

RÉSUMÉ

L'amyloidose généralisée atypique ou paramyloïdose se distingue de la forme typique par le fait d'affecter des organes et des systèmes que la dernière respecte en général, et parce qu'elle n'affecte pas la rate, les reins et le foie, pour ne pas avoir d'étiologie connue, et en outre, histologiquement, par la forme nodulaire des infiltrations, par l'irrégularité des réactions colorées et par la fréquence qu'on observe des processus de réabsorption.

On communique au moins 41 cas de cette affection dans la littérature. L'étude de la bibliographie démontre qu'on ne peut attribuer aux points de vue de Lubarsch rien qu'une valeur de synthèse théorique, étant donné que les cas de transition à la forme typique sont très fréquents.

On cite les théories pathogéniques de LETTERER, STOEBER et VOLLAND. On décrit les principaux cadres cliniques que peut présenter la maladie. La macroglosie amyloïde est le symptôme de plus de valeur diagnostique. La dégénération amyloïde primaire du cœur doit être comprise dans le diagnostic différentiel de la miodegeneratio cordis.

On décrit un cas de cette maladie, vieille de deux ans, avec symptômes de mixoedème, de nécrose et enfin d'asistolie, présentant une langue amyloïde énorme. La biopsie d'un ganglion inguinal révèle des substances amyloïdes. L'autopsie et l'examen histologique montrent une amyloïdose atypique du myocarde, de la langue, des ganglions inguinaux des artères de calibre moyen (thyroïdes), et néphrose.

On attribue la néphrose et l'amyloïdose à une même cause inconnue. On établit l'hypothèse que le mixoedème soit secondaire à l'amyloïdose des vaisseaux de la glande thyroïde.

LA INFILTRACIÓN ANESTÉSICA DEL SIMPÁTICO LUMBAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS TÓRPIDAS DEL MIEMBRO INFERIOR

V. SALLERAS LLINARES

Cátedra de Patología Quirúrgica II de la Facultad de Medicina de Barcelona, PROF. DR. P. PIULACHS

Hemos recogido una serie de 25 casos de úlceras tórpidas de las piernas, de etiología distinta, que han sido tratadas por la abolición temporal del simpático lumbar mediante el bloqueo anestésico catenarior. La mayor parte de nuestros enfermos habían sido tratados anteriormente con todo el arsenal de tópicos locales; aceite de hígado de bacalao, bálsamo del Perú, foliculina, violeta de genciana, etc., y nosotros mismos habíamos ensayado el ácido nicotínico en aplicación *in situ* sin más resultado que una mejoría transitoria. En otros enfermos la terapéutica fué di-

rigida al simpático vascular, pero no por ello los resultados fueron mejores.

De acuerdo con su etiología nuestros 25 enfermos han podido ser clasificados en los grupos siguientes:

- 1.º Úlceras postraumáticas: Por quemadura, por contusión, por arma de fuego.
- 2.º Úlceras postinfecciosas.
- 3.º Úlceras varicosas.
- 4.º Úlceras postflebíticas.
- 5.º Úlceras de muñón.

TÉCNICA. — Muchas son las técnicas que se han descrito para la infiltración del simpático lumbar, pero en realidad todas derivan de la de KAPPIS, que en 1914 la practicó por primera vez; casi todas las demás, LÉRICHE y FONTAINE, GOUDE, TOSATTI, LABAT, sólo se diferencian de la de KAPPIS en la distancia de la apófisis espinosa al punto en que se hace la punción. LUNDY, sin embargo, propone punccionar perpendicularmente a la apófisis transversa angulando la aguja lo suficiente para pasar por encima o por debajo de dicha apófisis, y después de penetrar unos 3-4 centímetros más, hace la infiltración. RACINE por su parte determina la bisectriz del ángulo que forman la línea bisiliaca posterior y la vertical que pasa por la espina iliaca pósterosuperior y a 3 centímetros de esta última y sobre la citada bisectriz marca el punto de punción.

Por nuestra parte utilizamos en reglas generales la técnica descrita por KAPPIS, pero modificando el sitio de punción según sean las características anatómicas del enfermo.

Para la punción empleamos agujas de 12 centímetros de largo y de un calibre que no sobrepase el milímetro de diámetro; no siempre hacemos previamente anestesia local del punto de inyección y del trayecto a seguir por la aguja, por resultar en general la inyección fácilmente tolerable.

Injectamos siempre una solución de novocaína al 1 por 100 y la cantidad varía de 10 a 20 c. c.; no hemos utilizado nunca las soluciones oleosas preconizadas por DANZELOT en 1938 para la infiltración del ganglio estrellado por no juzgarlo necesario, ni las infiltraciones con alcohol o con la solución de PAVONE (alcohol de 60°, estovaina, ácido fénico) por considerar que el peligro de provocar neuritis a veces rebeldes no es compensado por la mayor eficacia del método. FLOTHOW por su parte reconoce haber tenido también neuritis después de la infiltración con procaína al 2 por 100; en ninguno de nuestros casos se ha presentado afortunadamente esta complicación desagradable. En realidad puede afirmarse que si se tiene la precaución de antes de inyectar constatar que la aguja no ha penetrado en un vaso o en espacio intradural (aspiración en la jeringa de sangre o líquido cefalorraquídeo), el procedimiento está prácticamente exento de peligros.

La infiltración puede repetirse impunemente y obtener con ello una acción parecida a la alcoholización, por lo que a duración del efecto vasomotor se refiere, sin ninguno de sus inconvenientes. En principio infiltrábamos a nuestros enfermos a intervalos de cuatro a seis días; actualmente repetimos la inyección a los 2, 3, 4, 5, 6 días de la precedente, o sea un total de seis bloqueos en el espacio de tres semanas; en general basta con éstas para conseguir la curación,

pero en caso contrario iniciamos una nueva serie con las mismas características de la anterior. El éxito de la infiltración lo hemos venido comprobando por la sensación objetiva y subjetiva de calor en el miembro bloqueado, y por las modificaciones oscilométricas.

Finalmente en algunos de nuestros enfermos hemos asociado a las infiltraciones la colocación de injertos tipo Tiersch o Reverdin en el momento en que la úlcera está prácticamente esterilizada y con granulaciones rojas de aspecto sano; en estos casos, aparte de acortar el tratamiento, se han obtenido epitelizaciones de excelente calidad. Creemos que es mejor esta asociación a la preconizada por LÉRICHE y FONTAINE de hacer los injertos después de una simpatectomía periarterial, sin ser necesario llegar tampoco a la gangliectomía como propone DURANTE.

Como cura local de la úlcera utilizamos simplemente un apósito de gasa esterilizada, aunque en úlceras muy infectadas empapamos las compresas con suero salino hipertónico durante los primeros días; en úlceras eczematizadas suelen dar excelentes resultados las pincelaciones perifocales con solución alcohólica de violeta de genciana.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Vamos a exponer sintetizadas nuestras 25 observaciones, señalando el tiempo de evolución, tratamientos anteriores fracasados, número de infiltraciones practicado, duración del tratamiento y resultados obtenidos.

ÚLCERAS POSTRAUMÁTICAS

a) Quemaduras

Observación núm. 1. — Faustina M. C. Úlcera consecutiva a quemadura en cara posterior muslo y rodilla. Evoluciona desde hace 2 años. Fracasaron plastias cutáneas, injertos de Tiersch repetidos, cura oclusiva tipo Orr. Nueve infiltraciones. Cuarenta y cinco días de tratamiento. La úlcera se ha reducido hasta 1 cm. de diámetro, la cicatriz sobre la que asienta ha recuperado su elasticidad, dejando la región en condiciones de intentar una nueva plastia. Sin embargo, consideramos el tratamiento como fracasado.



Fig. 1

b) Traumatismos por contusión

Observación núm. 2. — Arturo R. Úlcera postraumática $\frac{1}{2}$ medio pierna izquierda. Tres meses de evolución. Fracasó tratamiento arsenical a pesar de tener Wassermann negativo. Tres infiltraciones en 30 días. Curado.

Observación núm. 3. — Antonio D. L. Úlcera $\frac{1}{2}$ pierna izquierda. Seis meses de evolución. Ocho infiltraciones e injertos de Reverdin. Treinta días. Curado.

Observación núm. 4. — Julio G. C. Úlcera en cara antero-interna pie izquierdo. Cuarenta y cinco días de evolución. Injertos de Tiersch y cuatro infiltraciones. Treinta días. Curado.

Observación núm. 5. — Silvina T. Úlcera cara dorsal del pie consecutiva a amputación traumática de los dedos. Cinco meses de evolución. Injertos de Reverdin y tres infiltraciones. Diecisiete días. Curada.

Observación núm. 6. — Demetrio A. Úlcera dorso pie derecho. Cinco meses de evolución. Seis infiltraciones e injertos de Reverdin. Veintiocho días. Curado. (Figs. 1 y 2.)

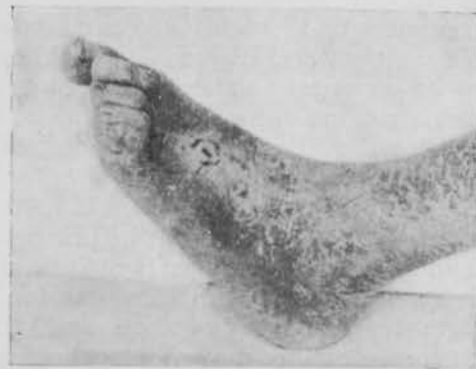


Fig. 2

Observación núm. 7. — Ramón F. F. Úlcera $\frac{1}{3}$ medio pierna derecha. Tres meses de evolución. Cinco infiltraciones. Veintidós días. Curado.

Observación núm. 8. — Antonio P. Z. Úlcera $\frac{1}{3}$ medio pierna derecha. Cincuenta días de evolución. Dos infiltraciones. Dieciséis días. Curado.

Observación núm. 9. — Manuel V. T. Úlcera dorso pie derecho. Sesenta días de evolución. Cura de Bayton que fracasó. Cinco infiltraciones. Veintidós días. Curado. (Fig. 3.)

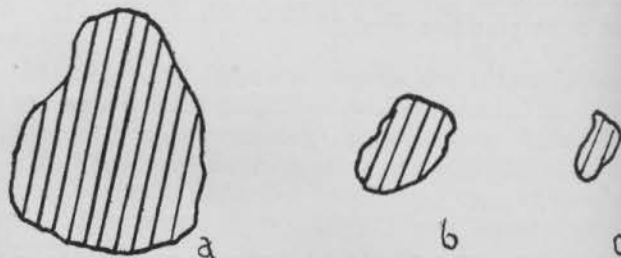


Fig. 3. — Calcos de la evolución del tamaño de la úlcera del enfermo Manuel V. T. (Observación 9.)

a, antes de iniciar el tratamiento; b, a los 12 días; c, a los 18 días

c) Heridas por arma de fuego

Observación núm. 10. — Ramón F. C. Herido de bala nueve meses antes; desde hace tres no progresa su curación. Cura de Löhr que no le mejora. Tres infiltraciones. Veinticinco días. Curado. (Fig. 4.)

Observación núm. 11. — Joaquín L. G. Herido metralla dos años antes. Tres úlceras eczematizadas en $\frac{1}{3}$ medio y superior de la pierna derecha. Curas de Löhr, Orr, ultravioletas. bloqueo novocaínico del simpático femoral, cura arsenical por tener Wassermann positivo, fracasadas. Cuatro infiltraciones. Veintiún días. Curado.

Observación núm. 12. — Melchor V. T. Herido metralla diecinueve meses antes. Úlcera tórpidas en $\frac{1}{2}$ superior cara anteroexterna pierna izquierda. Curas de Orr, Löhr y Bayton fracasadas. Cuatro infiltraciones. Veintitrés días. Curado.

Observación núm. 13. — Felisindo C. G. Herido metralla treinta meses antes. Úlcera tórpidas en $\frac{1}{2}$ medio pierna iz-

quierda que no progresa desde hace un año. Curas de Löhr, Bayton y cura arsenical por Wassermann positivo, fracasadas. Dos infiltraciones con notable mejoría. Simpatectomía perifemoral. A los dos meses la úlcera está peor que antes de operar.

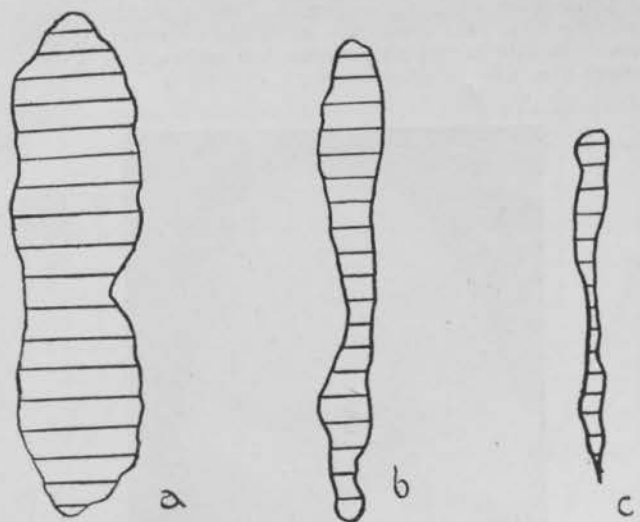


Fig. 4. — Calcos de la evolución del tamaño de la úlcera del enfermo Ramón F. C. (Observación 10.)
a, antes de la infiltración; b, a los 7 días; c, a los 18 días

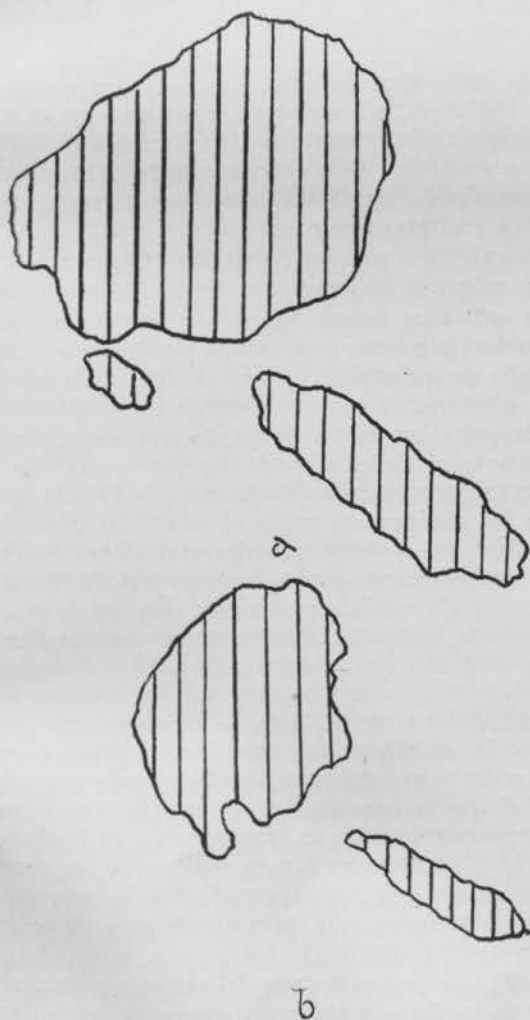


Fig. 5. — Calcos de la evolución del tamaño de la úlcera del enfermo Felisindo C. G. (Observación 13.)
a, antes de iniciarse el tratamiento; b, a los 7 días

Curas con bálsamo del Perú, violeta genciana, cura al aire, nuevo tratamiento arsenical, sin resultado. Después de dos meses más, todavía ha aumentado el tamaño de la úlcera y está muy infectada. Cuatro infiltraciones. A los veintitrés días de tratamiento franca mejoría siendo dado de alta por orden superior. Mejorado. (Fig. 5.)

Observación núm. 14. — Joaquín L. Z. Herido metralla dos años antes. Úlcera supramaleolar externa pierna izquierda. Simpatectomía perifemoral. A los dos meses todavía no ha cicatrizado del todo. Una infiltración. Cuatro días. Curado.

Observación núm. 15. — Eugenio O. M. Herido metralla dieciocho meses antes. Úlcera tórpida $\frac{1}{8}$ inferior pierna derecha. Curas de Löhr y Bayton sin resultado. Cinco infiltraciones. Veintinueve días. Curado.

Observación núm. 16. — José M. R. Herido metralla dos años antes. Úlcera en cara anterointerna $\frac{1}{8}$ medio pierna izquierda. Curas de Löhr, Bayton, bálsamo del Perú y cura arsenical a pesar de Wassermann negativo sin éxito. Cuatro infiltraciones sin resultado. Evacuado antes de seguir tratamiento con injertos de Reverdin. Fracasado.

En el grupo de enfermos con úlceras postraumáticas de distinto origen, vemos como los resultados pueden considerarse excelentes; tan sólo en un caso (Obs. núm. 16) las infiltraciones no dieron lugar a la mejoría apetecida, pero sin embargo pusieron la úlcera en condiciones de practicársele unos injertos, propósito que no se realizó por ser evacuado el enfermo del Hospital. En todos los demás la curación se ha presentado en un plazo reducido, que oscila entre 4 y 30 días, excepto en otro enfermo (Obs. número 13) que salió del Hospital a los 23 días de tratamiento, muy mejorado y con la úlcera de un tamaño aproximado a la mitad del que tenía al iniciar el tratamiento.

ÚLCERAS POSTINFECCIOSAS

Observación núm. 17. — José R. D. Úlcera tórpida $\frac{1}{8}$ medio pierna derecha, consecutiva a ántrax. Cuarenta y cinco días de evolución. Tres infiltraciones. Dieciocho días. Curado.

Observación núm. 18. — Juan M. G. Úlcera tórpida borde externo pie derecho, consecutiva a linfangitis. Dos meses de evolución. Cuatro infiltraciones. Diecinueve días. Curado.

Al efecto vasomotor de la infiltración novocaínica catenaria con su aumento de aporte sanguíneo, se añade su poder leucocitósico demostrado, consiguiendo en estos dos casos una aseptización rápida de la úlcera y la curación de la misma por desaparición del factor que la mantenía.

ÚLCERAS VARICOSAS

Observación núm. 19. — Romualda M. S. Ochenta años. Úlcera varicosa $\frac{1}{8}$ inferior pierna derecha, de 12 cms. de longitud por 8 de anchura. Cordones varicosos esclerosados. Con fomentaciones de suero hipertónico, curas con bálsamo Cativomangle, y cura local con foliculina mejora bastante, dejando una ulceración de 8 centímetros cuadrados que no termina su epidermización. Diez infiltraciones. Setenta y cinco días de tratamiento. Curada.

A pesar de la frecuencia de las úlceras varicosas, no tenemos más que una observación; la causa hay que buscarla en los buenos resultados que proporciona el tratamiento etiológico. Con unos días de reposo en cama, cura local con violeta de genciana o fomentaciones de suero hipertónico salino, los en-

fermos se ponen en condiciones de operabilidad, con la curación consiguiente del trastorno vascular que mantenía la úlcera en evolución.

ÚLCERAS POSTFLEBÍTICAS

Observación núm. 20. — Faustina N. Úlcera en cara ántero-interna $\frac{1}{3}$ inferior pierna derecha. Cinco infiltraciones. Veintiséis días. Curada.

Observación núm. 21. — Cecilia A. M. Úlcera maléolo interno pie derecho. Extirpación quirúrgica de la úlcera e injertos de Tiersch que no prenden. Tres infiltraciones con mejoría subjetiva. Gangliectomía (Dr. MARTORELL).

Observación núm. 22. — Antonio H. P. Úlcera postflebítica maléolo interno pierna izquierda. Extirpación quirúrgica de la úlcera e injertos de Tiersch (Dr. MARTORELL) que prenden en su mayor parte. Una infiltración y tratamiento con acetilcolina. Dos infiltraciones más seguidas de mejoría y a los quince días de la última infiltración la úlcera está cerrada. Curación.

El grupo de las úlceras postflebíticas se caracteriza por su rebeldía a todo tratamiento y por la frecuente aparición de recidivas. En nuestra observación número 20 se obtuvo la curación sólo con el bloqueo del simpático catenarior, pero sin embargo el tiempo que lleva de curación no es suficiente para afirmar de un modo absoluto la bondad del tratamiento en esta afección. Por otra parte vemos (Obs. núm. 21) que si el valor terapéutico de la infiltración novocaínica no es en estos casos definitivo, representa, eso sí, una prueba de valor pronóstico; la mejoría que subjetivamente presentaba la enferma después de cada



Fig. 6

infiltración fué uno de los motivos que condujeron a la gangliectomía que curó la úlcera. En el tercer caso que presentamos la infiltración fué un tratamiento coadyuvante de indudable eficacia, ya que cada bloqueo fué seguido de una inmediata mejoría.

ÚLCERAS DE MUÑÓN

Observación núm. 23. — Juan S. Osteítis de muñón que es intervenida dejando al cicatrizar una pequeña ulceración que evoluciona desde hace unos tres meses. Cuatro infiltraciones. A los nueve días casi curado. No hemos visto más al enfermo. Mejorado.

Observación núm. 24. — José T. G. Úlcera trófica muñón pie derecho. Injertos de Tiersch, neurotomía del tibial poste-

rior con los que cura la úlcera, pero reaparece al poco tiempo. Cuatro infiltraciones. Diecinueve días. Curado. A los cinco meses se abre de nuevo. Gangliectomía y simpatectomía periliáca (Dr. MARTORELL). Sigue curado.

Observación núm. 25. — José A. Osteítis muñón operada cerrando bien, pero queda una ulceración de aspecto tórpido que desde hace un mes no progresa. Seis infiltraciones. Veinticuatro días. Curado. (Figs. 6 y 7.)



Fig. 7

Los resultados obtenidos en este grupo no son muy brillantes; sin embargo, insistimos en el valor que como indicador terapéutico damos a la infiltración novocaínica de la cadena simpática lumbar.

Resumiendo ahora los resultados de nuestros casos nos encontramos con:

19 enfermos curados, o sea un 76 por 100.

3 enfermos mejorados, o sea un 12 por 100.

3 enfermos fracasados, o sea un 12 por 100.

Analizando estos porcentajes nos encontramos en el grupo de mejorados un caso y en el de fracasados otro, actualmente curados después de habérseles hecho la gangliectomía lumbar, lo que eleva a 21 el número total de curaciones (84 por 100); de los dos restantes mejorados no hemos sabido más, y por tanto los clasificamos según el estado en que se encontraban en el momento de cesar el tratamiento. Entre los enfermos curados hay muchos de los cuales hemos tenido noticias posteriores después de más de un año de hecho el tratamiento y que seguían en perfecto estado.

MECANISMO DE ACCIÓN. — El efecto que la interrupción anestésica del simpático determina en la circulación activa del miembro bloqueado es equiparable al que se consigue con la gangliectomía; pero el bloqueo anestésico es transitorio y la lesión que sufre la fibra nerviosa con la infiltración, es reversible, mientras que con la gangliectomía creamos un estado patológico que persiste después de curada la úlcera (PHILIPPIDES).

La acción de la anestesia del simpático lumbar se presenta por lo general inmediatamente, y siguiendo a TOSATTI podemos señalar las siguientes respuestas vasomotoras que pueden traducirse algunas de ellas en determinaciones instrumentales estrictas:

1. *Modificaciones circulatorias.* a) Hiperemia;
b) Descenso de la presión arterial.

La hiperemia que se consigue con la anestesia del simpático lumbar es más enérgica que la que se pueda obtener por la acción de los compuestos vasodi-

por 24 y hasta 48 horas o más (figs. 10 y 11). En relación con el efecto circulatorio producido por la infiltración del simpático están las modificaciones físico-químicas tisulares, con una variación del pH local hacia la acidez, y que junto con la leucocitosis postanestesia demostrada entre otros por TEJERINA y BOTELLA, y dependiente según ellos, de la abolición funcional de los nervios inhibidores de la médula ósea, y la modificación evidente de las condiciones de conductibilidad nerviosa periférica señaladas por GÓMEZ DURÁN, son capaces de producir sobre los tejidos flogóticos una rápida regresión del proceso.

2. *Modificaciones térmicas.*— El aumento de calor en el miembro se determina objetivamente por la medición de la temperatura local con el par termoelectrico; y así como PHILIPPIDES y SCHNEIDER no han conseguido con la administración de vasodilatadores un aumento considerable de la temperatura local, con la infiltración del simpático lumbar se han obtenido en el pie diferencias de hasta 10°. En nuestros enfermos no hemos podido hacer determinaciones termométricas, pero, en cambio, hemos obtenido siempre del enfermo la confirmación del éxito de

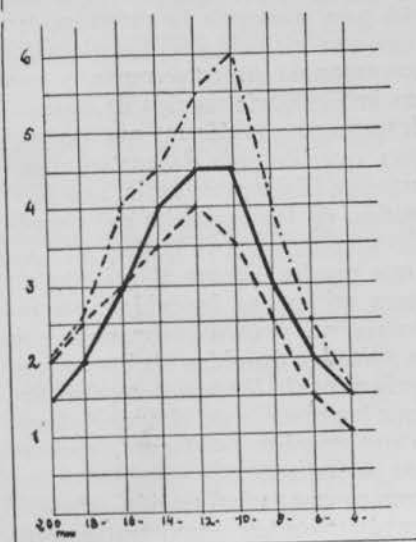


Fig. 8. — Curva oscilométrica del enfermo Joaquín L. Z. (Observación 14.)

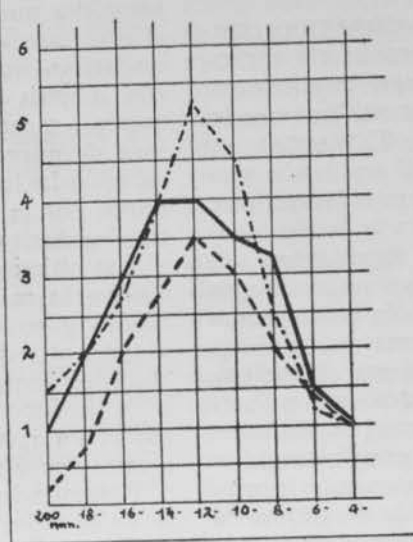


Fig. 9. — Curva oscilométrica del enfermo Antonio P. Z. (Observación 8.)

latadores. SCHNEIDER con Eupaverina y Padutina constata una ligera hiperemia traducida en un aumento pasajero de la temperatura local. Pero, además, por la hiperemia puede aumentar el volumen del miembro, las venas dilatarse, enrojeciendo francamente los dedos del pie. PHILIPPIDES, haciendo arteriografías después de la infiltración lumbar observa como las arterias se han ensanchado y hay una mayor plenitud capilar. La vasodilatación no se presenta desde luego en los vasos trombosados (GÓMEZ DURÁN).

El descenso de la presión arterial es evidente. En todos nuestros enfermos a los que hemos hecho determinaciones oscilométricas antes y después del bloqueo anestésico hemos encontrado un marcado descenso de la presión, junto a un aumento del índice oscilométrico. Sin embargo, queremos señalar el hecho de habernos encontrado alguna vez al hacer la oscilometría después de infiltraciones que resultaron dolorosas, con un descenso claro del índice oscilométrico que interpretamos como reacción al estímulo dolor; este descenso fué momentáneo y en determinaciones sucesivas el índice oscilométrico era, como siempre, elevado (figs. 8 y 9). El aumento del I. O. se mantiene en general de unas 6 a 8 horas después de la inyección, aunque repetidas veces ha persistido

siempre del enfermo la confirmación del éxito de

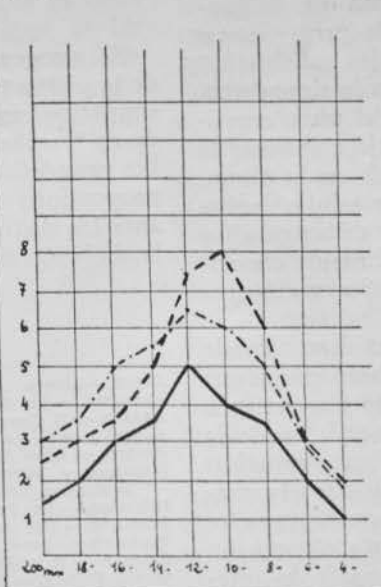


Fig. 10. — Curva oscilométrica del enfermo Ramón F. C. (Observación 10.)

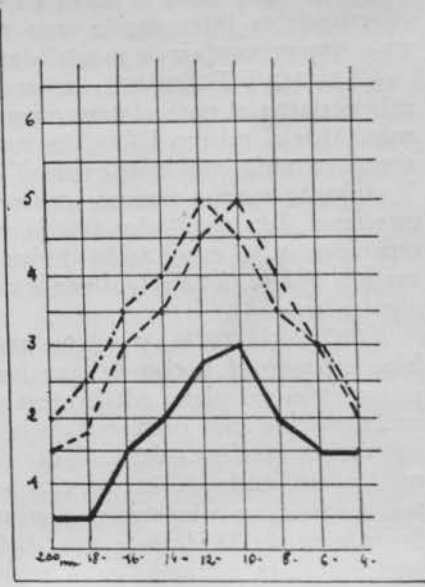


Fig. 11. — Curva oscilométrica del enfermo Manuel V. T. (Observación 9.)

nuestra anestesia, por la sensación subjetiva de calor que "corre" a lo largo del miembro; muchas veces la sensación es inmediata, otras tardía y, por lo general, se mantiene de 3 a 6 horas; raras veces se apreciaba al día siguiente.

3. *Hipo o anhidrosis.* — Demostrable si es necesario por el procedimiento del yodo y almidón.

4. *Modificaciones del tono muscular en el sentido de hipotonía.*

5. *Modificaciones de la sensibilidad con disminución del dolor de origen espástico.*

VALOR DE LA ANESTESIA DEL SIMPÁTICO LUMBAR EN COMPARACIÓN CON LAS DEMÁS OPERACIONES SIMPÁTICAS. — Hemos dicho anteriormente que por la infiltración anestésica se obtenía una acción reversible; el anestésico, según cree DONAGGIO, no crea un mecanismo funcional pero sí una lesión verdadera, propia y transitoria de la fibra nerviosa; pero mientras que sobre la fibra somática la lesión orgánica se inicia en el cilindroeje para seguir luego a la vaina mielínica, en la fibra simpática no se interesa prácticamente la vaina de mielina. Sólo por repetidas infiltraciones es posible conseguir una acción duradera comparable a la que se obtiene por alcoholización. Pero tanto en uno como en otro caso la inervación simpática se recupera y se conserva. En cambio el estado patológico que crea la gangliectomía es persistente y susceptible de agravarse por la formación de neuromas, puntos de partida de estímulos irritativos capaces no sólo de perturbar sino de empeorar la afección motivo del acto operatorio. GENTILE, en experiencias hechas en perros gangliectomizados para seguir la evolución de heridas provocadas, llega a la conclusión de que si la cicatrización no sobreviene en un lapso de 20-30 días hay un retardo notable de la epidermización en el lado gangliectomizado, debido a perturbaciones del trofismo tisular por supresión de la inervación simpática. Y no hay que dejar de tener en cuenta que la gangliectomía es intervención que puede proporcionar un cierto porcentaje de mortalidad.

LÉRICHE y FONTAINE aconsejaron la sympatectomía periarterial para el tratamiento del *ulcus cruris*; más tarde el mismo LÉRICHE aconsejó combinar la sympatectomía con injertos de Tiersch en la úlcera. Y durante mucho tiempo, mucho se publicó sobre este tema. Los resultados fueron muy distintos a los esperados, y su explicación deriva del mejor conocimiento que se tiene actualmente de la inervación perivascular.

KUNTZ, HIRSCH y otros autores han dejado bien sentado el hecho de que las fibras simpáticas procedentes del plexo aórtico son pocas y se detienen en la porción más proximal de la femoral, siendo la inervación periférica dependiente de fibras simpáticas que, procediendo de los nervios somáticos adyacentes, se ramifican a intervalos distintos de su trayecto. Se comprende fácilmente que dada esta disposición anatómica, la sympatectomía periarterial sólo interrumpe parcialmente la inervación vasomotora de un corto segmento vascular.

Por otra parte, la regeneración de las fibras seccionadas es rápida, y aun el mismo LÉRICHE nos habla en estos casos de los neuromas del simpático.

LEHMANN opina que la sympatectomía periarterial no da mejores resultados que otro método cualquiera. HORTON y CRAIG observan por arteriografía que en la gangliectomía la vasodilatación es evidente y no existe en la sympatectomía periarterial. Tampoco SCHNEIDER consigue buenos resultados, y RIE-

DER llega a considerar las curaciones, casualidades.

Por nuestra parte, los resultados obtenidos en los dos enfermos sympatectomizados no hacen más que corroborar lo antedicho. En uno de ellos, después de unos días de evolución favorable la epidermización cesó hasta que no practicamos una infiltración anestésica que bastó para conseguir la curación. En el otro caso se inició una mejoría con los bloqueos catenarios, que motivaron la sympatectomía, y con ella, después de una leve mejoría seguida de estabilización, empeoró francamente la úlcera, que no mejoró de nuevo hasta que, después de cuatro meses de aguardar los efectos de la sympatectomía, nos decidimos por la repetición de las anestesiaciones del simpático lumbar.

Las objeciones que pueden hacerse al método no resisten la más ligera crítica; su inocuidad, su facilidad y su economía no pueden compararse con ningún otro de los métodos dirigidos a obtener una abolición simpaticofuncional. Podemos repetir con MARTÍN SANTOS que la anestesia del simpático lumbar es un método que *muchas veces cura, siempre diagnóstica y nunca perjudica*.

Resumiendo: creemos que la infiltración anestésica de la cadena simpaticolumbar como tratamiento de las úlceras tórpidas de la pierna cuando no puede hacerse un tratamiento etiológico eficaz, puede proporcionar brillantes resultados. En el caso particular de las úlceras postflebiticas, tan rebeldes a todo tratamiento, la infiltración tiene un valor pronóstico indudable, confirmado por los resultados obtenidos con la gangliectomía.

RESUMEN

Se recogen 25 observaciones de úlceras tórpidas de la pierna tratadas por la infiltración anestésica del simpático lumbar, con brillantes resultados; poniendo de manifiesto, al lado del valor terapéutico, el valor pronóstico de dicho método y las ventajas que proporciona por su facilidad técnica e inocuidad ante los distintos tipos de intervenciones dirigidas a la abolición simpaticofuncional.

BIBLIOGRAFÍA

- ADSON. — Journ. Amer. Med. Ass., 106, 360, 1936.
 ALBANESE. — La Semana Médica, 2.509, 304, 1942.
 ALBERT. — X Congreso de la Soc. Int. de Cirug. El Cairo, 1935.
 ALBOT y COL. — Annals of Surg., 4, abril 1933.
 BARON. — Lyon Chirurgical, 20, 694, 1925.
 DANZELOT y MENETREL. — Gazette Méd. des Hôp. de Paris, 1.649, noviembre 1938.
 DONAGGIO. — Le Forze Sanitaire, 8, 17, 1939.
 DURANTE. — Cit. por PHILIPPES.
 FLOTHOW. — Amer. Journ. of Surg., 14, 591, diciembre 1931.
 GENTILE. — Il policlinico (sez. chir.), 47, 266, 1940.
 GÓMEZ DURÁN. — Semana Med. Esp., 156, 207, 1942.
 GONZÁLEZ AGUILAR. — X Congreso de Cirugía, El Cairo, 1935.
 GONZÁLEZ DUARTE. — Rev. Clín. Esp., 2, 176, 1941.
 GOUDE. — Teses Paris, 487, 1937.
 HIRSCH. — Cit. por STERN.
 HORTON y CRAIG. — Cit. por PHILIPPES.
 KAPIS. — Therap. der Gegenw., julio 1925.
 KUNLIN. — Journ. Méd. Français, 26, 66, 1936.
 KUNTZ. — Cit. por STERN.
 LABAT. — Regional Anesthesia; Its Technic and Clinical application. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1924.
 LAMELAS. — Trastornos vasculares periféricos. Salvat Ed., 1941.
 LEST. — Ann. of Surg., 97, 503, 1933.
 LEHMANN. — Cit. por PHILIPPES.
 LÉRICHE y FONTAINE. — Presse Médicale, 92, 1.843, 1934.
 LÉRICHE y FONTAINE. — Journ. de Chir., 34, 282, 1929.
 LÉRICHE y FONTAINE. — Annals of Surg., 625, 1926.
 LÉRICHE y FONTAINE. — Lyon Chirur., 26, 323, 1929.
 LÉRICHE y FONTAINE. — Surg. Gynec. and Obst., 47, 631, 1928.

- LÉRICHE y FONTAINE. — X Congr. de la Soc. Int. de Cirug. El Cairo, 1935.
LÉRICHE, FONTAINE y MAITRE. — Journ. de Chir., 45, 689, 1935.
LUNDY. — Cit. por FLOTHOW.
MARTÍN SANTOS. — Journ. Med. de Barcelona, mayo 1942.
MASSART. — Société des Chir. de Paris, 9, 5 febrero 1937.
MATOS. — Rev. Esp. de Medic. y Cirug. de Guerra, 22, 410, 1940.
NASSY. — Tesis Lyon, 1935.
PHILIPIDES. — Münch. Med. Wschr., 89, 174, 1942.
RACINE, REBOUL y DUPONT. — Jour. de Med. et Chir. pratique, 505, octubre 1937.
RATSCHOW. — Trastornos de la circulación periférica. Ed. Miguel Servet, Barcelona, 1943.
RIEDER. — Arch. f. Klin. Chir., 186, 1936.
SCHNEIDER. — Cit. por PHILIPIDES.
SCHÖRCHER. — Münch. Med. Wschr., 89, 166, 1942.
STERN. — Amer. Journ. of Surg., 10, 107, 1930.
TEJERINA y BOTELLA. — Rev. Esp. de Med. y Cir. de Guerra, 20, 299, 1940.
TOSATTI. — La infiltrazioni del simpatico. L. Capelli Ed., Bolonia, 1942.
WHITE. — Journ. Amer. Med. Ass., 94, 1,382, 1930.
WOJECCHOWSKI. — Lyon Chirurg., 20, 421, 1923.
YOUNG. — X Congreso de la Soc. Inter. de Cirugía. El Cairo, 1935.

ZUSAMMENFASSUNG

Man sammelte 25 Fälle von torpiden Beingeschwürten, die ausgezeichnet mit der Infiltrationsanästhesie des Lenden-Symphathikus behandelt wurden. Man beweist den therapeutischen und prognostischen Wert der Methode sowie die Vorteile, welche die Technik ihrer Einfachheit und Unschädlichkeit halber anderen Eingriffen, die funktionelle Unterdrückung des Sympathikus verfolgen, gegenüber hat.

RÉSUMÉ

On recueille vingt cinq observations d'ulcères torpides de la jambe, traités avec infiltration anesthésique du sympathique lombaire, avec d'excellents résultats; on montre la valeur pronostique de cette méthode à côté de la valeur thérapeutique, et les avantages qu'elle présente par sa facilité technique et son inocuité en face des différents types d'interventions dirigés vers l'abolition sympathico-fonctionnelle.

ERRORES DE LA DOCTRINA CLÁSICA ACERCA DE LA ENDOCARDITIS REUMÁTICA

Nueva doctrina

GONZÁLEZ-SUÁREZ

Desde que PICKTAIRNE y el gran patólogo BOULLAUD, hace ya más de un siglo, ligaron al reumatismo la suerte de la endocarditis, los investigadores de todos los países dedicaron al estudio de esta enfermedad lo mejor de sus talentos. Nada hay más concreto y acabado en cuanto a sintomatología se refiere — gran acopio de observaciones y datos clínicos la enriquecen; — prodigioso el número de clasificaciones y sagaces teorías; pero tal es la confusión y

discrepancias que nos ofrece la doctrina clásica, al interpretar la patogénesis, etiología, anatomía patológica y tratamiento de la carditis reumática, que el problema, tal como está planteado, carece de solución; y la pavorosa legión de cardíacos, pesadumbre del mundo civilizado, ve pasar los siglos sin remedio eficaz para sus males. Para nosotros el nudo de tan ardua cuestión estriba en el maridaje del reumatismo y la enfermedad del corazón. Toda la importancia que la doctrina clásica atribuye a aquél, pertenece radicalmente a ésta por fuero clínico y por lógica natural. Si los divorciamos, es decir, si dejamos a un lado el reumatismo, y estudiamos la endocarditis tal cual es, como una enfermedad infecciosa crónica, que evoluciona por episodios agudos entre períodos de latencia clínica, toda confusión desaparece. Los conocimientos actuales sobre etiología, anatomía patológica y patogénesis, que se atribuyen al reumatismo, corresponden primordialmente a la carditis, como atavíos inherentes y esenciales a su condición de entidad clínica independiente y de las más importantes de la Patología. En los tratados modernos sobre enfermedades del corazón, relacionadas con el reumatismo, se propende a repudiar este concepto, generador de máximas confusiones. Inmenso recipiente, relleno de un sinfín de procesos patológicos a cual más diversos, la labor de los siglos no ha podido desarraigarlo por completo. Desde HIPÓCRATES hasta el siglo XVI figuraron incluidas en el reumatismo enfermedades viscerales y toda clase de afecciones articulares y musculares, enlazadas simplemente por el síntoma dolor. A fines de aquel siglo BALLENIUS reduce su ámbito a estos últimos procesos patológicos. En el XVII, SYDENHAM estudia la gota como entidad clínica aparte; y al advenimiento de la bacteriología se separan las afecciones agudas de las crónicas y quedan fuera del reumatismo un gran número de artritis, que se van con sus enfermedades correspondientes, artritis gonocócica, tuberculosa, sifilítica, melitocócica, etc.; con lo cual el fardo del reuma se va aligerando más y más. Y así es de esperar que, a medida que se vayan conociendo mejor las múltiples afecciones que aun siguen involucradas en él, acabe por desaparecer el más confuso y avasallador concepto que pesa sobre la Patología médica. Ahora le toca el turno de la liberación a la enfermedad cardíaca que estudiamos. Vamos a intentarlo, no con la pretensión de coordinar doctrinas, sino directamente con la de restar errores de la doctrina clásica.

Tres son los que nos salen inmediatamente al paso: 1.º, el reumatismo poliarticular agudo, causa de la enfermedad del corazón; 2.º, la intromisión de aquél en la definición y clasificación de las carditis. Y 3.º, la división en tres entidades clínicas distintas, de la que es una sola enfermedad.

En primer lugar, evitamos la confusión, empleando conceptos claros; la causa de una enfermedad infecciosa como es la endocarditis, no puede ser otra enfermedad, sino un microbio patógeno, que sea el responsable de la lesión cardíaca y de la focal (amígdalas, granuloma dentario) y también por mecanismo alérgico, de la afección articular y la fiebre (reacción hiperérgica del tejido mesenquimal), es decir, del propio y genuino reumatismo poliarticular