacto, si el examen no muestra ningún tumor pelviano, susceptible de comprimir las gruesas venas de la pelvis.

Cuando el edema es de aparición reciente, se piensa en un neoplasma prostático o de otra naturaleza, pero cuando los accidentes son de larga fecha, no se sabe, verdaderamente, a que atribuirlos.

En semejantes condiciones, he intervenido cuatro veces, laparatomizando para verificar el estado de las venas pelvianas. La primera vez empecé controlando, en una primera sesión, el estado de las venas femorales, haciendo una simpatectomía periarterial que fué completamente ineficaz. Las otras veces he intervenido *d'embliée*. He aquí lo que he encontrado:

En mi primer caso se trataba de una mujer de 56 a., que se quejaba de un gran edema de los miembros inferiores, predominando a la izquierda. La enferma precisaba mal el origen y principio de su afección y antes de las constataciones operatorias que voy a mencionar, no tenía ya ninguna idea del posible mecanismo de los accidentes. Entonces, después de múltiples exámenes médicos, después de un largo reposo en la cama, después del fracaso del tratamiento específico y de una doble simpatectomía femoral, hice una laparatomía en 31 de octubre de 1925, en posición inclinada. El epiplón adhería a las asas intestinales y no logré, al principio, rechazarlas hacia el diafragma, pues estaban fijadas en el fondo de la pelvis. Cuando las hube separado y rechazado, apercibí una asa de intestino delgado que, a la izquierda, parecía desaparecer completamente detrás del peritoneo parietal, levantándolo y haciendo relieve por debajo de él, para volver a aparecer a nivel del

ciego. Era evidente que un intenso proceso de peritonitis plástica había soldado esta asa contra el peritoneo parietal posterior, exteriorizándola en cierta manera de la cavidad peritoneal. Después de incidir esta lámina sobre el borde convexo del intestino, pude movilizar el asa y separarla. Estaba completamente desperitonizada y su huella se veía impresa sobre la bifurcación de la vena cava y sobre el origen de la vena ilíaca primitiva izquierda. Una placa blanquecina marcaba la zona de presión sobre la arteria ilíaca primitiva. La vena ilíaca estaba muy dilatada por debajo de la huella intestinal, a nivel de la cual estaba manifiestamente deprimida y comprimida. La circulación apenas se verificaba, aunque no había ninguna trombosis. La encrucijada aortico-cava fué librada del tejido fibroso que englobaba, asimismo, el nervio sacro, los ramos simpáticos y los ganglios linfáticos yuxta-arteriales. Enseguida que el asa fué completamente liberada, la circulación normal se restableció bajo nuestros ojos. Si dejaba caer el asa, el éxtasis venoso se reproducía. Era preciso, pues, mantener el intestino definitivamente separado si se quería conservar una circulación normal, pero la cosa era difícil. Atrayendo el vértice de la S ilíaca, lo insinué entre los vasos y el asa delgada, probando de reperitonizar con ayuda del meso de la S ilíaca. Reconstituí como pude, más bien mal que bien, el peritoneo, sin lograr hacerlo perfectamente.

Por la noche tenía la impresión de que el edema había aumentado, pero al día siguiente había disminuído sensiblemente. A los dos días apenas quedaba un pequeño vestigio en el dorso del pié, donde la piel estaba flácida y arrugada. No se podía marcar la huella del dedo en la región pretibial. Al cuarto día, la desaparición era completa en todo el miembro.

Hacia el octavo día reapareció el edema, que aumentó insensiblemente en el lado izquierdo y al cabo de un mes había retornado al estado primitivo. Sin embargo, la enferma se encontraba mejorada y contenta del resultado. Ella volvió en verano de 1926, pidiéndome si podía hacer algo más para completar su mejoría. Yo rehusé, pues el caso me parecía por encima de toda posibilidad terapéutica, enviándola a su casa, donde falleció de pulmonía, hace poco tiempo.

Falta saber cual pudiera ser el origen de la peritonitis causal. La enferma, primitivamente, no contaba ninguna enfermedad susceptible de tener un efecto parecido; después, hecha ya la operación, vino a decir que a la edad de 25 años había tenido partos febriles y un absceso abdominal que fué abierto por la vagina. El edema comenzó quince años más tarde, aunque es evidente que tuvo su origen entonces.

En los quince últimos años la situación se había agravado progresivamente, hasta el punto de convertir aquella mujer activa en una verdadera enfermiza.

Me parece útil subrayar el gran interés de este hecho que muestra, a pesar del poco éxito terapéutico terminal, que la causa de estos edemas puede ser precisada y que hace pensar en que sería posible al comienzo de su evolución, curarlos mediante una terapéutica apropiada.

Animado por este hecho, he intervenido *d'emblée* en

tres otros casos. Todas las investigaciones posibles habían sido practicadas para despistar la causa del edema. No había podido ponerse en evidencia una neoplasia latente. El edema era reciente: en un caso databa de tres años y medio, en otro de un año y en otro de seis meses. En uno de los casos había comenzado como una flebitis espontánea, en báscula, en un hombre vigoroso, sin fiebre. En los otros dos casos, el edema apareció poco a poco, sin causa aparente y se había agravado progresivamente en el curso del trabajo. En los tres casos encontré bajo el peritoneo parietal posterior las venas ilíacas primitivas apretadas por un tejido de esclerosis densa. No había ninguna lesión intraperitoneal. Todo era sub-escleroso. La esclerosis remontaba hasta la bifurcación de la vena cava y, en dos de los casos, descendía más abajo de la bifurcación de la ilíaca primitiva. Las tres veces, así que liberé las venas, éstas recobraron bajo mis ojos un calibre sensiblemente normal. La esclerosis primitiva era, pues, la causa del trastorno existente en la circulación venosa. Pensé al principio que la esclerosis era de origen linfático y que el bloqueo venoso era consecutivo a una linfangitis pelviana de causa desconocida. Pedí al Dr. MASSON que examinara en este sentido los fragmentos de tejido resecaos, resultando del examen que no había vestigios de linfangitis y que, contrariamente, en la masa conjuntiva había un número importante de filetes simpáticos y de células ganglionares. Señalábase, asimismo, la existencia de una especie de paraganglio voluminoso, formado por un entrelazamiento de fibras simpáticas entre las que se apercibían corpúsculos táctiles y grupos de grandes células con protoplasma vacuolar finamente granuloso con el aspecto de la substancia cromáfina. De este examen quiero hacer resaltar que si los linfáticos no son la causa del edema, éste, en cambio, interesa a los elementos simpáticos.

El tejido de esclerosis que he descrito, llegaba en todos los casos hasta las paredes arteriales, pero éstos quedaban libres e intactas. Las arterias ilíacas se yuxtaponían al tejido escleroso que los respetaba. Acaso esto permita explicar un carácter bastante particular y en apariencia paradójico, del examen clínico de estos casos. Las oscilaciones estudiadas en los miembros inferiores comenzaban, en efecto, en dos de estos enfermos, muy alto, al extremo de la graduación del aparato de Pachon y proseguían hasta el cero, con amplitudes bastante grandes. La resistencia extrínseca, representada por el tejido escleroso, pudiera explicar esta hiperpulsabilidad.

Otro hecho debe señalarse, desde el punto de vista arterial. En un caso, así que la vaina vascular común fué incindida, la arteria ilíaca primitiva, repentinamente liberada, tomó más espacio y se puso a describir sinusoides animadas de latidos, sobre la pared de la pelvis. Hubiérase dicho que las arterias se habían vuelto demasiado largas y que sería imposible volverlas a su lugar. Este estado arterial, cuya significación ignoro, lo había encontrado ya otras veces a nivel de los miembros; se encuentra, asimismo, en las flexuosidades de la temporal, pero esto no nos orienta casi sobre su significación.

En otros dos casos, las arterias ilíacas primitivas estaban anormalmente engrosadas, teniendo el volumen de la terminación aórtica y siendo muy pulsátiles. Hay pues, un estado que juega un papel coadyuvante en el mecanismo del edema.

En conclusión, en estos grandes edemas crónicos, mis cuatro observaciones demuestran que es preciso buscar una causa pelviana inflamatoria, intra o sub-peritoneal.

* * *

¿Cuales son los resultados terapéuticos proporcionados por la intervención? En mis cuatro enfermos, desde el día siguiente al de la intervención, había disminuido considerablemente el edema que no habían podido reducir varias semanas de reposo en la cama. Los pies estaban más flácidos y los miembros inferiores caientes; mucho más que la parte superior del muslo, por ejemplo. Los dolores habían cesado y podía esperarse en todos los casos, una curación completa. Desgraciadamente, aunque el edema llegó a desaparecer completamente, no siempre se mantuvo tal resultado.

En la enferma cuya historia he resumido anteriormente, la recidiva se hizo lentamente, pero los dolores y las molestias no volvieron a presentarse.

En un hombre que llevaba hacía tres años un edema bilateral considerable, con cianosis e incomodidad extrema, pareció obtenerse la curación. Cuando abandonó la clínica, 25 días después de la operación, y andando ya desde hacía varios días, el edema no había reaparecido y la circunferencia del muslo había descendido de 49 a 41 centímetros. Ulteriormente, sin embargo, recidivó también. En este caso, la esclerosis se extendía muy abajo en la pelvis y en cuanto a la intervención no se había podido hacer, una buena liberación venosa. Es probable que la esclerosis se rehiciera poco a poco y reenglobara las venas en una ganga idéntica a la que se había extirpado.

En un tercer caso, en que el edema predominaba, sobre todo a la izquierda, acompañándose de grandes placas eritematosas y de una pesadez dolorosa, la operación había sido bastante satisfactoria, siendo completa la liberación de la vena ilíaca izquierda, en que fué posible alcanzar todo el tejido escleroso. Casi no había hecho nada a la derecha, donde sólo había un mínimo de signos. (Este enfermo es el citado anteriormente, como presentando las arterias ilíacas demasiado largas y flexuosas). Desde el día siguiente, los dolores y el edema desaparecieron; luego lo hicieron las placas eritematosas. La circunferencia del muslo disminuyó sensiblemente hacia el tercer día y la de la pierna pasó en tres días de 34 a 30 centímetros. Cuando el enfermo se levantó a los 19 días, no había ya edema. Estuvo levantado por espacio de dos horas y cuando volvió a acostarse, la pierna izquierda estaba flácida, en cuanto que la derecha se edematizó un poco y se induró alrededor de la región maleolar. A la salida del Hospital continuaba en el mismo estado. Examinado este enfermo en 6 de febrero último (7 meses después de la operación) por mi colaborador FONTAINE, observó que la pierna izquierda (la más afectada anteriormente) no se hinchaba ya, contrariamente, la derecha flácida

en reposo, aumentaba de volumen desde que el enfermo se levantaba. No tenía molestias, aunque no había reanudado sus ocupaciones. Podía andar sin fatiga y en posición acostada el aspecto de las dos piernas era casi normal. A la izquierda no habían ni indicios de edema, en tanto que a la derecha había un muy ligero edema pretibial con una huella digital bien marcada. Sin embargo, las dos pantorrillas son ligeras y no son aparentes las redes venosas superficiales. A la izquierda, la dermatitis pigmentaria ha disminuido claramente. Cuando el enfermo se levanta, no hay cambio en el lado izquierdo, en tanto que el miembro derecho se pone rápidamente cianótico. Al cabo de pocos minutos los tobillos están asfícticos. En este caso, por consiguiente, el resultado ha sido manifiesto, aunque, desgraciadamente, unilateral. Esta insuficiencia del resultado, parece depender de una insuficiencia de la operación, pues en el lado donde la operación fué completa la curación ha sido absoluta; en el otro lado, en el que no hice nada por ser poco limpios los signos clínicos, ha persistido el edema.

Se dirá probablemente, que los resultados transcritos no son muy demostrativos, ya que no se ha obtenido ninguna curación completa y sí, solamente mejorías que unas veces han sido pasajeras y en otras durables, aunque unilaterales. Creo, sin embargo, que cumplen una indicación precisa y que desde ciertos puntos de vista son muy alentadores. Cuando se piensa en las dificultades que ofrecían los casos señalados en mi inexperiencia absoluta acerca de tales afecciones, y en que los tres casos los edemas enormes y antiguos, que nada había podido reducir, desaparecieron completamente en tres días, es preciso convenir en que hay un hecho interesante, tanto desde el punto de vista fisiopatológico como desde el de una orientación terapéutica.

Podrá creerse que es ilógico liberar venas, cuando es imposible ponerlas al abrigo de una esclerosis cicatricial post-operatoria, peor, acaso, que la anterior, pero pensar así no dejaría de ser un apriorismo, pues no sabemos si las cosas pasarán fatalmente así, ya que debe haber una fase de la enfermedad en que exista simplemente un tejido esclero-edematoso, no organizado definitivamente todavía, y en este caso la liberación podría conducir a la curación definitiva. La prueba de ello la tenemos en que en uno de mis casos, no había recidivado, al cabo de 7 meses, un gran edema duro del lado más enfermo, en que la vena estaba englobada en una extensión de 7 a 8 centímetros.

Instruido por los casos reseñados, pienso, en adelante, intervenir precozmente, haciendo siempre una liberación bilateral y no quedaría sorprendido de que en alguna ocasión obtuviera una curación completa.

No debe creerse que esta suerte de intervenciones son técnicamente fáciles. En un sujeto vigoroso, incluso laparotomizado extensamente, es difícil liberar una gruesa vena adherida al fondo de la pelvis, por el temor de desgarrarla y por el estorbo representado por el meso de la S ilíaca, adherido, asimismo, en ocasiones. Hacia arriba, la liberación queda detenida por la tercera porción del duodeno, que es preciso in-

clinar, a veces, para ver la entrecruzada de la cava. Por otra parte, es preciso evitar cuidadosamente el lesionar los gruesos troncos linfáticos que pasan de la pequeña a la gran pelvis, abrazando las arterias ilíacas. Afortunadamente, resultan bien visibles.

Desde el punto de vista de los resultados obtenidos, uno de mis enfermos murió al 6.º día con un síndrome extraño que daba la impresión de una insuficiencia glandular aguda. En la autopsia M. MASSON, encontró una doble surrenalitis aguda. Había además decalcificaciones de las válvulas aórticas determinando una ligera estenosis con insuficiencia, atéroma de las arterias ilíacas y una gangrena pulmonar, predominando en el vértice derecho. Nada de esto fué sospechado clínicamente en este enfermo; que había sido, sin embargo, minuciosamente examinado en la Clínica Médica del Profesor MERKLEN. Nada hacía sospechar el brusco accidente que lo llevó a la muerte y que quizás puede achacarse a un accidente post-anestésico. Uno de mis enfermos ha tenido pequeños infartos tardíos, pero sin gravedad.

En otros dos casos, ha habido durante cuatro días hinchazón abdominal con una verdadera dificultad de emisión de gases, sin temperatura ni síntomas peritoneales. Sólo al 8.º a 10.º días vuelve el enfermo al estado normal y el estado post-operatorio sigue su marcha natural. Es muy posible que esta pereza intestinal dependa de las dilaceraciones simpáticas que produce la intervención a nivel del meso-colon ilíaco. El examen histológico que ya he mencionado, demuestra que son afectados numerosos elementos y por otra parte, en el caso que fué autopsiado, MASSON demostró un verdadero edema de la mucosa del intestino mayor que acompañaba un meteorismo que de ningún modo era producido por una inflamación peritoneal.

Nos encontramos con ello en una de esas incógnitas habituales en cirugía simpática, aunque sin duda se acerca el momento de aclararlas.

A pesar de los relativos fracasos terapéuticos y de las dificultades de que he hablado, he creído oportuno hablar de estos hechos que arrojan alguna luz sobre la cuestión aún desconocida de la patogenia de los edemas crónicos, que no tienen ninguna causa médica y que no dependen de una compresión por tumor.

Es una cuestión que toca de cerca la de las flebitis de que hablaba el principio y que como ésta, merece ser estudiada más atentamente de lo que se ha hecho hasta hoy.

RESUME

L'auteur s'occupe des conséquences lointaines des flebitis et des œdèmes des membres qui ne reconnaissent pas de raison médicale en attribuant l'œdème à un acte de réflexe qui prend son origine au niveau des paranglions et des cordons sympathiques l'existence desquels il a démontré dans la gange sclérotique qui entoure les veines flogosées. Les grands œdèmes chroniques, pas médicaux des membres prendraient leur origine des scléroses périvénuses de topographie pelvienne. Il expose quelques cas personnels dans les quels il procédait de manière à libérer les veines incorporées dans la gange sclérotique, y obtenant des résultats qui méritent qu'on compte avec eux, principalement comme les traitements reconnus avant n'ont donné aucun résultat positif.

SUMMARY

The writer deals about the remote consequences of flebitis and edema of the limbs that do not recognize a medical reason attributing the edema to a reflex action arising at the level of the paraganlion and sympathetic cords of which existence he has showed in the sclerotic gland surrounding the inflamed veins. The large non-medical edemas of the limbs would occur from perivascular sclerosis of pelvic topography. He describes several of his own cases in which he proceeds in such a way as to liberate the veins incorporated to the sclerotic gang, obtaining results deserving notice and chiefly because the treatments known previously have not given any satisfactory results.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser beschäftigt sich mit den Folgen der Phlebitis und des Oedems nicht medizinischen Ursprungs indem er das Oedem als einen Reflex bezeichnet, der im Bereich der Paraganglion und Sympathicusfasern, die wie er darlegt in dem sklerotischen Zellenmagma, das die entzündete Vene umgibt, vorhanden sind, ausgelöst wird. Die grossen, chronischen, nicht medizinischen Oedeme der unteren Extremitäten haben. Er erklärt einige Fälle, in denen er die Venen von dem sklerotischen Zellenmagma befreite und dadurch Resultate erreichte, die umso beachtenswerter sind als die bisherige Behandlungsweise nicht zu positiven Resultaten führte.

LA QUIMIOTERAPIA DE LA BLENORRAGIA POR LOS DERIVADOS DE LA ACRIDINA

(Primera nota)

por los doctores

XAVIER VILANOVA

Dermatólogo

A. RAVENTÓS MORAGAS

Cirujano urólogo

de Barcelona

El problema de la terapéutica de la blenorragia está aun por resolver. Ninguno de los procedimientos hasta ahora empleados satisface por completo al espíritu del médico, pues si bien con casi todos se obtienen curaciones, también numerosos fracasos los decepcionan.

Y en este paso vacilante e inseguro de esperanza a desilusión (los derivados argénticos, las vacunas, la proteinoterapia), surge de nuevo el experimentador animoso, con un nuevo método que tal vez nos conduzca hasta la meta del ideal: la curación.

Y así, una de estas fases, es la de la quimioterapia por los colorantes preconizada por YOUNG con su mercurocromo 220, MOGENROT con su Rivanol, y la escuela francesa con la gonacrina.

Estos productos han sido usados sobre todo en septicemias, pielonefritis e infecciones en general, y siempre su empleo en la gonococia ha sido cosa secundaria.

Hubiéramos querido ensayar los tres medicamentos pero no ha sido posible, dado el elevado coste de los mismos, así como no disponer de servicios con numerosos contingentes de enfermos; lo cual ha hecho sue sólo el último haya sido empleado sistemáticamente, amén de algunos ensayos aislados con Rivanol que por ahora no merecen cuenta, y que dejaremos para