

combatir los accidentes que sobrevienen, y por esto he pensado que os sería más provechoso el insistir casi exclusivamente sobre las afecciones crónicas, es decir, sobre las lesiones mitrales y aórticas.

En la próxima lección entraré de lleno en el tratamiento de los aneurismas de la aorta, que, aunque son muy raros, merecen, sin embargo, toda vuestra atención.

TRATAMIENTO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LA AORTA

LECCIÓN PRIMERA

TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA

RESUMEN —De las enfermedades de la aorta.—De la terapéutica de los aneurismas.—Necesidad de un diagnóstico exacto.—Causa de error.—Medios terapéuticos propuestos.—Método de Valsalva y de Albertini.—Inopexia.—De la compresión.—Aparatos y cubiertas protectoras.—Rotura del aneurisma.—Peligros de la compresión en el aneurisma torácico.—Sus buenos efectos en el aneurisma de la aorta abdominal.—Método inglés y método de Broca.—Inyecciones subcutáneas de ergotina.—Aplicación del hielo.—Sus ventajas y sus inconvenientes.—Medicamentos internos.—Sales de plomo.—Alumbre.—Digital.—Ioduro de potasio.

SEÑORES:

Las afecciones crónicas de la aorta ofrecen pocos triunfos á la terapéutica, y cuando se trata de la aortitis aguda ó crónica el tratamiento instituido se dirige más contra los síntomas presentados por el enfermo que contra la enfermedad misma; y como estos síntomas, casi todos de vecindad, son muy análogos á los que determinan las afecciones de los orificios de la aorta, y sobre todo la insuficiencia, se comprende fácilmente que la terapéutica será casi idéntica en los dos casos.

Así, pues, no me ocuparé aquí más que del tratamiento de una enfermedad de la aorta, rara, es verdad, pero que merece, sin embargo, toda vuestra atención; porque, como veréis, el médico puede, con medios apropiados, detener á veces la marcha de la afección.

ción: quiero hablaros del aneurisma de la aorta. Y lo que me anima, señores, á tratar esta cuestión es que tenemos justamente en este momento en nuestras salas un hombre afecto de aneurisma aórtico, y en el que me propongo aplicar un medio de tratamiento hasta ahora no usado en Francia. Otro enfermo, asimismo en nuestra clínica, y que me ha sido recomendado por mi compañero el doctor Malfilâtre (1), puede daros una idea del desarrollo á veces

(1) Este enfermo, de cincuenta años de edad, recomendado por el doctor Malfilâtre (de Coulonces), tiene en la región dorsal y en la parte posterior y lateral del costado izquierdo del pecho un tumor enorme pulsátil, que mide 12 centímetros de altura; este tumor no da ningún ruido de soplo á la auscultación, sino ruidos de latidos.

El corazón parece estar sano; este hombre tenía un edema muy considerable de los miembros inferiores.

M. Dujardin-Beaumez, visto el estado del enfermo, que era caquéctico, visto especialmente el desarrollo enorme del tumor, rehusó en este caso la aplicación de la electrolisis, y el enfermo sucumbió, tres meses después de su entrada, por los progresos de la caquexia.

La autopsia permitió hacer constar los puntos principales que habían sido observados durante la vida. Existía en el tórax, al nivel de la inserción del diafragma, una bolsa aneurismática enorme rodeando completamente la columna vertebral, y presentando una circunferencia de 57 centímetros. Esta bolsa presentaba dos porciones: la una, mucho más considerable, ocupaba todo el costado izquierdo del tórax, rechazando el pulmón hacia la parte superior de la cavidad torácica y reduciéndole al estado de una simple lámina. La otra parte,

mucho menos voluminosa, excedía un poco del lado derecho de la columna vertebral, formando una elevación en la cavidad torácica derecha. Este tumor rechazaba las costillas en el costado izquierdo, y había destruido la octava, novena y décima costillas. El corazón, ligeramente rechazado hacia la parte media, descansaba sobre el tumor; este corazón, poco voluminoso, no presenta ninguna alteración. La aorta no estaba alterada, y en la parte descendente y posterior era donde se encontraba la abertura de la bolsa; abertura que tenía 7 centímetros de extensión. La bolsa aneurismática contenía un enorme coágulo, que estaba compuesto de dos partes. La parte media, correspondiente á la aorta y á la columna vertebral, presentaba un coágulo de nueva formación; mientras que, por el contrario, las partes laterales, constituyendo las partes derecha é izquierda del tumor, en una extensión de 18 centímetros, presentaban una alteración profunda y muy curiosa de seis de las vértebras dorsales. Los espacios intervertebrales se conservaban únicamente, en tanto que, por el contrario, los cuerpos vertebrales estaban profundamente excavados y alterados.

M. Dujardin-Beaumez, comunicando esta observación á la Sociedad de los hospitales en la sesión de 28 de diciembre de 1877, enseñó una

enorme que llegan á adquirir estos sacos aneurismáticos.

Como en las afecciones del orificio aórtico, pasaré ligeramente sobre la clasificación y la sintomatología de los aneurismas; haciéndoos observar, sin embargo, que no voy á hablar más que del aneurisma falso consecutivo (1), constituido por una bolsa más

pieza seca de este saco aneurismático notablemente preparada por su compañero M. Benjamín Anger, en la que se pueden observar las particularidades señaladas anteriormente; después M. Dujardin-Beaumez terminó su comunicación esclareciendo los puntos siguientes: primero, la precisión del diagnóstico, que había sido hecho durante la vida por M. Constantino Paul; en segundo lugar, la falta de trastornos parapléjicos, á pesar de la alteración profunda de la columna vertebral; finalmente, la presencia de coágulos fibrinosos enormes que se habían formado espontáneamente en este tumor.

(1) Los aneurismas de la aorta, más frecuentes en el hombre que en la mujer, en la proporción de 10 á 3 según Lebert; más frecuentes también en Inglaterra que en Francia, tienen su asiento principalmente en la aorta ascendente, al nivel de los senos de Valsalva; después, por orden de frecuencia, se les observa en el cayado de la aorta, la aorta torácica y la aorta abdominal. Se les divide en:

1.º *Aneurisma verdadero*.—Dilatación de las tres tunicas de la arteria.

2.º *Aneurisma mixto externo*.—Destrucción de las tunicas interna y media. La externa es la única que persiste.

3.º *Aneurisma mixto interno*.—Dos casos pueden presentarse: 1.º, ó bien las dos tunicas externas están rotas y la interna forma hernia á

través de ella; 2.º, ó bien la túnica media sola está rota; la túnica interna forma hernia á su través y se adhiere á la túnica externa.

4.º *Aneurisma falso consecutivo*.—La bolsa aneurismática se encuentra rota, y la sangre se esparce en el tejido celular vecino, que entonces forma sólo la pared de la nueva cavidad.

5.º *Aneurisma varicoso ó arteriovenoso*.—Comunicación entre la bolsa y una vena vecina, aorta y arteria pulmonar (Laënnec), aorta y vena cava (Syme, de Edimburgo), aorta y vena cava superior (Goupil). Los más frecuentes son los que comunican con el árbol pulmonar. Los menos comunes son los de entre el cayado de la aorta y la vena cava superior.

6.º *Aneurisma disecante*.—Se observa sobre todo en los sujetos de avanzada edad, pero es muy raro; la sangre se colecciona entre la túnica externa por una parte y las tunicas media y externa por otra. Pueden presentarse dos casos: ó bien el canal artificial no tiene más que una abertura por la que se introduce la sangre, ó bien hay una segunda abertura por la cual este líquido puede penetrar en la aorta. Estos casos han sido señalados por Nicholls (1760), Laënnec, Guthrie, Shelketon, Hop, Peacock, Rokitsansky, etc.

7.º *Aneurisma difuso*.—Rotura del aneurisma circunscrito bajo la piel y los músculos, en el aneurisma torácico por ejemplo, ó rotura en el

ó menos extensa y adyacente al vaso. Aquí, más que nunca, el diagnóstico de la afección debe presentar la mayor precisión. Al principio de estas lecciones os decía que, sin diagnóstico preciso, el tratamiento era incierto y dudoso; jamás hubo axioma más verdadero cuando se observa la historia terapéutica de los aneurismas de la aorta, y porque este diagnóstico no ha sido hecho siempre exactamente se han atribuido á ciertos medicamentos el poder de determinar la curación de esta enfermedad.

De descubrimiento relativamente reciente, negado por unos, afirmado por otros, el aneurisma de la aorta no fué verdaderamente reconocido hasta después del principio de este siglo (1); y si podemos hoy es-

tejido celular subperitoneal, en los casos de aneurisma de la aorta abdominal.

Las variedades más frecuentes son: el aneurisma verdadero y el aneurisma mixto externo.

Las formas son variables: fusiformes ó cilindroides, sacciformes y en bolsa con cuello. Cilindroide es ordinariamente el aneurisma verdadero con sus tres tunicas; el sacciforme es el que adquiere mayor volumen; en estos casos hay ordinariamente aneurisma mixto interno con adherencias de las tunicas interna y externa á través de la túnica media rota. El aneurisma en bolsa con cuello es una variedad de la forma precedente, constituida, según Rokitansky, por una hernia

de la túnica interna á través de la media (a).

(1) Desconocidos de los antiguos, los aneurismas internos no han sido señalados hasta después del fin del décimosexto siglo. Vesale el primero, en 1559, relata el caso de un aneurisma diagnosticado durante la vida y comprobado por la autopsia. Después de él, Baillon indica los casos de un tumor aneurismático encontrado en la autopsia. Después vienen los trabajos de Lancisi, Valsalva, Albertini, Malpighi, Morgagni (1761), que arrojan nueva luz sobre la cuestión; Morgagni especialmente, que reúne los trabajos de sus antecesores, estudia la formación de los aneurismas, las alteraciones de los vasos, los fenómenos

(a) Nicholls, *Philosophical Transactions*, vol. LII.—Maunoir, *Mémoire sur l'anévrysme et la ligature des artères*, Ginebra, 1802.—Laënnec, *Traité d'auscultation médiate*.—Guthrie, *On the diseases and injuries of Arteries*. Londres, 1830.—Shekelton, *Dublin Hosp. Reports*, vol. III.—Peacock (T.-B.), *Edimb. Med. and Surg. Journ.*, 1843, abril.—Thurnam, *On aneurism*, en el *London Med. Chir. Trans.*, 2.ª serie, vol. XXIII, 1840.—Smith, *Spontaneous varicose aneurism* (*Dublin Med. Journ.*, vol. XVII, 1840).—Goupil, *De l'anévrysme artérioso-veineux spontané de l'aorte et de la veine cave inférieure* (Tesis de París, 1855).

tablecer, en la mayor parte de los casos, un diagnóstico exacto, lo debemos á los progresos considerables que han hecho nuestros medios de investigación. Gracias á la percusión, á la auscultación y al método gráfico, que permite estudiar simultáneamente los latidos producidos en el tumor arterial y los latidos del corazón, y comparar los trazados obtenidos, podemos limitar la extensión de la bolsa, precisar sus dimensiones y conocer la magnitud de la abertura que la hace comunicar con la aorta.

A pesar de todos estos medios, habéis visto, sin embargo, errores de diagnóstico cometidos aun por

á que da lugar la presencia de la bolsa y el tratamiento que hay que oponer á la enfermedad. Pero no es verdaderamente hasta después de Scarpa (1804), que estudia los aneurismas en general y los de la aorta en particular, Corvisart (1806), Hodgson (1815), y sobre todo después del descubrimiento de la auscultación, después de Laënnec (1819) y Bouillaud (1823), cuando

se conoce bien el aneurisma de la aorta, que ha da lo lugar desde esta época á tan notables trabajos. Entre los numerosos autores que se han ocupado de ellos, y que sería demasiado largo enumerarlos todos, se pueden citar los nombres de Stokes, Greene, Gendrin, Bellingham, Thurnam, Guthrie, Hope, Shekelton, Peacock, Rokitansky, Lebert, etcétera (a).

(a) Vesale, en *the Bonet sepulchretum anat.*, libro IV, sección 2.ª, observación 21.—Baillon, *Epidémies et éphémérides* (trad. por Yvaren, París, 1858).—Lancisi, *De motu cordis et aneurysmatibus*. Romæ, 1728.—Albertini, *Animadversiones super quibusdam respirationis vitiiis* (Bolon., *Comm.*, tomo I, 1751).—Morgagni, *De sedibus et causis morborum*.—Hunter (W.), *History of Aneurism of the aorta* (*Med. obs., and inquiries*, tomo I).—Scarpa, *Sull' aneurysma*. Pavia, 1804.—Corvisart, *Essai sur les maladies du cœur*, 1818.—Hodgson, *Traité des maladies des artères et des veines* (trad. por Preschet, 1819).—Bouillaud, *Diagnostic des anévrysmes de l'aorte* (Tesis, 1823).—Laënnec, *De l'auscultation médiate*, 2.ª edición, París, 1826.—Greene, *On the symptoms and Diagnosis of Aneurism and other Tumours in the cavity of the thorax* (*Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1836).—Stokes, *Aneurism of the Abdomin. Aorta* (*Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1844).—Gendrin, *Mémoire sur le diagnostic des anévrysmes des grosses artères* (*Rev. médic.*, 1844).—Lebert, *Physiologie pathologique*, 1845.—Bellingham, *Dublin Medical Press*, tomo XIX, 1848.—Rokitansky, *Ueber die wichtigsten Krankheiten der Arterien*, Wien, 1852.—Guthrie, *On the diseases and injuries of Arteries*. Londres, 1830.—Shekelton, *Dublin Hosp. Reports*, vol. III.—Para las demás indicaciones bibliográficas, véanse los artículos del *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* y del *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, y el tratado de Broca sobre los aneurismas.

los médicos más distinguidos y los más expertos en semejante examen. Comprenderéis, pues, fácilmente que si nuestros maestros se engañan hoy, cuán grandes serían las causas de error cuando hace algunos años los médicos no poseían todos estos medios de investigación. Es necesario, pues, bajo el punto de vista terapéutico, y sobre todo bajo el punto de vista de los resultados obtenidos, tener cuenta de la época en que han sido recogidas las observaciones para atribuir á estos casos su justo valor.

Dificultades
del diagnóstico.

Aunque en estas lecciones no puedo extenderme en el diagnóstico de los aneurismas, deseo, sin embargo, indicaros una causa de error. Es de las más frecuentes y la que ha producido y produce todavía hoy ilusiones en el diagnóstico. Me refiero á la presencia de una caverna pulmonar, más ó menos extensa, en relación con el cayado de la aorta. En ciertos tísicos, en efecto, se observa, gracias á la vecindad de los vasos y del corazón, no solamente ruidos de latidos y de pulsaciones más ó menos vivas simulando los aneurismas, sino también verdaderos movimientos expansivos que son considerados como el signo patognomónico de los sacos aneurismáticos.

Por mi parte, he observado en el hospital de la Caridad un enfermo que presentaba estos latidos y estos movimientos expansivos en su sùmmum de intensidad. Todos los que le habían examinado afirmaban la existencia del aneurisma de la aorta; pero la autopsia vino á desvanecer esta creencia y á manifestarnos no un saco aneurismático, sino una simple caverna en la parte superior del pulmón derecho en relación con el cayado de la aorta.

Me parece que no se han dado todavía explicaciones suficientes de estos latidos expansivos, y estoy

inclinado á admitir que se verifican de la manera siguiente: la bolsa pulmonar en contacto con la aorta, sobre todo si esta caverna es extensa y no comunica con los bronquios más que por una abertura muy estrecha, representa al observador el aparato de que se sirve Marey para registrar las pulsaciones del corazón. El cardiógrafo, en efecto, está, como sabéis, constituido por un saco más ó menos extenso, y en el que los menores movimientos, transmitidos por el aire que contiene, vienen á influir sobre un tambor que pone en movimiento el índice encargado de inscribir las pulsaciones. Mas aquí cada pulsación de la aorta produce, en el aire de la caverna, un movimiento análogo al del cardiógrafo, lo que determina movimientos expansivos que corresponden á los latidos de la aorta.

Pero volvamos á nuestro asunto y estudiemos los medios terapéuticos propuestos para curar estos aneurismas.

Hasta en estos últimos tiempos, el único método usado ha sido el de Albertini y de Valsalva. Consiste en someter al enfermo á la dieta y á un reposo prolongado; para producir la mayor emaciación, se añadían á esto las sangrías á menudo repetidas, y antes de instituir un tratamiento reparador, estos médicos esperaban á que el enfermo, debilitado, desfallecido, pudiese apenas levantar los brazos de la cama sobre la que estaba acostado. Pelletán, Hopes, Hodgson y Chomel practicaban este método ligeramente modificado: las modificaciones se referían, en efecto, exclusivamente á la cantidad de sangre que habían de extraer de una vez. ¿Es preciso abrir largamente la vena y sacar bastante sangre para determinar lipotimias? ¿Es preciso, por el contrario, evitar estos accidentes? Estos eran los puntos de discusión; la sangría también parecía imponerse como una nece-

Método
de Albertini
y de Valsalva.

sidad del tratamiento de los aneurismas de la aorta, y no os admiraréis, pues, de saber que Hopes extraía en estos casos, durante diez y seis días consecutivos, 300 gramos de sangre cada día á su enfermo (1).

En una época más próxima á la nuestra, sin embargo, un médico de Dublín, el doctor Bellingham, volvió á usar este método de Albertini y de Valsalva, y le ha aplicado de nuevo, modificándole: suprimía las sangrías y mantenía al enfermo en una dieta severa y rigurosa; no permitía más que 60 gramos de líquido y 60 gramos de alimentos sólidos al día; además, exigía del paciente el decúbito dorsal prolongado durante todo el tiempo del tratamiento. Al cabo de cierto tiempo, cuando los latidos habían disminuído, volvía gradualmente á un régimen reparador.

¿Cómo explicar las curaciones obtenidas en estos casos é indicadas en numerosas observaciones? ¿Es preciso pensar que todos los observadores se engañaron ó que todos tuvieron errores de diagnóstico? Esto me parece muy exagerado, y aun admitido que en muchos casos se hayan podido cometer errores, no podemos, sin embargo, generalizar el hecho, y nos vemos obligados á buscar otra explicación.

Sabéis, señores, que bajo ciertas influencias, la sangre ve sus materiales líquidos coagularse en el interior de los vasos, formando así coágulos más ó

(1) El doctor Waters, de Liverpool, relata un buen resultado obtenido por la medicación de Valsalva.

Un hombre de cuarenta años tenía un tumor pulsátil en la clavícula derecha; se le dió sin resultado el ioduro de potasio y el acetato de plomo al interior y el hielo al exterior. Después se le condenó al reposo más absoluto, haciéndole

guardar día y noche el decúbito dorsal y la posición horizontal durante mes y medio.

Como alimento, el paciente no tomaba más que 7 onzas de pan, 3 de carne y 8 de líquido; se le permitía tomar algunos trozos de hielo y fumar una pipa de tabaco.

La curación se obtuvo con este régimen (*British Medicine Times*, 1856).

menos voluminosos, sobre todo en el sistema venoso: este estado caquético ha recibido el nombre de *inopexia*. El estado caquético es el que determina esta alteración de la fibrina, y es posible que en los enfermos tratados por el método de Albertini y Valsalva se haya obtenido por esta medicación una caquexia artificial y determinado la producción de coágulos en el saco aneurismático. Si se une á esto otro hecho, demostrado por las experiencias fisiológicas, de que existe siempre entre el número de glóbulos y la fibrina de la sangre un antagonismo tal que cuanto mayor número de glóbulos disminuya más aumenta la cifra de la fibrina, se comprenderá que esta doble influencia de las sangrías produciendo una aglobulia más ó menos notable por una parte, y del estado caquético producido por el rigor del régimen por otra, hayan podido provocar en el saco la producción de coágulos más ó menos voluminosos.

Pero lo que se comprende más difícilmente es que estos coágulos hayan podido ser coágulos activos. Recordaréis, en efecto, los trabajos notables de Broca, que han arrojado sobre el tratamiento de los aneurismas una luz tan resplandeciente, demostrando la influencia de los coágulos activos y pasivos, los unos determinando una curación definitiva, los otros solamente un alivio pasajero (1).

(1) Cuando se examina un saco aneurismático se ve que contiene dos especies de coágulos: los unos duros, más ó menos blanquecinos; los otros blandos, coloreados, friables; estos últimos ocupan el centro del saco, los otros sus paredes. Bellingham fué el primero que en 1847 demostró la diferencia que existe entre los coágulos blandos y los coágulos duros: los primeros se forman cuando la sangre está estan-

cada, completamente parada; mientras que los otros se desarrollan cuando, no estando interrumpida la circulación arterial, la fibrina se deposita lentamente sobre las paredes del saco aneurismático. Broca, que, en su magnífico Tratado, ha adoptado y desarrollado la teoría de Bellingham, dice: «Los coágulos activos (ó duros) ó fibrinosos son los que se forman bajo una influencia vital; los coágulos pasivos (ó

El método bárbaro y cruel de Valsalva está abandonado desde hace mucho tiempo, y en nuestros días nadie se atrevería á proponer un tratamiento y una dietética semejantes. Por el contrario, deseando aumentar la fibrina de la sangre, nutrimos, alimentamos al enfermo dándole sustancias azoadas, fibrinosas, que permiten obtener, cuando la coagulación de la sangre se produce, coágulos fibrinosos activos que dan lugar á una obliteración duradera.

Sabéis, señores, que la compresión ha dado en el tratamiento de los aneurismas quirúrgicos bellísimos resultados, y Vanzetti (a), con un excelente método de compresión digital, ha proporcionado un

blandos) son los que se forman cuando la sangre deja de obedecer á las leyes de la vida».

Los coágulos activos son los únicos que pueden determinar la curación del aneurisma; son estratificados, formados de varias capas delgadas, blanquecinas, superpuestas y cuya firmeza aumenta poco á poco; refuerzan la pared del aneurisma, provocan por su presencia el depósito de nuevas capas de fibrina y pueden así producir la obliteración del tumor. Según Broca, serán susceptibles de cierto grado de organización, mientras que los coágulos pasivos constituyen una masa inerte no susceptible de transformarse en tejido viviente; pueden ser reblandecidos, disociados por la corriente sanguínea y desaparecer por disolución; no hay, pues, que contar con ellos para producir la curación de la bolsa; muy al contrario, su presencia misma podría

en algunas ocasiones provocar la inflamación y la supuración del saco.

Para Broca los coágulos son primitivamente activos ó pasivos, y un coágulo pasivo no puede transformarse posteriormente en coágulo activo; Richet advierte que los coágulos fibrinosos son al principio fibrino-globulares, y que esta transformación puede operarse por inflamación, estén ó no estos coágulos separados de la circulación; Lefort piensa, como Richet, que el coágulo puede transformarse; para él, el coágulo que se forma en la pared de un aneurisma no es, como pretende Broca, primitivamente fibrinoso; se compone á la vez de fibrina de los glóbulos y de suero; pero contrariamente á la opinión de Richet, piensa que la transformación no puede tener lugar más que persistiendo la comunicación entre la arteria y el saco aneurismático (b)

(a) Vanzetti, *Annali universali di medicina*. Milán, 1858 (*Bull. de la Soc. de chirur.*, septiembre de 1857).

(b) O'Bryen Bellingham, *Observ. on Aneurism and his treatment by Compression*, 1847.—Broca, *Traité des anévrysmes*, 1856.—Richet, artículo ANÉVRYSMES, *Dict. de med. et de chir. pratiques*, 1865.—Le Fort, artículo ANÉVRYSMES, *Dict. encycl. des sciences médicales*, 1866.

tratamiento aun más eficaz; se ha pensado aplicar el mismo procedimiento al aneurisma de la aorta. Pero aquí la dificultad es grande: situada profundamente en la caja torácica, la aorta llega al abdomen costeando la columna vertebral, y se encuentra separada de las paredes abdominales por todo el espesor del paquete intestinal; la compresión de los aneurismas de la aorta torácica es imposible en su principio; sólo se puede efectuarla si el tumor, habiendo destruído los espacios intercostales ó las costillas, forma una elevación más ó menos voluminosa al exterior.

En estos casos se ha aconsejado aplicar, ora un aparato compresivo, ora cubiertas más ó menos elásticas, que ejerzan sobre la pared de la bolsa una compresión suave y prolongada. Broca (1) enseñó últimamente dos enfermos que debían al empleo de este método un alivio notable. Se trataba de sacos aneu-

(1) En uno de estos casos se trataba de una mujer de cincuenta años, poco más ó menos, en la que se observaba la existencia de un aneurisma del cayado de la aorta, formando una salida á nivel del esternón, con pulsaciones y ruidos de fuelle bien manifiestos.

La enferma fué sometida á un régimen muy moderado y á un reposo absoluto; después, esperando, dice M. Broca, rechazando ligeramente la fibrina en el saco, hacerla servir así de núcleo á las nuevas capas fibrinosas; se aplicó en el tumor colodion ordinario no elástico, y por consecuencia retráctil. Al día siguiente el tumor estaba reducido á los dos tercios; al otro día no había ya ruidos de fuelle, los latidos habían disminuído considerablemente; el pulso, hasta entonces igual en los dos lados, aunque muy débil, estaba menos deformado en la

izquierda que en la derecha, donde era casi insensible. Los dos pulsos, sin embargo, se hicieron iguales un poco más tarde.

M. Broca explica este hecho así: el tumor, situado en la pared anterior del cayado de la aorta, al nivel del tronco braquio-cefálico; antes de la aplicación del colodion, el pulso era muy débil en los dos lados, á causa de la interposición en la corriente sanguínea de un vasto saco de derivación; después el colodion, rechazando el tumor, ha determinado la compresión del tronco braquio-cefálico, y en su consecuencia el debilitamiento notable del pulso derecho; en fin, formados los coágulos en el tumor, y retraídos éstos, este vaso volvió á ser permeable, y la desaparición del saco devolvió al pulso toda su fuerza en los dos lados. (*Gaz. des hôpitaux*, 1873.)

rismáticos extratorácicos, sobre los que se habían aplicado capas sucesivas de colodion.

A pesar de estos felices resultados, no me atrevo á preconizar esta terapéutica. Observad, en efecto, que los aneurismas, aun los más voluminosos, los que forman bolsas muy considerables, no se abren al exterior; esta es, al menos, una terminación excepcional; ordinariamente, la abertura se verifica hacia adentro, determinando una hemorragia interna rápidamente mortal. He visto, por mi parte, en la clínica de Behier un enfermo afecto de una bolsa aneurismática enorme; su piel azulada y delgada hacía creer á cada instante una rotura exterior; no sucedió nada de esto, y el enfermo sucumbió por una hemorragia en el pulmón. Se han visto también, cosa muy notable, enfermos que presentaban una rotura apenas perceptible en la piel de un tumor torácico voluminoso poder vivir largo tiempo todavía á consecuencia de la aplicación de un vendaje metálico que impedía aumentar á la solución de continuidad, y sucumbir, en fin, á una hemorragia interna.

El peligro, como veis, pues, no existe por parte de la piel, sino por parte de las vísceras. Cuando hacéis la compresión exterior, por moderada que sea, favorecéis el desarrollo del saco por el lado de las vísceras, y por esto mismo la rotura; hay más: esta compresión podrá deshacer los coágulos ya formados y hacerlos pasar á la circulación. Y lo que os digo aquí, señores, no es una simple ilusión de la imaginación. Tillaux ha indicado un caso en que una compresión, y por cierto muy moderada, del tumor produjo accidentes graves (1). Evitad, pues, la com-

(1) Se trataba de un enfermo de cincuenta y cuatro años de edad, afecto de un tumor aneurismático en la aorta, que ocupaba el borde

derecho del esternón al nivel de la segunda y tercera costillas. El doctor Tillaux hizo una primera compresión con los dedos y redujo com-

presión, al menos para los aneurismas de la aorta torácica.

No sucede lo mismo respecto á la aorta abdominal, y aquí, bajo el punto de vista terapéutico, la diferencia entre el aneurisma abdominal y el aneurisma torácico es de las mayores. La compresión, en efecto, en estos casos, ha producido excelentes resultados, y en una tesis reciente, Woirhaye ha dado una estadística que demuestra que, en nueve casos tratados así, hubo seis curaciones, proporción relativamente considerable (1).

pletamente el tumor, que reapareció á medida que la compresión disminuía. El enfermo no experimentó con esto la menor incomodidad. «No pensando de ninguna manera que esta experiencia fuese peligrosa, tuvimos, dice el cirujano, la desgraciada idea de renovarla para permitir á los discípulos que se dieran cuenta de la abertura esternal; pero apenas se obtuvo de nuevo la reducción, cuando el enfermo, al que preguntamos: *¿Sufre usted?* respondió: *Yo, no...* y bruscamente interrumpió la frase; vimos entonces una transformación inmediata de la cara: la boca permanecía entreabierta, los ojos sin expresión, como vidriosos, las facciones inmóviles; la cara, expresando algunos segundos antes una viva inteligencia, se volvió pálida, y presentaba una expresión inerte; el cuerpo estaba inmóvil y parecía en completa resolución,

»Elevamos inmediatamente los dos brazos del enfermo; el izquierdo sólo volvió á caer inerte. Algunos segundos después la parálisis pasó de izquierda á derecha. El accidente duró diez horas y diez minutos. Ya media hora después la inteligencia había reaparecido bastante para que el enfermo comprendiese su situación y ensayase el

responder. A las dos horas, la hemiplejía derecha empezó á disminuir; á las tres horas se levantaba con gran dificultad, es cierto, y orinaba voluntariamente. Al día siguiente la hemiplejía había desaparecido casi en absoluto, pero quedaba una afasia completa. La afasia misma disminuyó los días siguientes, para desaparecer del todo hacia el séptimo día después del accidente.» (Tillaux, *Bull. de Thérapeutique*, tomo LXXXV, pág. 232.) El enfermo murió un mes después de este accidente, á consecuencia de una hemorragia.

El coágulo, que se había separado de la bolsa bajo la influencia de la presión, debió ser un coágulo pasivo y se reabsorbió. La autopsia, en efecto, no ha permitido hacer constar el menor coágulo en las arterias cerebrales, que estaban perfectamente normales.

(1) Los cirujanos ingleses practican la compresión total y continua de la aorta abdominal con ayuda de la anestesia; he aquí cuáles, según la tesis de Woirhaye, su modo de operar:

Después de haber sometido durante varios días al enfermo al reposo, á un régimen y á una dieta severa, se le administra la víspera de la operación un purgante para