

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XVI	Bilbao—Abril—1910	Núm. 184
---------	-------------------	----------

Sumario

Trabajos originales: I. **Castiella**. Dilatación hipertrófica del corazón por fatiga profesional.—II. **Gil é I**. Nota sobre la degeneración poliúística de los riñones en el feto.
Academias: 1) Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.—2) Real Academia de Medicina de Madrid.
Revista de Revistas.—Bibliografía: 3) **L. Pron**. Tratamiento de la úlcera simple de estómago.—4) **Dufour**. Incubadora de tafetán engomado.—5) **Couteaud**. Las fracturas de la clavícula y la estética.—6) **G. A. Graham**. Aceite de oliva y náuseas post-anestésicas.—7) **Poirier, Charphy, Cuneo**. Tratado elemental de anatomía humana.—8) **L. Rodrigo Lavín y A. Pi y Suñer**. Tratado de Fisiología general.
Sección profesional.

I.

Dilatación hipertrófica del corazón por fatiga profesional

por el

Dr. Emilio Castiella

J. N., 45 años de edad, natural de Villasana; los padres murieron á edad avanzada; han sido cinco hermanos, viven cuatro; una hermana murió á los 20 años, de tuberculosis pulmonar.

Nuestro enfermo no recuerda haber padecido ninguna enfermedad en la infancia; á los 20 años pasó una blenorragia y algunos años más tarde erisipela de la cara.

Hijo de padres labradores, se dedicó desde niño á las labores del campo; á los 18 años salió de casa de sus padres por disgustos de familia; se ganaba la vida trabajando en la descarga de buques, y algunos años más tarde buscó ocupación en las minas; en corto plazo consiguió plaza de barrenador.

Desde hace siete años dice que venía quejándose de palpitaciones, pero dada su robusta constitución no daba importancia á estas ligeras molestias.

Le visité por primera vez en mi consulta hace tres años; en

esa fecha se quejaba de fatiga al subir las escaleras, insomnio, disnea nocturna, que le obligaba á sentarse en la cama, disminución considerable en la cantidad de orina, inapetencia; signos todos que traducían la insuficiencia cardiaca.

El enfermo no es gran comedor, regular bebedor (un cuartillo de vino al día y alguna copa de aguardiente), gran fumador, pues consume unos veinte cigarrillos de papel y dos ó tres puros diarios.

Bien nutrido, gran desarrollo musculoso, escaso pániculo adiposo, no hay exantemas, observándose ligero edema maleolar y tinte cianótico en labios y uñas.

Pulso pequeño, irregular, frecuente 120 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio: Percusión normal; por la auscultación se aprecian estertores subcrepitantes en las bases, sobre todo en la izquierda.

Aparato circulatorio: Choque de la punta difuso, 5 centímetros fuera del mamelón.

La macidez cardio-hepática considerablemente aumentada, midiendo el corazón 16 centímetros en el sentido transversal y el hígado 17 centímetros en la línea mamilar, siendo su borde cortante, fácilmente palpable y doloroso á la presión, especialmente el lóbulo izquierdo.

Por la auscultación apreciamos los tonos puros, algo apagados, con irregularidades en el ritmo.

Aparato digestivo: Lengua ligeramente saburrosa, estómago normal tamaño, por la insuflación dos dedos por encima del ombligo, no es palpable el bazo, no hay ascitis.

Orina escasa, según cálculo del enfermo medio litro por día; peso específico 10,17; amarilla clara; reacción francamente ácida, sin albúmina ni glucosa.

Sistema nervioso: Sensorio y reflejos normales; ligero temblor digital.

Le recomendé reposo absoluto en cama, régimen lácteo, papuletas de pancreatina de 0,10 después de cada taza de leche, para cortar la diarrea intensa que la leche decía le causaba, sulfato de sosa y digital.

La semana siguiente se presentaba en mi consulta muy satisfecho del éxito del tratamiento y con ánimo para volver á su rudo trabajo de barrenador.

No se cansaba, faltando por lo tanto la disnea de esfuerzo descansaba muy bien por la noche, faltando la orthopnea nocturna; la cantidad de orina había aumentado hasta dos litros diarios sin albúmina, el edema maleolar había desaparecido, las arterias radiales estaban dilatadas, rígidas; pulso regular, 90 pulsaciones por minuto; habían desaparecido los estertores en las bases.

La macidez cardio-hepática había disminuído muy poco, midiendo el corazón 15 centímetros en el sentido transversal y 15 centímetros el hígado en la línea mamilar, pureza de tonos, ritmo regular.

Desde niño el enfermo ha realizado una enorme cantidad de trabajo, continuando en su oficio de barrenador durante los intervalos de sus crisis asistólicas, que en número de tres le he asistido en el intervalo de tres años.

La aptitud funcional de este corazón no se puede comprender más que por la persistencia, al menos parcial de los efectos compensadores de un miocardio fisiológicamente hipertrofiado, que se designa con el nombre de hipertrofia cardiaca de trabajo.

La hipertrofia cardiaca fué perfectamente comprendida por Corvisart: «El corazón, lo mismo que otros músculos del cuerpo humano, es susceptible de adquirir un aumento manifiesto, una consistencia más sólida y una fuerza más considerable, por la continuidad y sobre todo por energía más grande de su acción.

La hipertrofia cardiaca se produce bajo la influencia de ejercicios físicos progresivamente aumentados, y no después de un surmenage accidental que dilata el corazón, sin facilitar su hipertrofia; es consecuencia de un entrenamiento, de la adaptación del músculo cardiaco á las necesidades circulatorias de un aparato motor particularmente activo.

Los ejercicios físicos violentos, sin entrenamiento anterior determinan una dilatación aguda del corazón, que se caracteriza por anhelación, dolores precordiales, cianosis de los labios, extremada frecuencia del pulso (150 á 180), alguna vez un poco de edema pulmonar (Laache), si el ejercicio se prolonga viene la insuficiencia cardiaca. Esta dilatación cardiaca que Schott ha podido demostrar por la radiografía en jóvenes después de una carrera, cesa rápidamente con el reposo, siempre que el miocardio conserve su elasticidad normal.

Esta dilatación no se presenta ó es poco marcada en los en-

trenados, porque la potencia de contracción muscular cardíaca se ha ido gradualmente adaptando á las necesidades del sistema motor (M. Kaufmann).

El examen del corazón en la escala animal no deja de ofrecer interés.

Los animales sedentarios, como el cerdo ó la vaca, tienen un corazón relativamente mucho más pequeño que los que hacen vida más activa, como el caballo, la liebre ó el ciervo.

El peso relativo del corazón del ciervo es dos veces más elevado que el del hombre, dos veces y media más que el del cerdo.

Los pájaros de vuelo rápido, tienen un corazón cuatro ó cinco veces más grande que el hombre, con relación á la masa del cuerpo (Bergmann y Bollinger).

La hipertrofia simple del músculo cardíaco se encuentra en sujetos expuestos por su profesión á trabajos rudos sostenidos: cargadores (Albutt), herreros, músicos que tocan instrumentos de viento, soldados sometidos á marchas forzadas (Bacosta, Beau Fraentzel, Constan), cavadores (Merklen).

Potain y Vaquez, investigando el corazón en los profesores y alumnos de gimnasia de la escuela de Faisanderie, han demostrado que el volumen del corazón es tanto más exagerado cuando los hombres son sometidos durante largo tiempo á un ejercicio más considerable y más repetido.

En ciertos casos de surmenage extremo sobreviene una dilatación aguda del corazón; todos conocéis el hecho clásico del soldado de Marathon, cayendo muerto al llevar la nueva de la victoria á los atenienses.

Chanffard y Ramond citan el caso de un corredor muerto después de una carrera de 30 kilómetros en cuatro horas.

El corazón se desarrolla bajo la influencia del sport:

Herschen, habiendo examinado hombres de diversas edades que en Suecia toman parte en las carreras de patines en la nieve (skidlauf), observó que en los que cometen excesos, sin previo entrenamiento, se presentan casos de dilatación aguda del corazón; los viejos corredores tienen normalmente el corazón fisiológicamente hipertrofiado.

La hipertrofia de trabajo no debe ser considerada como un estado patológico; se caracteriza por el aumento de la macidez cardíaca y por su mayor capacidad funcional, el organismo puede realizar esfuerzos ó trabajos musculares irrealizables para

sujetos no entrenados, sin malestar, no dando lugar á disnea ni esfuerzo de impresión precordial.

El cuadro clínico de nuestro enfermo no encaja dentro de la hipertrofia del trabajo; hay en él algo más que vamos ahora á tratar.

Lo que primero choca es la extensión de la macidez cardiaca en nuestro enfermo, que no es la de la hipertrofia simple; es la de la dilatación; el choque de la punta y el carácter del pulso prueban la existencia de una notable hipertrofia, la disnea de esfuerzo, los estertores en las bases pulmonares; la congestión permanente del hígado, indican un cierto grado de éxtasis venoso, y por lo tanto de éxtasis cardiaco; esto es la dilatación.

No se comprende en nuestro enfermo que exista dilatación sin hipertrofia, porque en ese caso estaría imposibilitado para trabajar; para poder dedicarse á un trabajo duro nuestro enfermo, es necesario admitir que la aumentación de volumen está relacionada á la vez á la hipertrofia y á la dilatación.

La dilatación hipertrófica del corazón se observa en otros casos como lesión concomitante.

La dilatación hipertrófica del corazón es uno de los signos más importantes de la sínfisis del pericardio, sobre todo cuando se trata de sínfisis reumatisal, habitualmente asociada á lesiones valvulares; resultando una gran macidez, invariable en los contornos, comparable á la macidez de los derrames del pericardio.

En la insuficiencia aórtica, la dilatación hipertrófica está limitada al ventrículo izquierdo; en la sínfisis cardiaca á los dos ventrículos.

Nuestro enfermo no presenta ninguno de los signos de estas dos afecciones.

En nuestro caso podía pensarse en un tipo clínico descripto por autores alemanes con el nombre impropio de hipertrofia ideopática del corazón.

La hipertrofia ideopática no se distingue en nada de la miocarditis crónica hipertrófica; pero por su etiología, su patogenia y los accidentes alguna vez precoces que se presentan en su evolución, son bastante característicos para que muchos clínicos hayan tratado de hacer de ella una afección especial.

Peacock (1865) ha descripto la hipertrofia de corazón de los mineros de Cornonailles, todabía conocida con el nombre de as-

ma de los mineros, y atribuida al surmenage, producida por la ascensión por escalas no interrumpidas, durante muchas horas consecutivas cada día.

Thurn 1868, Clifford Albuth 1870 han señalado como afección primitiva del corazón una hipertrofia excéntrica debida á su actividad exagerada y á su fatiga.

La hipertrofia cardiaca de los leñadores de Tubingue (Das Tübinger Herz) estudiada por Münzinger (1877), la hipertrofia del corazón por marchas forzadas (Da Costa, Myers, F'raentzel), son otros tantos ejemplos de hipertrofia llamada hipeopática.

Pero la forma más común y más interesante, es el corazón de cerveza (Bierherz) observada especialmente por Bollinger y Bauer "de Munich" que se presenta generalmente en los grandes bebedores de cerveza, que llegan á ingerir hasta 12 litros, puede presentarse en los grandes bebedores de vino y grandes comedores.

Dos elementos intervienen para determinar la dilatación y la hipertrofia del corazón en los grandes bebedores de cerveza; la ingestión continua é inmoderada de cerveza, determina un estado de pletora habitual del aparato circulatorio, y la acción del alcohol y de las sustancias nocivas contenidas en la cerveza sobre el miocardio y los vasos.

Es un hecho demostrado por trabajos de Maximovitsch y de Rieder Ziemssen "de Munich," que en el hombre sano la ingestión de una cierta cantidad de líquido, aumenta la presión sanguínea y la frecuencia del pulso; este aumento dura media hora cuando se trata de la ingestión de un litro de agua, no desapareciendo hasta dos horas cuando es un litro de cerveza ó una mezcla á partes iguales de agua y de vino.

Los bebedores de Munich que alcanzan á beber 10 á 12 litros de cerveza por día, están en un estado permanente de plétora y de hipertensión arterial.

Podemos admitir como Bauer, que el alcohol obra directamente sobre el miocardio, disminuyendo su elasticidad; de aquí su dilatación fácil y prolongada, bien pronto compensada por un cierto grado de hipertrofia.

La compensación dura más ó menos tiempo, el corazón que aumenta de volúmen, lanza á cada sistole mayor cantidad de sangre con una presión más elevada que la normal, pero viene un aumento de trabajo ó una nueva pérdida del miocardio debido

á la continuación ó á la agravación de la toxemia alcohólica, la dilatación del corazón aumentará, y mientras la nutrición general lo permita determinará un aumento hipertrófico. Dilatación é hipertrofia progresan de este modo paralelamente, hasta que sobreviene la degeneración é insuficiencia definitiva del músculo cardiaco.

La hipertrofia llamada ideopática mejor "Hipertrofia toxifuncional ó pectora-alcohólica" (Merklen) no se observa solamente en los bebedores de cerveza.

El abuso del vino, licores ó carnes conducen al mismo resultado.

No creemos que nuestro enfermo tenga una dilatación hipertrófica del corazón de origen pletoro-alcohólico (Merklen) su alimentación no es abundante, su jornal de cinco pesetas no le permite grandes lujos, tampoco la bebida puede ser la causa de su afección, más importancia concedo al tabaco, por tratarse de un fumador empedernido; todos sabemos que el tabaco contribuye á debilitar el miocardio, por ser un veneno paresiante del corazón.

La fatiga excesiva (surmenage) del corazón puede determinar una dilatación aguda del corazón (*cœur forcé*, *Acute Ueberanstrengung des Herzens*) por un trabajo físico excesivo, con inferioridad fisiológica del miocardio, congregando á esto una alimentación defectuosa, abuso de tabaco y alcohol.

El miocardio al perder su elasticidad, las concavidades del corazón se vacían y se distienden.

Así sobrevienen los accidentes del (*cœur forcé*) en los soldados sometidos á marchas forzadas en tiempo de guerra, accidentes observados con más frecuencia en otro tiempo, cuando los trajes demasiado cerrados, el cinturón y la mochila se asociaban al esfuerzo impidiendo la expansión torácica y la circulación pulmonar.

Las privaciones, el alcohol, preocupaciones morales deprimentes, no eran extrañas á los accidentes observados por Myers en los soldados ingleses y por O. Fraentzel en la guerra franco-alemana.

El surmenage cardiaco no tiene lugar más que en sujetos predispuestos y (Constan) 1885 ha observado este estorbo en jóvenes de escaso desarrollo, incorporados demasiado jóvenes á las filas, incapaces de hacer cara á las obligaciones militares.

La dilatación aguda del corazón por fatiga excesiva, no se origina solamente bajo la influencia de marchas forzadas, se presenta de resultas de noches de juerga (Beau, M. Raynard, O. Fraentzel) en los arterio-esclerosos con motivo de fatigas ó transgresiones en el régimen alimenticio es como en la hipertrofia ideopática de los bebedores de cerveza, golosos ó alcohólicos y polisárcicos afectos de corazón graso.

Las consecuencias son siempre las mismas: asistolia aguda transitoria, alguna vez irreductible cuando el miocardio está degenerado.

Cuadro clínico fácil de reconocer: aumentación considerable de la macidez cardiaca, sobre todo en el sentido transversal, desviación de la punta hacia la axilla, supresión ó defusión del choque precordial, reemplazado por ondulaciones vagas y superficiales, el hígado está aumentado de volumen, doloroso á la presión, las contruccioncs cardiacas son frecuentes y dolorosas y los tonos sordos y débiles.

En el obrero que se dedica á trabajos penosos se trata más frecuentemente de un surmenage prolongado, conviniéndose los esfuerzos que realiza á intoxicaciones, enfermedades y edad para determinar la insuficiencia cardiaca, más tarde la asistolia á repetición ó la asistolia crónica.

Todo esfuerzo intenso determina en el hombre no entrenado fatiga cardiaca, que fácilmente le conduce á su dilatación, demostrable fácilmente por la radioscopia y por la persecución.

La repetición de la dilatación origina una hipertrofia compensatriz; más tarde el exceso mismo de trabajo ú otras causas debilitantes, edad, intoxicaciones, dan predominio á la dilatación; de aquí los trastornos funcionales cardiacos más ó menos graves.

Así se produce la dilatación hipertrófica del corazón por fatiga profesional, siendo nuestro enfermo un caso de esta naturaleza.

La dilatación hipertrófica es desde hace tiempo conocida. Corvisart la había descripto con el nombre de aneurisma activo del corazón, habiendo indicado su etiología: «El aneurisma activo es ordinariamente consecuencia de una lesión aguda ó insensiblemente nacida del órgano central de la circulación, causada por un esfuerzo violento, un ejercicio inmoderado, largo tiempo continuado, la carrera, la lucha, el acto venéreo, la equitación, la carga de pesos, el uso de instrumentos de viento, la danza for-

zada, una contusión exterior, las afecciones morales, los alimentos suculentos, el uso y el abuso del vino, licores, etc.»

La importancia del surmenage en el desenvolvimiento de ciertas dilataciones hipertróficas fué señalado por Seitz (1873 y 1875) en una memoria basada en observaciones recogidas en el servicio de Biermer de Zurich. E. Levy alumno de Beonheun (de Nancy), admitía al lado de los accidentes asistólicos agudos debidos á exceso considerable de trabajo, asistolias lentas é intermitentes resultantes de esfuerzos prolongados y sostenidos que exigen ciertas profesiones; finalmente Pitres en su tesis de agregación sobre las hipertrofias y las dilataciones del corazón independientes de lesiones valvulares añade á hechos conocidos, experiencias nuevas señalando el papel de la fatiga cardiaca.

Podemos nuestro caso colocarlo al lado de los casos de Münzinger, Peacock y Merklen la misma afección, la misma dilatación hipertrófica, combinación de hipertrofia de trabajo y dilatación de fatiga.

Nuestro enfermo desde los 10 años viene realizando un trabajo enorme, primeramente en el campo, más tarde de cargador y finalmente unos 20 años de barrenador, profesión ruda que exige una constitución hercúlea.

De barrenador trabajaba ocho ó diez horas diarias por término medio, manejando bien una barra de nueve kilos él solo ó la barra de 15 pies de 20 kilos de peso que la manejaba con otro compañero.

En vista de las tres crisis asistólicas que en el transcurso de tres años le he asistido, le aconsejé abandone su oficio, supresión de vino y licores, que se prive del tabaco, para mantener la compensación y evitar nuevas crisis asistólicas.

II.

Nota sobre la degeneración poliquística de los riñones en el feto

por el

Dr. Carmelo Gil é Ibargüengoitia

del Instituto Rubio.

El estudio de la degeneración quística congénita de los riñones caracterizada por la presencia de numerosos quistes que

deforman é hipertrofian el riñón, encierra cierto interés tanto desde el punto de vista anatómico como desde el punto de vista tocológico.

Esta afección no es muy frecuente y ha podido ser observada en varios niños de una misma familia. Así Virchow tuvo

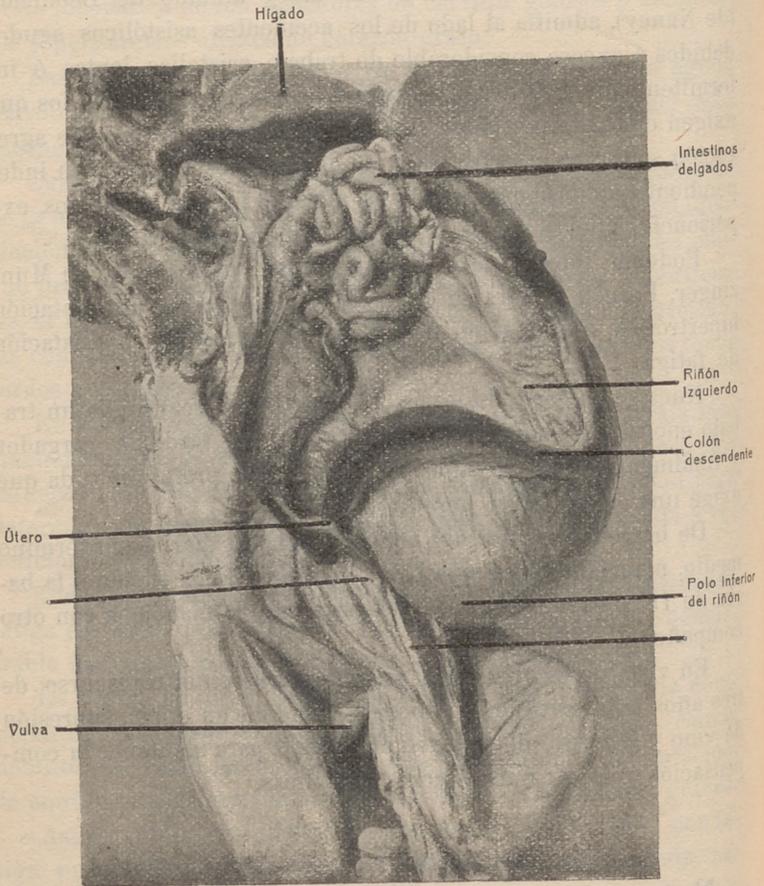


Figura 1.^a

Degeneración poliquística congénita de los riñones.
Riñón izquierdo in situ. El derecho falta por haber sido preciso arrancarlo para lograr la extracción del feto.

ocasión de verla en cuatro niños de una misma mujer, Bar en tres de la misma madre y Carbonel en gemelos.

Si el tumor renal es grande, el abdomen de estos fetos suele ser voluminoso y en particular al nivel de los hipocondrios.

La lesión es casi siempre bilateral—según Lejars, 66 veces en 67 casos—y se acompaña amenudo de degeneración quística del hígado, siendo por lo demás bastante raro el que este proceso de degeneración se generalice á casi todos los órganos glandulares. El volumen oscila entre el de un huevo y el de una cabeza

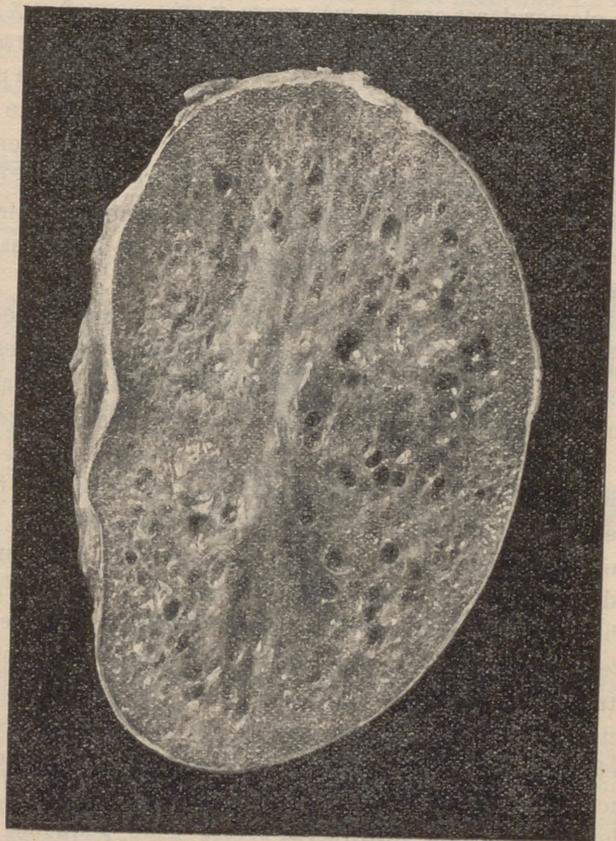


Figura 2.^a

Sección de un corte practicado en el riñón izquierdo

de feto, y el peso varía entre 50 y 150 gramos, llegando en ocasiones á 1.200 (Siebold) y hasta á 2.250 (Winckel).

El tamaño de los quistes difiere, siendo unos pequeños y adquiriendo otros el de un guisante y hasta el de una nuez. Sus paredes están formadas por tejido conjuntivo, más ó menos adulto, y ciertas cavidades constituídas por una capa espesa de tejido

fibroso y cicatricial, habiendo descrito Kahlden papilas que forman salientes en el interior del quiste, construidas por un eje conjuntivo revestido de epitelio. El contenido es un líquido transparente, compuesto por agua, trazas de úrea y ácido úrico, y en ocasiones con albúmina y pigmentos de sangre. Los quistes se forman á expensas de los glomerulos y de los canalículos renales. Los glomerulares son los más raros y más pequeños y están constituidos por la cápsula de Bowman distendida, mientras que el glomerulo más ó menos atrofiado es rechazado contra la pared. La mayor parte de las cavidades quísticas no son más que dilataciones de los canalículos renales (fig. 3); así es que el epitelio renal, formado de células cúbicas con núcleos grandes, es el que tapiza la cara interna de las paredes de estos quistes, adquiriendo ciertos tubos repletos de células el aspecto de columnas epiteliales.

A la degeneración poliquística congénita acompaña de ordinario una atrofia de las vías de excreción de la orina, estando los uréteres amenudo obliterados y la vejiga de la orina atrofiada, haciendo observar Bar que estos hechos coinciden generalmente con oligo-amnios.

Además, los fetos que presentan esta malformación reúnen con frecuencia otras (hidrocefalia, labio leporino, etc.)

Las teorías patogénicas que se han invocado para explicar la producción de esta degeneración, son numerosas. Virchow opinaba que una nefritis peritubular dando lugar á una esclerosis intercanalicular dificulta el paso de la orina por los canalículos y trae como consecuencia la formación del quiste (quiste por retención). Nieberding, fundándose en un caso por él observado con defecto en el agujero de Botall, opinaba que los quistes eran producidos por estancación en la circulación venosa del riñón, que determinaba una infiltración serosa y de pequeñas células alrededor de los canalículos renales y de los glomerulos, que daba lugar á una compresión de los mismos. Para v Winkel, procesos inflamatorios que obstruyen las papilas y los cálices del riñón son los que dan lugar á la dilatación de los tubos renales. Mirabeau, Birsch-Hirschfeld, Hildebrand, encuentran su origen en un defecto en el desarrollo (falta de reunión del aparato secretor con el escretor).

Desde el punto de vista tocológico tiene también su interés la clase de degeneración que estudiamos.

Debido al extraordinario volumen que adquiere el vientre de estos fetos, sobre todo si va acompañada esta malformación de hidramnios, el fondo del útero se encuentra ya muy elevado en el séptimo y octavo mes del embarazo, explicándose bien por esta superdistensión la frecuencia con que en estos casos se suele presentar el parto antes de término. Según Magenau, 22 veces en 44 casos por él recogidos.

Merece igualmente anotarse lo frecuentes que son en esta anomalía las presentaciones de nalgas y transversales, quizá por-

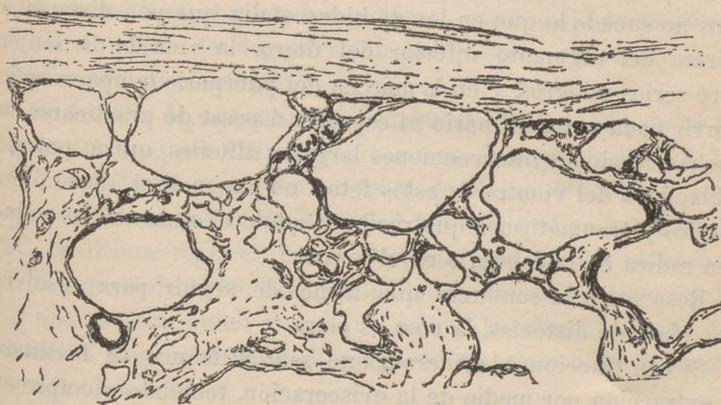


Figura 3.^a

Dibujo obtenido con la cámara Abbe.—Oc. 2—obj. "2.—Zels

que con ella cambia el centro de gravedad del feto, asentándose hacia el polo podálico.

Las complicaciones á que puede dar lugar en el momento del parto son importantes y frecuentes. Así, Hohl, en 33 casos sólo encontró 5 que terminaron sin necesidad de ayuda, y Magenau refiere en 45 casos 6 partos espontáneos.

Es imposible hacer el diagnóstico de esta lesión durante el embarazo ó al iniciarse el parto. En alguna ocasión quizá pueda sospecharse su existencia, si nos encontramos con una mujer de vientre muy distendido y en el historial de la enferma hay antecedentes de haber engendrado anteriormente fetos con esta malformación; pero de ordinario, el tocólogo no se orienta en el diagnóstico de esta anomalía hasta tanto que no se presentan dificultades á la terminación del parto, dificultades consistentes, si el feto nace de vértice, en que después de expulsada la cabeza

no sale el tronco ni aun empleando fuertes tracciones, y si la presentación es de nalgas, en que éstas no se encajan ni el parto termina, aunque empleemos los recursos de ayuda ordinarios. En este momento, mediante el tacto practicado con toda la mano, se puede llegar al diagnóstico de que la causa de la distocia está en el vientre del feto, no pudiendo más que muy raras veces y en casos muy excepcionales afinar más y precisar, si el aumento de volumen del vientre fetal es determinado por la existencia de líquido, de tumores ó de ambas cosas.

El pronóstico materno de ordinario no es grave. En estos casos no sucede lo que en los de hidrocefalia, que por distensión enorme del segmento inferior del útero, la vida de la mujer corre serios peligros, y en la marcha del puerperio tampoco suele ocurrir nada extraordinario ni especial, á pesar de practicarse en muchas ocasiones intervenciones largas y difíciles, quizá porque la blandura del vientre de estos fetos no exponen al útero á los insultos y traumatismos que recibe cuando el aumento de volumen radica en la cabeza ó en el torax.

Respecto á la conducta que hemos de seguir para resolver esta clase de distocias, la cosa es clara.

Si con tracciones moderadas no sale el tronco, se facilitará su extracción por medio de la evisceración, teniendo siempre en cuenta que las tracciones deben ser moderadas, pues estos fetos tienen sus tejidos muy friables, por infiltración serosa de los mismos, y se arrancan fácilmente las partes sobre que se hace presa (cabeza, extremidades). Si el tamaño del vientre del feto no es muy considerable, se puede facilitar la extracción de éste haciendo girar aquél hacia el sacro. De ordinario la intervención que se hace preciso practicar es la punción del abdomen (como yo he tenido necesidad de llevarla á cabo en uno de mis casos), especialmente si el niño vive, y conviene hacerla en forma regular, pues algunos de estos fetos nacen con vida y duran aunque poco algún tiempo después de nacer. Si el feto está muerto ó ha perdido la vida durante el parto, como generalmente sucede, se puede proceder á la abertura de su vientre por medio del perforador de tijera. En ocasiones puede ocurrir (como á mí me ha sucedido), siendo la presentación de vértice, que los hombros dificulten el que el abdomen se haga accesible, siendo necesario rasgar el torax para penetrar en la cavidad del vientre al través del diafragma. En los casos que acompañando á la ascitis existe

dilatación de la vejiga de la orina, se ha hecho necesario perforar ésta, después de haber dado salida al líquido alojado en el vientre. Olshausen, en un caso en que había ya nacido la cabeza, no pudo extraer el feto después de incindido el vientre con el perforador, y consiguió terminar el parto por versión practicada después de haber seccionado la cabeza. Küstner recomienda para los casos en que la cabeza haya sido desarticulada el empleo del kranioclasto, sin intentar la versión. En el caso operado por mí, y que ilustra este artículo, seguí esta conducta valiéndome de pinzas Musseux.

Las tres figuras que acompañan á este trabajo corresponden al último caso de degeneración poliquística congénita de los riñones por mí observado.

Se trataba de una mujer múltipara de 25 años. El primer embarazo terminó por aborto al tercer mes; el segundo llegó á término, siendo el parto normal el 9 de Marzo de 1908; y en el embarazo en el que se desarrolló el feto que motiva esta historia, tuvo la última regla el 24 de Diciembre de 1908 y el parto el 17 de Agosto de 1909. En un principio la enferma estuvo asistida por una partera, quien al ver que, salida la cabeza fetal (la presentación era de vértice), el cuerpo de la criatura no avanzaba, llamó á un médico.

Este compañero practicó tracciones sobre la cabeza, que á pesar de ser moderadas dieron lugar, dada la friabilidad de los tejidos en esta clase de fetos, á que se desarticulara.

En estas circunstancias vieron á la parturienta otros dos médicos que acordaron con el primero era necesario llevar á cabo la operación que más tarde se practicó.

Llamado en consulta, me encontré con el siguiente cuadro: Asomaban por la vulva los dos brazos, uno de ellos estaba casi desarticulado; las vértebras cervicales al descubierto. Introduje la mano dentro del útero y aprecié el vientre del feto voluminoso y en él la causa de la distocia. Con el diagnóstico de degeneración poliquística congénita de los riñones quedó acordada la indicación de intervenir practicando la evisceración.

Cloroformizada la enferma, conseguí penetrar en el torax (pues no me era posible llegar con el perforador de tijera directamente al abdomen), haciendo una brecha con este instrumento en uno de los últimos espacios intercostales del lado derecho, y perforando el diafragma alcancé el abdomen, extrayendo un ór-

gano grande y esponjoso que fué el riñón derecho. Al abrir el diafragma salió alguna cantidad de líquido aséptico. Una vez conseguido esto, logré la extracción del feto por medio de pinzas de Musseux.

Los dos riñones son dos soberbios y preciosos ejemplares por su tamaño, de la anomalía que nos ocupa.

Las dimensiones de los mismos (después de conservados algunos días en alcohol) fueron:

Riñón derecho	Riñón izquierdo
11,5 — 7,2 — 4,2 centí.	13,3 — 7,4 — 6,3 centí.

Academias

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión celebrada el día 21 de Enero de 1910

Preside el Sr. Entrecanales

Se lee un B. L. M. del Excmo. Sr. Gobernador militar de la plaza, invitando al Sr. Presidente de la Academia é individuos de la Junta para asistir á la recepción que en el Gobierno Militar tendrá lugar el día 23 del actual, con motivo de ser el santo de S. M. el Rey.

Se acordó que acudieran al acto los señores Académicos que lo desearan.

Caso de gastrorragia en una pneumonia.

Sr. Delgado.—En la sesión pasada expuse, tomado de las lecciones clínicas de Dieulafoy, la historia clínica de dos enfermos, en los cuales la nota predominante había sido grandes hematemesis y trastornos gastro-peritoneales en el curso de una pneumonía.

Hoy transcribiré los resultados de la autopsia en estos enfermos, hechos experimentales y comentarios que hace Dieulafoy; y últimamente haré ver la relación que á mi juicio existe entre lo expuesto y el caso presentado por el Académico Sr. Díaz.

Detalla minuciosamente Dieulafoy los resultados de la autopsia. Me limitaré á decir que los síntomas de peritonitis, pericarditis, pleuresia, artritis, meningitis, etc., observados durante la vida de estos enfermos quedaron comprobados en la observación necrósica, y que el examen bacteriológico demostró en ellas la infección neumocócica.

Transcribo literalmente las lesiones del estómago, por ser las más interesantes y de mayor relación con el caso presentado á la Academia.

En el primer caso, abierto el estómago y limpia con cuidado la superficie de la mucosa, viéronse una multitud de puntitos oscuros, que presentan el aspecto y el tamaño de picaduras de alfiler; uno de estos puntitos tenía las dimensiones de una lenteja. Estos puntitos oscuros son otras tantas erosiones que se ven perfectamente con la lente; sus bordes estaban tallados á pico, no se hallaban desprendidos, y el fondo lleno de una pequeña escara hemorrágica. El diámetro de estas erosiones redondas ú ovals es de 2 á 3 milímetros. Las hay en toda la mucosa del estómago y principalmente en la región pilórica, y veíanse en la superficie y en el fondo algunos repliegues. Entre ellos no se veían sufusiones sanguíneas.

En las preparaciones histobacteriológicas se ve que estas erosiones resultan de la eliminación de una escara; son debidas á una necrosis rápida y limitada de un pequeño territorio de la mucosa, sin reacción inflamatoria é insignificante. Tienen por agente patógeno el neumocoso.

En el segundo caso se ven algunas sufusiones sanguíneas de la mucosa, pero no hay erosiones en actividad como en el caso precedente. El examen histológico de la mucosa estomacal revela la existencia de pequeños focos hemorrágicos, unos en la capa conjuntiva submucosa, y otros, más numerosos, en el tejido conjuntivo interglandular.

Estos pequeños focos hemorrágicos, origen de hematemesis, empujan las glándulas y forman grupos distintos, que no están separados del exterior más que por una ligerísima capa de mucosa. Alrededor de estos focos hemorrágicos no se encontró señal alguna de reacción inflamatoria. Buscados los microbios, no se encontró ninguno.

Junto al hecho clínico coloca Dieulafoy el hecho experimental.

Las ulceraciones gástricas en el curso de la neumonía han sido estudiadas experimentalmente en el conejillo de Indias, por Bezançon y Griffou. Se inoculó en el peritoneo de un conejillo unas gotas de exudado peritónico previamente extraído del peritoneo de otro conejillo, que recibió un cultivo de neumococo muy violento. El conejillo inoculado sucumbió á las veinte horas,

encontrándose en la autopsia petequias en el mesenterio en el intestino grueso y núcleos hemorrágicos en el bazo. En la mucosa estomacal había como unas quince erosiones hemorrágicas, cuyo examen histológico demostró que el proceso no interesaba más que la mucosa y la capa submucosa. Los neumococos populaban en la ulceración como en todos los órganos.

Comentando el sabio profesor de Patología Interna de la Facultad de París estos casos, dice:

Por una singular coincidencia, hé ahí dos hombres afectados de neumonía, que con pocos días de intervalo, presentan de una parte accidentes peritoneales, y de otra síntomas gástricos con grandes hematemesis.

El primero de los enfermos tuvo varias de ellas y sucumbió en medio de síntomas gástricos entre estas hematemesis. Actualmente conocemos bien la causa que les da origen: se trata en estos casos de una infección neumocócica con erosiones hemorrágicas, verdaderas necrobiosis agudas hemorrágicas.

Estas erosiones hemorrágicas de nuestro primer enfermo, que sucumbió cuando el proceso necrobiótico se hallaba en plena actividad nos permitió sorprender el proceso infeccioso. En nuestro segundo enfermo, que vivió bastante tiempo después de su hematemesis, no se encontró en la mucosa gástrica más que restos de focos hemorrágicos, sin erosiones, probablemente en vías de reparación.

Es la primera vez, creo, agrega Dieulafoy, que se ha sorprendido en su conjunto la infección neumocócica del estómago con neumococos, erosiones, hemorragias y hematemesis. He propuesto, dice, dar al conjunto de la lesión el nombre de gastritis ulcerosa hemorrágica neumocócica.

Tenemos, pues, demostrada por Dieulafoy con hechos clínicos y experimentales, que no dan lugar á duda, la existencia de una neumococia estomacal, por propagación en la neumonía.

Ahora bien, el caso expuesto por el Sr. Díaz tan brillantemente, de un individuo de 19 años que en el curso de una neumonía, sin antecedentes anamnéticos, sufre una abundante hematemesis; ¿podemos considerarle como de neumococia estomacal?

En este enfermo no ha habido síntomas peritónicos ni neumococia generalizada, como en los casos del Hotel Dieu. No importa. La neumonía estomacal puede existir aislada y hasta ser

primitiva á la neumonía. Si el neumococo, localizándose primitiva ó secundariamente en el peritóneo, meninges, pleura, etc., da lugar á la inflamación única de estos órganos, como entidad propia en cada uno, independiente uno de otra, ¿por qué no se ha de implantar sólo en el estómago y ha de producir una neumococia estomacal aislada, sin otras lesiones morbosas en el organismo?

Tampoco ha presentado, que yo sepa, trastornos gástricos, dolores, náuseas, etc., como los otros enfermos; sólo malestar momentos antes de la hematemesis.

Es suficiente que haya tenido hematemesis, que es la *característica el indicio* de la neumococia estomacal hemorrágica. Los demás síntomas gástricos no tienen gran significación; pueden depender de otra causa (peritonitis), pueden aparecer en la misma pulmonía sin complicaciones; pueden ser muy insignificantes (malestar de este enfermo), y pueden hasta no presentarse. Y nada de particular tiene que no haya síntomas prodómicos en esta infección estomacal, de lesiones tan agudas que no dan lugar á reacción inflamatoria á pesar de ser el neumococo su agente productor, cuando en el estómago se presentan casos de ulceraciones de evolución lenta sin otra expresión clínica que la hematemesis.

Nuestro enfermo curó. Las erosiones gástricas neumocócicas pueden curar, y hasta rápidamente, como en el segundo enfermo de Dieulafoy.

El Sr. Díaz, interpretando el caso, con recto criterio excluye desde luego procesos ulcerativos anteriores como causa de la hematemesis, y la explica y atribuye, muy ingeniosa y eruditamente, á rotura de una variz por trastornos circulatorios.

Es indudable que cuando hay debilidad en el ventrículo derecho, cuando algún obstáculo impide el desagüe sanguíneo en el propio ventrículo, y cuando es insuficiente la inspiración de la sangre venosa durante la respiración, hechos frecuentes en la pulmonía, se dilatan todas las venas del cuerpo, y esta hiperdistensión puede ser causa de roturas. Pero para que así ocurra, es necesario, casi siempre, que á esta alteración mecánica circulatoria se una otra alteración anatómica del tejido venoso.

En este individuo no tenemos estados diatélicos (artrismo, etc.), intoxicaciones crónicas (alcoholismo, saturnismo, etc.), á que poder achacar la alteración del tejido. Y si consideramos

como estado morbozo y causa de alteración la misma infección neumocócica, por un procedimiento patogénico parecido al que determina la fiebre tifoidea; y culpamos al neumococo las alteraciones anatómicas, juntas ó separadas de las mecánicas circulatorias, ¿no venimos á parar, en último término, á las ulceraciones hemorrágicas?

Por consiguiente, yo creo, que el enfermo presentado por mi respetable compañero Sr. Díaz, ha padecido *una gastritis ulcerosa hemorrágica neumocócica* de Dieulafoy, en el curso de una neumonía.

Sr. Díaz.—Cree que existe alguna diferencia entre el caso expuesto por él y los relatados por Dieulafoy, toda vez que en éstos existían fenómenos gástricos y en el suyo no.

Le parece generalizar demasiado admitir siempre una gastritis pneumocócica como productora de hemorragias; en su caso no existían fenómenos de gastritis; por lo menos de gastritis general.

Quizás haya sido debida la hemorragia á una ligera trombosis de orden infeccioso, que diera lugar á una necrosis limitada y pequeña con la consiguiente ulceración y hematemesis.

Sr. Delgado.—La característica de esta clase de gastritis es la hematemesis, que suele producirse de una manera rápida.

Sr. Entrecanales.—Se inclina á creer que se trata más bien de un proceso inflamatorio larvado, con asiento en la mucosa del estómago.

Lo de las varices exofágicas ó gástricas, invocado por el señor Díaz, así como lo de la trombosis, es bastante problemático.

Caso de sífilis infantil.

Sr. Entrecanales.—Reanudando el interesante asunto que se inició en la sesión anterior, dice que la cuestión del diagnóstico de la sífilis en el niño es difícilísima; en efecto, después de los varios casos que presentó en la última sesión, plantea la cuestión de un niño sano ó atrófico, hijo de una madre que ha abortado varias veces y ha tenido, alternando con estos abortos, partos de término, ¿este niño, es sífilítico? ¿puede ó debe enviarse á una nodriza?

En su concepto, conviene pasar revista á los síntomas de la sífilis infantil, y á poca sospecha que de ella exista, oponernos terminantemente á que el niño sea lactado por nodriza.

El coriza del recién nacido es un dato que conviene tener

muy en cuenta para hacer un diagnóstico prematuro de la sífilis hereditaria, toda vez que, en el niño sífilítico, el coriza es muy intenso y muy rebelde. Es por consiguiente, por lo menos muy sospechoso, el niño cuyo coriza tarde mucho en curar.

Como síntoma de la sífilis infantil describe el «penfigo sífilítico», pero aun este mismo puede inducir á error y confundirlo con el penfigo vulgar, bastante común en los recién nacidos no sífilíticos. Cierta infiltración dura de la piel, puede también dar lugar á confusiones.

Sr. Somonte.—El tema que se discute es de lo más importante y de lo más dificultoso. En presencia de un niño con manifestaciones especiales con antecedentes fáciles de comprobar, el asunto no es difícil; las dificultades suben de punto en presencia de niños aparentemente sanos é hijos de padres sífilíticos; estos niños ¿lo son también?

El fondo del ojo de los niños sífilíticos presenta alteraciones y anomalías, en ocasiones fáciles de percibir. Se han visto en la sífilis hereditaria *coroiditis*, así como una forma determinada de *retinitis pigmentaria*—debida también á una *coroiditis*—en la cual las manchas pigmentarias aparecen principalmente en los espacios que separan los grandes vasos.

Además hay otro signo, que consiste en que á la entrada del nervio óptico se aprecia un anillo de pigmentación, muy marcado, total ó parcial y muy perceptible en los casos de sífilis hereditaria.

Los vasos, á su vez, ofrecen también anomalías.

Esta infección, que como es sabido produce en todos los órganos una especie de suspensión de su desarrollo, ejerce también en el ojo esta acción, dando lugar en los individuos que la padecen á una hipermetropía muy marcada.

Sr. Entrecanales.—El Somonte ha dado una pauta para el examen de los niños sospechosos de sífilis.

Por su parte opina que se debiera radiografiar á todos los niños, pues los huesos de los sífilíticos presentan síntomas de pericondritis susceptibles de dar sombra en la pantalla.

En su opinión, el síntoma más clásico y más común es el coriza: la mucosa nasal es en su concepto el sitio predilecto de las afecciones prematuras ó no, heredo-sífilíticas, y el coriza en cuestión es casi constante en los niños de esta clase.

Los síntomas son: Rubicundez de la mucosa, flujo purulento

á menudo teñido de sangre, que sale de la nariz; formación de costras en las ventanas nasales, y respiración especial acompañada de ronquido, debido á la tumefacción de la mucosa y á la obstrucción de la nariz; la respiración nasal puede llegar á ser tan dificultosa que entorpezca en gran manera la lactancia, ó la impida en absoluto, si las ventanas nasales se hallan completamente obstruídas por las costras.

Termina manifestando que es muy importante indicar los síntomas precoces, y sería de gran utilidad que la reacción de Wassermann diera resultados positivos.

Sr. Somonte.—Cree que este asunto ofrece tal importancia que en su concepto debiera dividirse para la discusión en estos dos temas: 1.º Signos precoces de la sífilis hereditaria; 2.º Sífilis y lactancia.

El Secretario General,
C. MENDAZA.

Real Academia de Medicina de Madrid.

Sesión celebrada el día 12 de Febrero de 1910

2) **Sr. Recasens.**—*Consideraciones sobre varios casos de pubiotomía.*

R., presenta tres casos de pubiotomía. Las tres intervenciones tuvieron un resultado favorable. En dos de los casos se produjeron desgarros de las partes blandas; en uno de ellos se comunicaba el desgarro con las secciones del hueso, la herida se infectó y sobrevino el esfacelo del tejido celular; en el otro no se presentó complicación alguna. (Las tres enfermas fueron presentadas á la Academia).

Según Recasens, la pubiotomía tiene una ventaja muy grande sobre la cesárea, pues basta con que sea hábil el que la practique y apenas si necesita de buenos ayudantes, mientras que para la cesárea se requieren ayudantes experimentados, gran destreza en el operador y condiciones determinadas de momento. Si bien la pubiotomía es de técnica fácil, se necesita haberla visto practicar, porque entre otras cosas, el paso de la sierra da una cantidad de sangre grande y la vejiga está muy próxima, amén de los desgarros que suelen producirse, como sucedió en sus dos últimos casos.

2) **Sr. Isla Balómburu.**—*Ictiosis fetal.*

El Dr. Isla presenta el análisis histológico de la piel de un feto hiperqueratósico que demostró en la Academia el mes de Mayo del año pasado. El caso ha sido estudiado por el Dr. Azúa y presentaba enorme hiperqueratosis de las capas córneas con invasión de los folículos pilosos y penetración en los pezones malpighianos, atrofia ó falta total de los pelos, estrato granuloso irregularmente aumentado, glándulas sebáceas pequeñas y quizás escasas, sudoríparas normales, papilas y dermis sin indicio de inflamación.

Y cree que la muerte se debe en estos casos á dos causas: 1.^a por ser imposible que el aparato respiratorio funcione debidamente, vista la coraza que tiene en el pecho; y 2.^a, porque la piel exhala anhídrido carbónico, y al estar densa no es posible la exhalación y puede morir el feto por intoxicación carbónica.

Sr. González Alvarez.—Dice que estos fetos no se asfixian por no poder respirar, pues en el momento de nacer se ve que su capa torácica se dilata. Tampoco cree que se muera en estos casos por imposibilidad de expresión, porque en primer lugar esta dificultad de funcionamiento de la piel no es absoluta, sino incompleta, pues hay trozos de piel que funcionan y las glándulas endorificas no están destruídas en absoluto y las sebáceas casi siempre están destruídas ó poco desarrolladas. Pudiera pensarse que la muerte fuera por inanición.

Revista de Revistas.—Bibliografía

3) **L. Pron.** Tratamiento de la úlcera simple de estómago.

(*Revue de Medecine et de Chirurgie.* 25 Oct. 1909.)

La primera indicación que debe llenarse en cuanto se haga el diagnóstico, es colocar el estómago en reposo. Supresión de toda alimentación sólida, empleando la dieta láctea, alternando con huevos y purés, imponiéndose el régimen lácteo exclusivo cuando haya habido hemorragia. La leche se tomará fría en cantidad de 200 gramos, siendo 1 ó 2 litros lo que se tome en 24 horas. En cada taza de leche se añadirán dos cucharadas de sopa de agua de cal ó de agua de Evian.

Para combatir los ácidos del jugo gástrico se administrará entre las comidas, tres veces al día, una papeleta de la fórmula siguiente:

Fosfato de cal	} aa	0,50 gramos á 1 gramos
Creta preparada		
Subnitrito de bismuto		

El bismuto, que tiene propiedades cicatrizantes y antihemorrágicas, puede ser administrado á la dosis de 5 á 10 gramos por día. También se pueden emplear como cicatrizantes las siguientes:

Nitrato de plata	0,20 gramos
Agua destilada	1,20 »

Una cucharada de sopa tres veces al día.

Iodoformo pulverizado	} aa	0,10 gramos
Sulfato de quinina		

para una pildora; podrán darse cuatro al día, pero la forma pilular no es muy á propósito para un estómago ulcerado.

Contra los dolores se adicionará al bismuto la codeina, el opio, el agua de cal; véase la siguiente poción:

Extracto de belladona	0,10 gramos
Extracto alcohólico de cáñamo indiano	0,50 »
Subnitrito de bismuto	5,00 »
Julepe gomoso	1,50 »

El máximum cinco cucharadas de sopa en las 24 horas. Como astringente y hemostático se ordenará el condurango:

Corteza de condurango	15 gramos.
Agua hervida	300 »

reducido á 150, filtrar y añadir:

Jarabe de opio	60 gramos.
--------------------------	------------

Dos á tres cucharadas de sopa al día.

Sobre la región epigástrica se aplicará una compresa empapada en

Extracto de belladona	1 gramo.
Láudano de Rouseau	20 »
Cloroformo	100 »
Bálsamo de Fioraventi	100 »

ó podran usarse los siguientes supositorios:

Extracto de belladona	} aa	0,02 gramos.
Id. tebaico		
Manteca de cacao	c. s.	

Dos supositorios por día.

Contra los vómitos se empleará el régimen lácteo absoluto á pequeñas dosis, adicionando agua de cal ó una ó dos gotas de láudano

de Sydenham, ó también podrán darse cinco á veinte gotas, en las 24 horas, de la mixtura de Robín.

Picrotxina	0,05 gramos.
Alcohol para disolver	c. s.
Clorhidrato de morfina	0,05 gramos.
Sulfato neutro de atropina	0,01 »
Ergotina Bonjean	I »
Agua de laurel cerezo	12 »

Leven recomienda la aplicación de un pequeño vejigatorio de 2 por 2 en el hueco epigástrico.

Si se produce una hematemesis grave, entonces el reposo deberá ser absoluto, prohibiéndose hasta el hablar y colocando al nivel del estómago una vejiga de hielo.

La dieta más absoluta, haciendo dos lavados de agua hervida, de medio litro cada uno. Después de algunos días de este tratamiento, se volverá á la alimentación, comenzando por administrar leche helada en cantidad de 50 á 100 gramos.

Si la dieta debió durar largo tiempo, se administrará cada día dos irrigaciones con la fórmula siguiente:

Huevos	Núm. 2.
Leche	250 gramos.
Láudano de Sydenham	V gotas.

ó

Huevos	Núm. 2.
Leche	250 gramos.
Peptona líquida	2 cucharillas.

La fórmula de Robín es igualmente buena:

Huevos	Núms. I al 3.
Peptona líquida	40 á 50 gramos.
Solución de glucosa al 20 por 100	100 »
Sal marina	1,50 »
Pepsina	0,50 »
Láudano	III gotas.
Caldo frío c. s. para	250 gramos.

En el momento de la hematemesis se dará una inyección de un centímetro cúbico de ergotina Ivon, que podrá repetirse dos ó tres veces. Hé aquí una fórmula de Capitán:

Ergotina Ivo	5 gramos.
Clorhidrato de morfina	0,04 »

Antipirina	1,50	gramos
Sulfato de esparteina	0,20	»
Sulfato de atropina	0,02	»
Agua destilada	c. s.	para 10 c. c.

Una inyección de media en media hora ó de cuarto en cuarto de hora, sin pasar de cinco inyecciones. Y por último, contra la lipotimia y fatiga cardíaca, se dispondrá del suero artificial de la esparteina y del aceite alcanforado.

4) Dufour. Incubadora de tafetán engomado.

Las dificultades de precio elevado y sostenimiento del calor necesario en buenas condiciones de aireación que ofrecen las incubadoras corrientes para la cría de los fetos nacidos fuera de tiempo ó en estado de gran debilidad, han sugerido la idea de sustituirlas por otras de tafetán engomado que han dado excelentes resultados.

Vestido y arreglado el niño recién nacido, según costumbre, se le envuelve en una hoja grande de tafetán engomado, pero dejándole libre la cabeza. Se le saca de su envoltura para limpiarle, pero puede estar dentro del tafetán 24 horas si se toman precauciones de salida fácil de sus excrementos dejando una ventana en la región ano-genital. Según las necesidades que exija la temperatura en armonía con los diversos casos, permanecerá el niño solamente 12 horas, entre las cuales se comprenderán las de las doce, una, dos y tres de la noche, que son las de grado más bajo ordinariamente.

Dentro del tafetán, la temperatura se eleva algunas veces sobre el grado normal; pero la vigilancia que debe tenerse evitará esta contingencia y obtendrá la necesaria casi constante con gran provecho para el niño, el cual respira normalmente.

La piel del niño puede hallarse ligeramente húmeda y basta de vez en cuando el secársela, sin que jamás haya sobrevenido complicación alguna cutánea ó catarrosa á consecuencia de ese estado de mador de la piel.

Puede, si se quiere, mitigar la acción de la envoltura de tafetán, abrirse agujeros de trecho en trecho, de forma que se establezca cierto grado de aireación.

Las ventajas de este procedimiento incubador son: lo módico del precio que le hace utilizable en todos los medios sociales y regionales, la facilidad de su manejo y el que el niño respira mejor ambiente que en una incubadora de las conocidas.

5) Couteaud. Las fracturas de la clavícula y la estética.

La tendencia moderna de simplificar el tratamiento de las fracturas en general, no ha podido menos de comprender á las de la clavícula. El sin número de vendajes y aparatos que se aplican son excelentes de momento, pero transcurridos algunos días y á veces horas, las funciones activas y pasivas de los músculos ó aparatos orgánicos alteran más ó menos gravemente la situación de los fragmentos y no se cicatrizan en condiciones fisiológicas ni estéticas. Y si esto se pretende evitar, se cae en la enormidad de alterar las funciones del sitio de aplicación, á fuerza de sujeciones intensas.

Hay que confesar que el crédito concedido á la mayoría de los vendajes y aparatos, está fundado en la aplicación que han tenido en la aplicación de fracturas sencillas y sin tendencia á la desviación. En los demás casos se ha visto por la radiografía, que no han cumplido el fin que se deseó por el médico.

Concretándonos á la fractura de la clavícula, diremos que los actos de toser, quitarse las mucosidades nasales, mover la cabeza, etc., sumados á los 26.000 movimientos respiratorios diarios que ejecuta una persona, no debe extrañar el que á pesar de todo, la lesión se cure mal y tarde.

Así es que gran número de cirujanos han renunciado al uso de los aparatos, limitándose á la aplicación de una charpa que á la vez de sostener el brazo lo dirige hacia una posición conveniente que favorezca la unión de los fragmentos.

El Dr. Couteaud ha ideado y puesto en práctica en más de 30 casos, un tratamiento sencillo cuya eficacia descansa en la posición del herido.

Cuando un herido que sufre una fractura de la clavícula se acuesta horizontalmente en una cama dejando fuera del borde de ésta el hombro correspondiente á la lesión y pendiente verticalmente el brazo del mismo, se observa que los dos fragmentos tienden á su aproximación hasta el punto de realizar una coaptación perfecta.

¿A qué causa se debe este hecho? Ignórase á punto cierto. Sea debido á la acción muscular cansada por el peso del miembro ó á leyes mecánico-biológicas complicadas, la verdad es que se comprueba clínicamente por la radiografía el tacto y el compás de medida el que los fragmentos están en contacto racional.

Para aplicar el método, basta colocar al herido en una cama cualquiera pero que tenga rígido el borde correspondiente á la región fracturada. Sobre ella se acuesta horizontalmente el enfermo de modo

que el hombro del lado herido se quede al aire sin apoyo, la cabeza y cuello inclinados hacia la fractura y descansando sobre una almohada. El miembro superior quedará suspendido verticalmente fuera de la cama. A esta posición le denomina Coutheaud *posición primera* y debe ser conservada durante 24 horas. Desde luego que esta situación ocasiona cierto grado de edema en el miembro superior que no debe inquietar al médico. Lo que sí conviene es el desproveer al enfermo de las sortijas ó anillos que tenga en sus dedos.

Al cabo de 24 horas el brazo péndulo se le colocará en *segunda posición* que difiere de la precedente en que el antebrazo se pone en ángulo recto en la articulación del codo, descansado en un taburete dispuesto al borde de una cama. El enfermo conserva esta posición 15 á 21 días, pero puede consentirse, antes de la terminación de este período, si las condiciones del callo, edad, constitución, etc., del individuo son buenas, el que el brazo antero lo repose en la cama.

Como se vé, este tratamiento es sencillo, y á parte de ciertas tiritantes en las primeras horas y el edema del miembro, no es doloroso. Para evitar el edema se ha aconsejado el vendaje compresivo, pero realmente no debe usarse por cuanto actúa aquél como en el método de Bier de medio ayudante.

Ahora bien: ¿debe practicarse el masaje? En la mayoría de casos es inútil, como quiera que el foco de la fractura se halla en constante movimiento que constituye un masaje pasivo. Sólo en el caso de persistir la hinchazón y equimosis puede usarse con tino.

6) G. A. Graham. Aceite de oliva y náuseas post-anestésicas.

(The Journal of the Amer. Med. Association)

El autor ha observado que las grasas y otras substancias solubles en el éter, introducidas en el aparato digestivo de los sujetos eterizados, son capaces de hacer recobrar á la sangre ciertas propiedades perdidas por la acción del medicamento, á saber, las relacionadas con los fenómenos de fagocitosis. Creyendo el Dr. Graham que otros efectos del éter, por ejemplo, las náuseas y los vómitos, sean debidos á un efecto irritante local del medicamento sobre la mucosa gástrica ó á otra acción más general, pueden ser influidos introduciendo en el estómago una grasa, por ejemplo, el aceite de oliva; empleó este medio en 30 enfermos. Los resultados fueron notabilísimos. En unos enfermos no se presentaron las náuseas y en otros, en los que se habían presentado ya antes de administrarse el aceite, cesaron inmediatamente con este tratamiento. Sólo en uno fué ineficaz dicho medio.

Bibliografía

7) Poirier, Charpy, Cuneo.—Tratado elemental de Anatomía humana.

Traducido por **D. Federico Oloriz Ortega**, Madrid: Administración de la «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas»

La «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas» ha dado una nueva muestra de su buen gusto costeando la traducción de esta excelente obra.

En efecto: el Tratado de Anatomía Humana de Poirier, Charpy y Cuneo, constituye una de las mejores obras que actualmente andan entre las manos de médicos y alumnos en Francia, pues como dice su prologista en la obra española, el ilustre Dr. Oloriz (de San Carlos), esto traducido, «supera á todos los de su clase y extensión, por contener mayor riqueza de datos, con lo que resulta más instructivo y á la vez por ser más educativo que ninguno.» Añádase á esto que se halla profusa y extensamente ilustrado y ello dará razón del motivo que han tenido los editores españoles para traducirlo al castellano.

Obras como estas se recomiendan por sí solas.

8) **L. Rodrigo Lavín, y A. Pi y Suñer.**—Tratado de Fisiología general.

Hermosa obra, cuyo objeto, por lo que su título indica, es el estudio de la fisiología de la célula y la del medio interno (sangre).

Todo cuanto digamos en alabanza de este libro sería poco, pues además de estar escrito y redactado con elegancia, ofrece la para nosotros excelentísima ventaja de ser una obra eminentemente española, producto de la labor científica y de los múltiples y variados experimentos realizados por fisiólogos tan eminentes y distinguidos como los Doctores Rodrigo, Lavín y Pi y Suñer.

No es nuestro propósito hacer aquí un análisis detallado de la obra; quédese esta labor para otras manos, ya que ni disponemos de espacio ni de tiempo suficiente para este asunto, á más de ser tarea compleja, pero baste saber que este «Tratado» se recomienda por sí solo y el médico que desear empaparse de cuantos conocimientos son precisos para hallarse al corriente de la fisiología de hoy, tiene bastante con estudiarlo en esta obra, que no echará de menos á sus similares extranjeras.

Por eso nosotros no nos cansaremos de recomendarla, en la inteligencia de que quien la leyere hallará en ella cuanto pudiera desear en este terreno, además de que, obras así, honran no sólo la literatura, sino la Medicina patria.

Sección Profesional

Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.

Sesión celebrada el día 13 de Enero de 1910

Preside el Sr. Saralegui

El Sr. Artaza dió cuenta de los oficios pasados al Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia y á D. Angel Viñeta y Urgel, farmacéutico de Sarreol, según lo acordado en la sesión anterior, girando á la vez al primero la cantidad asignada por este Colegio para un premio del Concurso abierto por la Asamblea Farmacéutica Nacional celebrada en dicho punto, así como también de diversas comunicaciones acordadas en la misma sesión.

Se presentó una instancia de D. José Sastre Chaperó, farmacéutico titular de Amorebieta, protestando sobre la rebaja en su asignación de titular de dicho pueblo, acordada por el Ayuntamiento del mismo y pidiendo á la junta su apoyo.

La junta, después de examinar con todo detenimiento dicha instancia y los comprobantes que le acompañan, considerando de justicia la petición del Sr. Sastre é ilegal y contra todo derecho lo acordado por dicho Ayuntamiento, acordó, velando por los prestigios é intereses de la clase, adherirse á dicha petición y apoyar al Sr. Sastre en cuantas gestiones realice encaminadas á la reivindicación de sus derechos.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,

DR. ARTAZA.

Sesión celebrada el día 10 de Marzo de 1910

Preside el Sr. Saralegui

Se dió cuenta de un oficio del Sr. Sastre, comunicando á la junta la resolución favorable recaída en su asunto, ó sea la rebaja de su asignación de titular que el Ayuntamiento de Amorebieta pretendía, asunto que fué tratado en la sesión anterior, y dando las gracias por el apoyo prestado por el Colegio.

La junta, agradeciendo al Sr. Sastre sus manifestaciones, se congratuló del fallo recaído en el mismo, tanto por la razón y justicia que le asistía como por el proceder que siente para casos análogos en que otras corporaciones pretendan anular derechos legítimamente adquiridos por la clase farmacéutica.

Se presentó una denuncia de D. Jaime Gastallere, farmacéutico de Dos Caminos, sobre venta de algunos preparados medicinales en varios establecimientos de ultramarinos de dicha localidad, acordándose trasladar la denuncia al Subdelegado de

Farmacia del distrito del Ensanche, sin perjuicio de proceder más tarde en otra forma, si esto no bastare.

Se acordó felicitar á los Sres. Merino y Ruíz Jiménez, farmacéutico y Presidente de la Junta del Patronato de Farmacéuticos Titulares respectivamente, por su acertada y merecida elevación á los altos cargos de Ministro de la Gobernación y Fiscal del Supremo.

Fué admitido como socio colegiado el farmacéutico D. Teodoro César López.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,
DR. ARTAZA.

Sesión celebrada el día 17 de Marzo de 1910

Preside el Sr. Saralegui

El Sr. Presidente dió cuenta de denuncias que le habían sido formuladas respecto á ciertas incorrecciones observadas por algunos farmacéuticos relacionadas con la prestación de medicamentos á la Beneficencia municipal, y en su consecuencia el Colegio no pudiendo hacerse solidario de tales incorrecciones, que desde luego reprobaba de ser ciertas, acordó nombrar una comisión que en nombre del Colegio visitara al Sr. Alcalde, haciéndole presente lo antedicho y ofreciéndole su concurso para la depuración de la verdad, pues no sería justo que faltas de algunos hicieran adoptar acuerdos que redundaran en perjuicio de toda la clase farmacéutica de Bilbao, que en su inmensa mayoría cumple á satisfacción con sus deberes profesionales.

Quedaron nombrados para dicha comisión los Sres Saralegui, Madaleno y Artaza.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,
DR. ARTAZA.

Congresos

Abril 3 á 6: Congreso de la Sociedad de Radiólogos alemanes, en Berlín.

Abril 4 á 6: Sesiones de la Sociedad de Patólogos alemanes, en Erlangen.

Abril 7 á 10: III Congreso de Médicos franceses, en París.

Mayo 4: Asamblea de la Sociedad alemana de baños públicos, en Heidelberg.

Mayo 11: Reunión de los Comités centrales de la lucha contra la tuberculosis, en Berlín.

Mayo 11 y 12: XVII reunión de la Sociedad de Laringólogos alemanes, en Dresde.

Mayo 19 á 21: Congreso alemán de protección á los niños de pecho, en Munich.

Agosto 2 á 7: III Congreso internacional de higiene en las escuelas en París.

Septiembre 10 á 14: II Congreso internacional de enfermedades de las articulaciones, en Bruselas.

Septiembre 13: XV Congreso internacional de radiografía y electricidad, en Barcelona.

Septiembre 18 á 24: LXXXII reunión de Naturalistas y Médicos alemanes, en Königsberg.

Septiembre 27 á 30: VIII Congreso internacional de Fisiólogos, en Viena.

Octubre 1 á 5: II Congreso internacional para investigaciones sobre el cáncer, en París.

Octubre 3 á 7: IV Congreso internacional sobre asistencia de enfermos mentales.

Victima de rápida enfermedad, ha fallecido la esposa del Dr. Don José Carrasco, director del Hospital Civil de Bilbao.

Tanto al eminente cirujano como á su distinguida familia enviamos la expresión de nuestro sincero pésame.

El Dr. Don Agustín Soltura ha tenido la inmensa desgracia de ver morir á uno de sus hijos.

A él y á nuestro querido compañero de redacción Dr. Don Filomeno Soltura, les deseamos la fortaleza de ánimo necesaria para sobrellevar tan irreparable pérdida.