



Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

AÑO 1913

BILBAO
REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
Librería de M. Fuentes, Bidebarrieta, 9
Teléfono 1.148

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

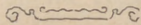
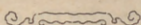
DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO


AÑO 1913


BILBAO
REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
Librería de M. Fuentes, Bidebarrieta, 9
Teléfono 1.148

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

LA GACETA MÉDICA DEL NORTE, al entrar en el XVIII
año de su publicación, desea á todos sus favorecedores
felicidades sin cuento.

AÑO 1913

SECRETARÍA DE SALUBRIDAD
COMISIÓN ADMINISTRATIVA
CALLE DE LA FORTUNA, CANTON DE LA FORTUNA
TELÉFONO 115

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRURÍA Y FARMACIA

Órgnao Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XIX

Bilbao—Enero—1913

Núm. 217

Sumario

El agua, el tifus y la sueroterapia antitífica en Bilbao. Disertación del Sr. Aristegui.

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao: Acta de las sesiones celebradas los días 12 y 29 de Noviembre y 6 y 13 de Diciembre de 1912.

Sección profesional.

El agua, el tifus y la sueroterapia antitífica en Bilbao

Disertación del Sr. Aristegui en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

(CONTINUACION)

IV

Del bacilo tífico en las aguas

La investigación del bacilo tífico en las aguas, es todavía un problema muy difícil de resolver; no quiero entrar á describir las dificultades que ofreció y aún hoy ofrece, no el investigarlo en el agua, sino aun en las deyecciones de un tífico, en la orina, etc., pues á pesar de los numerosísimos medios de cultivos especializados, no se ha resuelto aún el problema prácticamente.

Esto es, precisamente la causa de que todavía existan muchos bacteriológicos que no admiten la especificación del Bacilo Ebertiano y lo consideran únicamente como un Coli que ha adquirido virulencia en el organismo enfermo, y parece que vienen en ayuda de los que así piensan el descubrimiento de los bacilos Paratíficos que no son, ni más ni menos, al parecer, que distintas modalidades de Coli, ó mejor dicho períodos de transición de unos á otros, pues los Paratíficos A y B poseen reacciones que unas veces son propias del Coli y otras del Eberth, y si, por otra parte, observamos que al principio de ciertas infecciones ebertinas, la sero reacción de Vidal se produce solo con los paratíficos y no con el beilo Eberth y, en

cambio, al cabo de algún tiempo, la aglutinación desaparece de los paratíficos para transformarse en Ebertina, resulta más argumentado el razonamiento de los que siguen las opiniones de Roux y Rodet, pues esa sero-reacción aglutinante solo puede producir por el cambio de modalidad de esos bacilos.

Las reacciones diferenciales del coli y del tífico son bastante claras: el coli tiene reacciones positivas, produce la reacción del indol, coagula la leche, enrojece el tornasol en medios lactosados, y en la gelatina-tornasolada-lactosada, produce burbujas de gas, características con enrojecimiento del tornasol.

En cambio, el Bacilo tífico tiene reacciones negativas, no produce esos fenómenos, pero tan poco nos puede ilustrar su conocimiento con alguna reacción positiva y de efectos indudables; de aquí la dificultad de su caracterización, y si bien hoy se da gran importancia á la reacción de aglutinación, ésta muchas veces deja en la mayor incertidumbre al operador, pues bacteriólogos tan distinguidos como Achard, Benzaude, Van Velde y Beco, dicen que no solo las diversas muestras de bacilos de Eberth manifiestan una actitud variable á ser aglutinados por un mismo suero, sino que una misma variedad de bacilos Ebertianos reacciona de distintas maneras frente á sueros diferentes.

Por otra parte, Du Mesnil, Jez, Rochemond, etc., han observado aglutinación en casos de infecciones no tíficas, mientras que Burberstein, Busch, Schumachen, Hesse y Fercher mencionan casos de fiebre auténtica en las que la sero reacción aglutinante falta.

En fin, Tienke, Starn, Van Ordt, Kuchuan y Dineur, refieren casos de aglutinación positiva por el suero normal en ausencia de infección tífica anterior.

Pero, á pesar de esto, hay que reconocer que el suero, procedente de personas sanas ó afectadas de infecciones distintas que la tifoidea, aglutinan el bacilo tífico en diluciones menos fuertes que el procedente de tíficos. Se necesita sin embargo para afirmar la fiebre tifoidea, que la reacción aglutinante se halle en dilución mínima de 1/50.

Ahora bien: ocurren frecuentemente casos numerosos de tífus donde el poder aglutinante no alcanza este título elevado sino en un período muy avanzado de la enfermedad, ó no la alcanza durante toda ella.

Sobre 14 casos enumerados por Breco, 6 veces el suero no aglutinaba sino en las diluciones concentradas de 1/10 ó á 1/20 y desde el 12 al día 20 de la enfermedad; Hita cita igualmente varios casos.

El suero diagnóstico, por consiguiente, no es absolutamente específico y, máxime, desde que se ha citado el caso de ser el bacilo tífico aglutinado por el suero normal á la dilución de 1/100, y, sin embargo, esta reacción es la única positiva que tenemos.

Esto nos demuestra la dificultad que ofrece la investigación del bacilo Ebertiano, que no es tan fácil como se cree y se dice muchas veces.

Ha sido y es muy general entre la clase médica, el creer que el análisis bacteriológico del agua en cuanto á la investigación del bacilo Eberth se refiere, es sencillo, fácil, rápido, y ahí se explica que una autoridad provincial y con título de médico, me dijese en una conferencia ¡pero si la investigación del bacilo Eberth en el agua, se hace en 5 minutos! ¡si es lo más sencillo del mundo!

La primera obra de bacteriología que compré, hará próximamente 20 años, una de las primeras que se publicaron «El Dubief», refiriéndose á este asunto dice:

«De todas maneras, esta investigación será siempre muy minuciosa y muy difícil, teniendo en cuenta las numerosas causas de error á que está expuesta», y una de las últimas obras publicadas, la de Kolle y Hetch, al hablar de esta cuestión, se explica como sigue:

«La comprobación del agente morbosos en el agua es muy difícil, no solo porque, dada la larga incubación del tifus abdominal, puede ocurrir que se vaya al examen del agua sospechosa cuando ya haga mucho tiempo que los bacilos tíficos han desaparecido de ella, sino también porque no poseemos ningún procedimiento de concentración de aquéllos»: y se podía añadir, porque no tenemos tampoco un procedimiento propio y exclusivo para esto.

Pero en muchas epidemias, (sigue Kolle), «se logra comprobar de un modo indirecto, que la propagación del material infectante, se efectúa por el agua potable.

En relación con esto, las condiciones más sencillas y visi-

bles se aprecian en el campo, donde con frecuencia aparece claramente como se ha infectado un pozo abierto por afluencia de una alcantarilla ó albañal próximo y por montones de estiércol.

De las dificultades que esta investigación ofrece, nos dará idea el siguiente hecho:

El Instituto Imperial de Higiene, de Berlín, encargado del estudio bacteriológico de las aguas contaminadas y causantes, con toda clase de probabilidades, del tifus desarrollado en 330 poblaciones, solo encontró el bacilo tífico en 3 de las muestras de aguas; igual fracaso ha sufrido el Instituto de Pasteur, de París y el Laboratorio del Comité de Higiene, de Francia, que suprimen de sus dictámenes todo lo relativo á la ausencia ó presencia del tífico.

En vista de esto ¿qué de particular tiene que el Laboratorio Municipal de Bilbao no haya encontrado nunca en sus investigaciones bacteriológicas el bacilo Eberh? Y ¿por qué lo habia de encontrar si las aguas no, han estado nunca contaminadas por ese agente?

Desde hace muchos años he sostenido y dicho eso mismo que Kolle manifiesta; aquí mismo, hace 7 años, tratando de un asunto de aguas, exponía las serias dificultades que esa investigación ofrecía, pero nadie es profeta en su tierra, y así ha ocurrido. ó debio ocurrir, que el catedrático de Valladolid, señor López, invitado, al parecer, por el Sr. Ledo, (1) para colaborar con él en la investigación del B. tífico en las aguas, así como de los paratíficos A y B, ha debido ser el encargado de demostrar á las personas que confiaban en la facilidad de esa investigación, que el asunto es más árduo de lo que parece y que una cosa es leer rápidamente en un libro ó revista, y otra, muy distinta, la realidad de los hechos, y más si á esto añadimos que en este caso se trataba de buscar un imposible, puesto que las aguas de Bilbao, como he dicho, no han sido la causa del recrudecimiento del tifus en nuestra villa.

(1). En este momento el Sr. Ledo interrumpe y dice que no ha llamado al Sr. López.

V

Del B. Coli comunis y de su significación en las aguas

Este bacilo, que también le llaman los franceses Bacilo del Colón, existe en gran cantidad en las materias fecales y, dicho esto, es lo mismo que decir que es abundantísimo y se encuentra en el aire, el agua, la tierra y por consiguiente podemos decir que estamos rodeados por él, y llenos de él.

La significación del Coli en las aguas, es asunto de una importancia capital.

Mientras que, para unos, tienen un carácter exclusivamente saprofítico, para otros, en cambio, su presencia es indicio seguro de contaminación; entre estas dos opiniones tan diversas ¿con cuál quedarse.

Con las dos y con ninguna; esto, que parece paradójico, no lo será después de algunas explicaciones.

La experiencia demuestra el hecho real y cierto de que la mayor parte de las veces, el B. Coli, es de carácter saprofítico en las aguas; se halla en casi todas ellas, sin que por su presencia se resienta la salud de los consumidores, resultando de esto, que considerar un agua como mala, por el solo hecho de acusar la presencia del B. Colis-comunis, es un absurdo, pues, siguiendo ese sistema, eliminaríamos casi todas las aguas que surten á las poblaciones, dejando perecer de sed á sus habitantes.

Este, para mí, inadmisibles criterio, lo he visto reflejado en un Real Decreto del Sr. Lacierva, en el que se dice, que se comprenderán malas para el consumo público las aguas que tengan el Coli-comunis.

Mi opinión definitiva sobre este particular la expondré después de dar á conocer la de eminentes biólogos, pues este es asunto de mucha importancia en cuestión de la higiene de las aguas, y digno de ocupar un momento la atención de la Academia.

Opinan muchos, que el B. Coli es de origen fecal, su abundancia es tan grande, que en multitud de circunstancias no debe atribuirse á aquel origen.

Así B. Lechman estima que ese bacilo está tan esparcido por la naturaleza y á nuestro alrededor, que su presencia en el

agua no es testimonio de infección fecal, y en especial, cuando éste existe en débil cantidad.

Esta misma opinión sustentan los sabios E. Ereindenseich, Miquel y Duclaux; Weissenfeld ha encontrado de una manera muy regular colibacilos en el agua de 50 pozos, muchos de ellos de aguas buenas.

Moroni en Parma ha hecho igual observación, no sólo en los pozos, sino también en las fuentes de la población, exentas de sospechas y Grimbert le ha encontrado en todas las aguas de pozo y río, Chantemesre en todas las aguas de París.

El Dr. Velián, da su opinión diciendo:

«Hay individuos que dan gran importancia al colibacilo en las aguas; otros, en cambio, teniendo en cuenta su gran diseminación en la naturaleza, no le dan ningún valor, y concluye:

«Para deducir la significación del colibacilo en las aguas, hay que tener en cuenta la procedencia de las muestras, el número de bacterias; si el número de bacilos *Coli communis* en las aguas procedentes de terrenos incultos, es de 1 por 100 e e y aún en 10 e e, no indica una contaminación extraordinaria, pues ella puede ser debida á la excreta de los animales que habitan en la superficie del terreno, y de ninguna manera á las aguas de letrina, albañiles ú otros capaces de contener gérmenes de infección, pero si el bacilo *Coli* existe en abundancia, entonces indica una contaminación que se debe evitar»

Tampoco tiene valor absoluto la viruela del *Coli*, pues se dan casos de colis que extraídos de materias fecales no mata á los conejos; en cambio, los procedentes de aguas buenas suelen producir á veces la muerte de los animales inculados.

El eminente químico Zunc, dice en su obra acerca de este asunto:

«El *Coli*, arrastrado por el aire y los vientos, se halla por todas partes; el agua por su sola presencia, no puede considerarse como no potable, pues en este caso la mayor parte serían malas.»

El célebre biólogo Duclaux no le daba importancia al *Coli*, y al observar que éste abundaba en todas las aguas, le llegó á denominar *Bacillus* que, y añadía: «no tenemos ningún derecho de acusar una contaminación humana en las aguas que contienen el bacilo *Coli*; mientras no se nos demuestre que es

únicamente en el intestino del hombre en el que se multiplica.»

El bacteriológico Gourmont dice:

«No se desechará un agua porque contenga algunas especies reconocidas como colibacilares, porque casi todas las aguas lo tienen; se debe desechar como peligrosa, cuando las contengan en abundancia.»

Alberto Gautier, expone:

«Unos bacteriólogos dan gran importancia á la presencia del Coli bacilo en las aguas y otros no le dan ninguna; de ambas opiniones se debe admitir y aceptar la del Dr. Koch y sus colaboradores del Office Sanitario Imperial de Alemania, que dan poca importancia á la presencia del Colibacilo en las aguas, y en cambio, le dan á su cantidad.»

No se puede considerar de iguales condiciones unas aguas que no tienen más que media docena de Colis por litro, que otras que no los acusa en un c e.

Bourroy y Maspuet dan la siguiente opinión:

«Teniendo en cuenta la naturaleza patógena de ciertas variedades del Coli, y de la virulencia que puede adquirir, en ciertas condiciones, será prudente considerar como sospechosa toda agua *abundantemente* contaminada con el B. Coli.

Esta indicación, continúan diciendo, no debe tomarse sino en un sentido teórico, porque la presencia del Colibacilo es tan frecuente en las aguas, que la aplicación rigurosa de esta prescripción resulta difícil y, en ciertos casos imposible.

Sí se retirasen del consumo todas las aguas, en la que se señalase el B. Coli, la situación se haría embarazosa y difícil. Este bacilo ofrece gran variedad de virulencias, que hay que tener en cuenta; este bacilo está extremadamente esparcido en la naturaleza, se halla en el hielo, aire, agua, etc.,

J. Dienert opina que el Coli, no es peligroso por sí solo, no influye sobre los consumidores; pero si su cantidad aumenta, las aguas se vuelven sospechosas.

Se impone, pues, la numeración del Colibacilo.

Veamos lo que dice el notable bacteriólogo Vicent:

El Coli bacilo no aporta, indudablemente, por él mismo, ningún elemento peligroso, puesto que existe normalmente en el intestino del hombre.

No tiene, pues, más valor que el de *testigo*, indicando el grado de pureza ó alteración de las aguas.

No existe ningún medio de saber si el Colibacilo encontrado procede del intestino directamente, del suelo ó de otro origen.

Levy y Bruns, han creído poder fundamentar el diagnóstico de origen del Coli, por la virulencia del microbio; lo mismo ha recomendado Blustein, que dice que se deben hacer inoculaciones intraperitoneales con bacilos extraídos del agua, pero se sabe que el Coli muchas veces no es virulento, á pesar de ser extraído de materias fecales, y por eso dice Vicent que ninguna conclusión se puede sacar de la virulencia ó avirulencia del Colibacilo; y sigue dando su opinión, diciendo, que no todas las aguas tienen el Coli, pues no se encuentra en las aguas profundas y en los pozos artesianos y podíamos añadir ni en los manantiales bien filtrados, naturalmente, como he tenido ocasión de comprobar en aguas de algunos manantiales.

Durante muchos años se ha tenido la presencia del B. Coli como sinónimo de infección por materias fecales; esta proporción era una especie de ley, hasta que posteriores investigaciones han establecido la extremada frecuencia de esas bacterias en las aguas alimenticias.

Vicent dice que conviene determinar el número de bacilos Coli que tienen las aguas, estando en esto conforme muchos autores, entre ellos Petruschky y Pusch, según lo exponen en una memoria publicada por ellos. El Consejo Superior de Higiene de Berlin da mucha importancia á la numeración.

Fundado el notable bacteriólogo Vicent en su propia experimentación y en las de tantos hombres de ciencia citados, establece una escala de clasificación de aguas por el número de libacilos en la siguiente forma:

NÚMERO DE BACTERIAS COLIBACILARES

Por C. C.	Por litro	
De 10 á 50		Agua contaminada peligrosa agua de retretes.
> 1 1 10		Agua mala, agua de río, pozo contaminado.
	De 100 á 1.000	Agua sospechosa.
	> 50 á 100	Agua potable, mediana.
	> 10 á 50	Agua bastante buena.
	0	Agua pura.

Por lo expuesto, ya se vé cuales son las corrientes actuales por nuestra parte, fundados en la experiencia que nos ha dado la práctica de Laboratorio, hemos adquirido el convencimiento de que el *C. Colis* es un bacilo saprofito en el agua, que su presencia no es suficiente para considerarla como mata (pues aun suponiendo que proceda de intestino de animal de sangre caliente, investigación que, por ahora no está bien resuelta, á pesar del procedimiento de los caldos peptoglucosados de Eijkman) por ser un habitante normal de nuestro intestino, y sólo puede considerarse como un testigo, como muy bien dice Vicent, que debe ponernos en guardia por si pudiese haber lugar á contaminación, lo cual nos será demostrado por el aumento considerable de Coli.

Ahora bien; para poder juzgar la bondad del agua, hay, como dice muy bien Duclanx, que tener muy en cuenta los datos que el análisis químico nos da, pues generalmente hay cierta relación entre éste y el bacteriológico; pero ateniéndonos solo á éste y en vista de las dificultades que tiene la investigación del tífico ó teniendo en cuenta el caracter más ó menos saprofitico del Coli, ¿á qué datos nos hemos de sujetar para determinar de las condiciones del agua?

A los siguientes:

- 1.º Al número de bacterias que ha de aumentar notablemente en caso de infección hídrica.
- 2.º A la numeración del Colibacilo.
- 3.º A la presencia de las bacterias de la putrefacción y á las liquitantes, pues éstas aumentan en casos de infección.

Varias veces he tenido ocasión de comprobar esto, y entre otras, recordaré á los Sres. Académicos el caso del «Colegio de Santiago Apóstol», en el que intervinieron, entre otros, el señor Unibaso, como comisionado del Exemo. Ayuntamiento, en vista de que muchos niños del Colegio estaban afectos de calenturas (y que algunos de ellos murieron). En aquel entonces tuve ocasión de traer á esta Academia una buena colección de preparaciones bacteriológicas del Colibacilo, habiéndose demostrado por el análisis de las aguas, que contenían una gran cantidad de Colis, muchas colonias de putrefacción y en número crecido de bacterias, y entre ellas muchas liquidantes; esto unido al análisis químico, no dejaba lugar á duda que el

agua estaba contaminada, pues además y más tarde se comprobó, que las que bebían los niños se mezclaban con la del túnel que encima del colegio (en el Olimpo) se estaba construyendo por el ferrocarril de Lezama y en donde los operarios y caballerías se ensuciaban diariamente; se cerraron las fuentes y desapareció la infección.

Mucho me he extendido en estos dos puntos últimos, y aún no he dicho las últimas palabras de ellos; pero como su importancia es capital para tener idea clara del concepto higiénico del agua, he creído conveniente indicarla, tomando nota de las opiniones de autoridades bacteriológicas, pues á los que tenemos la desgracia de no ser autoridad científica, no nos cabe otro remedio que exponer nuestra opinión y avalorarla con la de los que han conseguido un puesto de honor en la Ciencia.

VI

CONCLUSIONES

1.º La fiebre tifoidea de Bilbao no ha constituido epidemia, sino solo un recrudecimiento de lo que es normal y corriente en nuestra villa.

2.º Las causas de ese recrudecimiento son varias; han podido contribuir á ellas los portadores de gérmenes, la ingestión de ostras, el contagio directo, etc., pero de ninguna manera las aguas.

3.º Las aguas que abastecen á Bilbao, no han podido ser causa de ese recrudecimiento del tifus, pero teniendo en cuenta de que no son aguas de manantiales, de que no salen filtradas y de que hay grandes trechos que están al descubierto, pueden en momento dado, ser portadoras de una infección en nuestra villa, en vista de lo cual, y como medida preventiva, se impone el establecimiento de una zona de protección, ó si esto no es posible, la filtración de las aguas.

4.º Que la investigación del B. tífico en las aguas, ofrece tales dificultades que hace que no sea práctica.

5.º Que el B. Coli, aún considerado como saprofito y precedente de un intestino normal es, como dice Vicent, un testigo que por sí solo no nos dice nada; nos indica, sin embargo, la posibilidad de una infección posterior y contra la cual hay que estar prevenidos.

6.º Que en el análisis del agua (y teniendo siempre en cuenta los datos del análisis químico) se ha de tener presente para su clasificación el número de bacilos Colicomunis, los liquidantes, el total de bacterias y entre éstas las de putrefacción.

HE DICHO.

Academias y Congresos

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión celebrada el día 29 de Noviembre de 1912

Preside el Sr. Díaz Emparanza

Se levantó para saludar á la Academia.

Señores Académicos: Un deber de cortesía y de gratitud me obliga á levantarme para dirigiros unas palabras en el momento de tomar posesión de la Presidencia de esta Academia, para la que tan inmerecidamente me habéis elegido. Es un honor que no esperaba y que no sabré agradeceróslo en lo que vale, teniendo al mismo tiempo el temor de que no he de corresponder cual lo merecéis en el desempeño de dicho cargo.

Todos deseamos que la Academia goce de vida próspera; esto depende de vosotros, y para ello, basta que cada uno se imponga la obligación de asistir á las sesiones aportando cada uno el fruto de sus observaciones y estudios, presentando casos prácticos y casos clínicos de todas clases, pues los más sencillos, al parecer, nos sirven de enseñanza, principal fin que aquí hemos de buscar; yo procuraré en las medidas de mis fuerzas corresponder á vuestra benevolencia, ofreciéndome en todo aquello que como Académico y Presidente pueda contribuir, si no á igualar, á intentar imitar la conducta de mis antecesores.

Por lo tanto, yo suplico á todos su cooperación, sin la que nada se puede hacer, y no dudo que me la otorgaréis pensando en que es para vosotros una cuestión de honor el sostener y aumentar los prestigios de esta Academia, que, en último término, son prestigios de todos los Académicos.

HE DICHO.

Sr. Aparicio.—*Cuando se debe intubar y cuando y como desintubar.*

La intubación fué ideada y puesta en práctica por Bouchut, en 1858, con objeto de oponerse á la asfixia producida por las falsas membranas del crup ó garrotillo.

La practicó en siete casos, en todos ellos el alivio respiratorio fué inmediato; en dos de ellos cuyas historias han sido publicadas en su tratado de enfermedades de los niños, edición española 1879, uno de los niños historiados murió por infección pulmonar de forma bronco-neumónica; el otro se salvó, pero teniendo que hacerle la traqueotomía, puesto que á pesar del tubo la respiración era fatigosa y el niño había llegado al tercer período del mal, esto es, al período de la cianosis y de la insensibilidad.

Como él mismo afirma, perseguía con el entubamiento la desaparición de la asfixia mecánica que producía las falsas membranas, desostruyendo con el tubo la laringe y favoreciendo al mismo tiempo con la entrada del aire la expulsión de la falsa membrana.

Hacia el entubamiento, conduciendo el tubo á la laringe por medio de una sonda, á la manera como se hace la respiración artificial en los recién nacidos en estado de muerte aparente, aparato de Ribemon. Después seguía el tratamiento clásico en su época, esto es, fricciones, senguijuelas, revulsión, toques directos de la garganta con substancias cáusticas y antisépticas á más del tratamiento general tónico.

El procedimiento lógico, eficaz, en los primeros momentos é incruento cayó en el olvido, á pesar de estas circunstancias y la notoriedad de su autor.

En América la intubación hizose también y llegó á tener algunos partidarios desde el año 1881, empleándose para la intubación la instrumentación ideada por D. O. Dwyer, consiguiendo sus resultados comparados con los de la traqueotomía, ventajas que le hicieron estenderse por Austria y Hungría, pero sin que á pesar de todo llegase á la aceptación general.

Y se comprende que así fuera, porque el procedimiento á más de algo dificultoso en su ejecución, no era más que un tratamiento paliativo, que pasaba á ser vital, momentaneamente, en cierto número de casos, pero sin eficacia alguna curativa directa

sobre el proceso diftérico, el cual no tenía remedio específico en aquella época.

La intubación de técnica sencilla é incruenta necesita, sin embargo, un aprendizaje manual para hacerla con la prontitud necesaria, más grande que la traquelotomía, la cual perfectamente arreglada y hecha paso á paso, tiempo por tiempo, ante nuestros ojos el campo operatorio, puede ser ejecutada por todo médico y en toda ocasión y lugar. El cuadro que forma ayudantes, médicos y enfermos, cuando se practica una intubación sin la habilidad manual que da un largo aprendizaje, es aterrador. Figuraos un niño que se asfixia, con ojos brillantes, color cianótico, respiración anhelosa y sibilante, sujeto por un enfermero y gastando sus energías en defenderse de los brazos que le retienen y agarrotan; miradlo con la boca abierta por medio del abre-bocas, del cual procura á toda costa desembarazarse, y ante él un Médico serio y pálido, ante la idea del fracaso probable y que al meter en la boca el dedo índice de la mano izquierda y el instrumento intubador, paraliza aquella respiración, ya casi extinta; ved expresado en la mirada del niño el espanto supremo; observad cómo pasa el color de la cara al azul intenso, mientras busca aquél con movimiento nervioso la manera de introducir el tubo en la laringe, sin conseguirlo; el desaliento le invade y le hace retirar de la boca el dedo y el aparato intubador, manchados de sangre y moco-buco-faríngeo. Este cuadro es tan tético y desairado, que pocos lo afrontan por segunda vez, sobre todo no siendo de efecto curativo (1).

El año 1904, á causa del descubrimiento de Berin y aplicaciones prácticas del suero Roux, la intubación volvió á ponerse sobre el tapete para triunfar definitivamente.

El material necesario para la intubación se presentó construído de un modo más perfecto que el construído por Bouchut; pero no fué este instrumental, modificado al presente por diversos constructores, según ideas de prácticos notables, la causa del triunfo, sino el descubrimiento del tratamiento específico de la difteria.

El resultado casi constante de la intubación como auxiliar del tratamiento anti-toxino de la difteria, la ha entronizado y sus indicaciones no van solo á la difteria laríngea, sino que se re-

(1) Ved con esto la causa de su abandono antes de la Sueroterapia.

comienda en el falso crup; laringitis, sudmucosas, glóticas, supraglóticas é infaglóicas con tiraje continuo, edemás de la glotis, espasmos laríngeos, si bien no en todos, flemones peritráqueos laríngeos y artritis crico-aretenoideas. Encuéntrase contra indicado según los laringólogos en los edemás supraglóticos con hipertrofia de las amígdalas en estenosis neróticas en general, no siéndola hasta cierto punto en las sifilíticas y en el alejamiento de céntros donde un personal técnico pueda intubar ó reintubar; esta condición tampoco es absoluta. ¿Es justificada la extensión que se da al entubamiento sus indicaciones terapéuticas? yo creo que no; el entubamiento se inventó, pudieramos decirlo así frente á las dificultades curativas que ofrecieron al médico los casos de difteria infantil; la idea fué genial, pero el resultado no correspondió por el momento á las esperanzas en él fundadas, puesto que su eficacia era sintomática y no curativa.

Pero se encuentra el remedio específico de la difteria y entonces la intubación se convierte en auxiliar tan poderoso y constante que vence la traqueotomía quedando como proceder de elección en las estenosis laríngeas producidas por las falsas membranas de la difteria.

El tratamiento sueroterápico es tan eficaz, que puede considerarse curado todo niño afecto de difteria que se presente al tratamiento en los primeros momentos del mal. Cuando esto no ocurre dejándose pasar uno, dos y aún tres dias sin someterse al tratamiento clásico de todos conocido, las falsas membranas por regla general, amigdalofaríngeas, se extienden á la laringe produciendo todos aquellos síntomas que caracterizan el crup. Entonces se presenta el conflicto respecto al modo y manera de instituir el tratamiento antitóxico-curativo y el auxiliar de índole exclusivamente mecánica que constituye la intubación.

¿Cuándo debe intubarse? es muy difícil contestar de un modo categórico á esta pregunta; cada enfermo es lo que es, es decir, un caso clínico completamente individual en todos los detalles; cada Médico es otra individualidad pensante y ejecutante, que es lo que es por todas las circunstancias que formaron su individualidad desde su nacimiento, hasta el momento clínico. Siendo los dos factores del problema completamente individuales, la generalización si no imposible es difícil.

Para resolver cualquier caso que se nos presente, estamos

obligados á tener en cuenta como elementos más constantes el poder antitóxico del suero y la evolución del proceso.

Sabemos que el suero obra á las veinticuatro horas próximamente y que su acción es proporcional á la cantidad en relación con la edad del sujeto.

De igual modo sabemos que el proceso evoluciona (dentro de las variaciones individuales de resistencia del niño por una parte y de virulencia y toxicidad de germen por otra) de un modo ligero, casi inadvertido en los primeros momentos, con mal estar general poco determinado, con dolor y dificultad en la deglución con enrojecimiento y ténue exudado blanquecino que se asienta generalmente en las amígdalas.

La duración de este período es imprecisa; en un día, en dos, tres y á veces más, la fiebre y el estado general toman carácter ligeramente alarmante, de igual modo las molestias espontáneas y á la deglución se acentúan y el exudado onsigdálino se extiende ganando paso á paso las amígdalas, velo del paladar, faringe y laringe, dificultando algún tanto la respiración. A lo transcrito se considera clínicamente como primer período, luego aumenta ó más bien se acentúa el cuadro anterior, dominando la dificultad inspiratoria y las consecuencias que de ellas se derivan, todo el conjunto sintomático; es el segundo período en él, la respiración se hace ruidosa, incompleta la hematosis, cambia el color del semblante, las fuerzas generales se extinguen poco á poco, el enfermo se abate de más en más, la inspiración es ruidosa, ronca, sibilante á veces, la tos áspera como de ladrido, los músculos inspiradores funcionan con energía, marcándose de un modo violento las depresiones supra-esternal supra-clavicular y epigástrica, de vez en cuando se añaden á estos síntomas, ataques de sofocación.

En este período es cuando debe intubarse y se hará al principio al medio ó al fin, según el concepto y temperamento clínico del Médico: el que sea intervencionista seguramente que intubará al comenzar el segundo período del mal; el que no lo sea, es decir, el espectador por temperamento ó cobardía, dejará en ocasiones pasar este período y llegar el tercero ó asfítico.

Yo creo que para hacer una intubación de verdadera oportunidad terapéutica es preciso el estudio detenido del enfermo y el conocimiento perfecto de la técnica sueroterapia.

Yo he visto varias veces, casi continuamente, muchos Médicos que sin más ni más, una vez hecho el diagnóstico cierto ó problemático de difteria, dan una inyección de suero antidiftérico de diez gramos sin pararse á pensar la modificación que imprime á la indicación la edad precisa del niño, el período de evolución del proceso; obrando así es difícil saber el momento preciso de intubar y la eficacia terapéutica de la intubación.

Para estar satisfecho de nuestras indicaciones, es preciso que tengamos en cuenta las dosis terapéuticas iniciales que han de corresponder á un gramo por mes de 0 á 1 año, si nos encontramos al principio del tercer período, ó dobles si nos encontramos en el período segundo ó de los espasmos.

En este mismo período hemos de tener en cuenta, si hemos llegado á él habiendo instituido el tratamiento conveniente en el primer período, ó si nuestra intervención comienza cuando éste segundo período está más ó menos avanzado; en el primer caso teniendo en cuenta que la eficacia del suero se observa en general á las veinticuatro ó treinta horas de la inyección, podemos continuar el tratamiento, no precipitarnos á practicar la intubación, mientras que en el segundo caso, debemos emplear dosis mayores de suero é intubar lo más pronto posible.

Cuando llegemos al tercer período ó período asfítico (de la anestesia que llama Bouchut) la traqueotomía creo yo que debe ser preferida; sin embargo, no censuraré al que intube, si emplea los tubos largos de Dwyer y es muy hábil intubador.

La medicación por el suero debe ser valiente, doblando las dosis comunes y apelando, si preciso fuera, á la inyección entavenosa. Al principio hemos señalado como enfermedades en las cuales puede intubarse el falso crup, las laringitis-sudmucosas, el edema glótico, espasmos, flemón-peritráqueo-laríngeo, artrítico-aritenoideas.

En general la intubación en estos casos, no es más que indicación de momento, encontrándonos desagradablemente sorprendidos al querer desintubar, pues estos procesos reciben con la colocación del tubo en la laringe un nuevo estímulo, puesto que el tubo obra como cuerpo extraño agravando el proceso primitivo. Muy rara vez puede quitarse el tubo al tercero ó cuarto día, sin tener que reintubar, obligándonos en la inmensa mayoría de casos á practicar la traqueotomía.

En los edemas de la glotis momentáneos, fugaces de los brícticos, puede dar resultado estableciendo, bien entendido, el tratamiento de la enfermedad principal. Igualmente en las laringitis ligeras en las cuales dominan los fenómenos espasmódicos. Fuera del crup diftérico, la intubación, por regla general, no debe practicarse, y si se hiciese, tendrá que ser por las exigencias de momento, tales como deseo de la familia, imposibilidad de hacer la traqueotomía, por cualquiera de las múltiples circunstancias que pudieran impedirlo ó cuando se quisiera ensayar el tubage antes de la traqueotomía, por eso de que nada hay absoluto en este mundo, pudiendo curarse algún caso aún cuando en general sabemos que no ocurre eso

La laringitis que precede le acompaña y sigue á la erupción sarampionosa, es la que más frecuentemente exige tratamiento quirúrgico por ser en ella frecuente las difterias laríngeas, ya á causa del espasmo que á menudo produce ó por ambas cosas á la vez. Además la frecuente asociación del bacilo diftérico hace que en todo estenosis sarampionoso se establezca el tratamiento por el suero antidiftérico y la intubación.

Esta ha sido la causa de que en la epidemia de sarampión que hemos tenido en la Villa en las estaciones de invierno y primavera últimos, hayamos empleado, como es general costumbre, el tratamiento antes dicho en cinco casos que, unidos á otros de otras épocas, motivan este modestísimo trabajo.

En tres, en los cuales no había placa diftérica en parte alguna visible, asistidos dos fuera y uno dentro del Hospital, en todos ellos hubo que hacer la traqueotomía después de reintubar á las cincuenta y tantas horas de la intubación. En el cuarto caso tratado en el Hospital y desintubado, sin protesta al parecer, á los tres días murió por la noche de un modo repentino, sin que la enfermera pudiera avisar al Médico de guardia, ni pudiera decirnos en la visita de la mañana nada que nos indujera á pensar en otra cosa que en un espasmo repentino y mortal de la laringe.

El quinto caso enfermo en pueblo cercano de sarampión cinco días antes, me fué enviado por el Médico que le asistía para ser operado. En estado asfítico le intube en mi mismo gabinete de consulta, donde después de las quintas de tos de protesta por la colocación de un tubo laríngeo sistema Avendaño, la niña quedó dormida con una respiración tranquila y una coloración

natural ligeramente sonrosada. Nada de particular en los tres primeros días, el último de los cuales desintubé en mi gabinete de consulta teniendo que reintubar á toda prisa á los veinticinco minutos.

El mismo día á las cinco de la tarde fuí llamado de prisa porque la niña que había expulsado el tubo en un acceso de tos, se asfixiaba por momentos, teniendo necesidad de intubar nuevamente.

Por condiciones sociales de la familia, la niña ingresó en el Hospital en este mismo día, siendo traqueotomizada por mí á las ocho de la noche en vista de la tendencia que tenía á expulsar el tubo.

En estado muy satisfactorio se encuentra en el Hospital Civil esperando de un día para otro poder quitar la cánula traqueal. Hasta aquí, ¿cuándo y cómo se ha de intubar? Desde aquí ¿cuándo y cómo se ha de desintubar?

Poco he de decir, ó más bien, contestaré brevemente á la pregunta hecha, la cual ha nacido de un sensible fracaso en primer término, y en segundo, por falta de un dato ó signo característico que fijé matemáticamente, cuando se ha de desintubar.

Unos creen, y ésta es la ley general, que debe desintubarse al tercer día; hay quien desintuba más tarde y quien refiere hechos de permanencia del tubo en la laringe de quince, veinte ó más días, y hay también Doctores que no se preocupan de fijar tiempo dejando á cada clínico elegir el momento oportuno de desintubar según el estudio detenido del caso. Es, á mi juicio, el mejor consejo que puede darse, puesto que en esto como en todas las cuestiones clínicas, cada caso es distinto, aún cuando muchos tengan una gran semejanza.

Debe tenerse en cuenta que la mucosa-laríngea tolera malamente el tubo, ulcerándose en muy poco tiempo, en general, de dos á cuatro días. Debe tenerse en cuenta además que las dificultades de deglución que el entubamiento lleva consigo, así como la crudeza con que deja pasar el aire inspirado, predispone y ocasiona procesos inflamatorios graves del aparato respiratorio.

Cada proceso indica claramente el momento oportuno de la desintubación, tanto ó más, cuanto más límitemos sus indicaciones. Con arreglo á nuestra manera de pensar, la haremos en la difteria cuando cese la producción de falsas membranas y empie-

cen á eliminarse las existentes, ordinariamente de las cincuenta á las setenta horas de instituido el tratamiento clásico por el suero.

En las laringitis simples espasmódicas, enseguida que se instituye el tratamiento general y local (diaforéticas, calmantes re-bulsivos etc., etc.) En los demás procesos de que anteriormente hemos hablado, tan pronto como pueda hacerse una traqueotomía en buenas condiciones.

¿Cómo hemos de desintubar? No se por qué se han inventado ó ideado otros modos que al natural lógico, sencillo y artístico que el de desintubar con el desintubador que todas las cajas llevan como instrumento preciso y necesario.

Los procesos de enucleación de Marfán y Bayeux, son brutales é innecesarios, pudiendo dar lugar al caso siguiente:

Después de haber enucleado por estos procedimientos en seis ú ocho casos, un día, vista la inocuidad y relativa facilidad con que el tubo es arrojado en la jofaina ó en el suelo, después de desalojado de la laringe y tráquea, se procede con extrema confianza y seguridad á una nueva enucleación, sin cuidarse para nada del instrumental y aun sin otra clase de instrumentos con los cuáles pudiera hacerse una traqueotomía rápida, y contestos, seguros, prometiendo á la familia que todo casi ha terminado ó va á terminar, se coge al niño, se busca la extremidad del tubo por encima del hueso supra-esternal y con el índice ó el pulgar, á elegir, se comprime, no tan dulcemente como se dice, se le mueve, se le disloca, y previo balanceo de cabeza hacia adelante, el tubo cae ante nosotros, pero el niño grita ronco con voz apagada, con silbido inspiratorio penetrante, las alas de la nariz se le abren al máximun, las comisuras vocales se separan con fuerza, se arquean las cejas, quieren saltar los ojos brillantes de las órbitas, un sudor frío bañó el semblante azul, casi negro, el niño preso de espasmo-laríngeo pudiera morir antes de tener tiempo para tomar determinación alguna.

¿Por qué? Porque la desintubación con el aparato apropiado, operación fácil, sencilla y artística, ha sido sustituida por la maniobra relativamente brutal y en manera alguna comparable á la clásica. Induce á la dejación de ciertas precauciones necesarias cuál es la de tener todo dispuesto para una reintubación inmediata. Habrá quien diga que todo debe estar dispuesto por si fue-

ra necesario comenzar; pero si hemos de tener á mano cuanto instrumental sea necesario ¿por qué hemos de desintubar á mano? Creo innecesarias y perjudiciales las enucleaciones de Bayeu y Marfán.

CONCLUSIONES

- 1.^a La indicación primera genuina de la intubación ha de ser en la difteria.
- 2.^a Debe intubarse en el 2.^o período.
- 3.^a Se ha de desintubar al tercer día.
- 4.^a Debe desintubarse siempre con el desintubador, estando todo prevenido para reintubar sin pérdida de tiempo ó para traqueomizar.

Sesión celebrada el día 29 de Noviembre de 1912

Preside el Sr. Díaz-Emparanza

Sr. Orive —Dice que no está conforme con la intubación en el crup diftérico, ni por consiguiente, que sea aquélla preferible á la traqueotomía, por las razones siguientes: 1.^a Por resultar peligroso el hecho de la expulsión del tubo, no habiendo cerca un individuo que intube nuevamente, de una manera rápida, pues el enfermo puede morir por estenosis laríngea. 2.^a Por tener muchas veces que reintubar á causa de la obstrucción del tubo por las falsas membranas.

Además, entiende que es más fácil la traqueotomía intercríco-tiróidea, con la cánula de Botey, que la intubación.

Sr. Mendaza.—Alaba como se merece el trabajo del señor Aparicio, y cita tres casos en los que ha intervenido con el referido señor, cuyos casos relata.

En uno de ellos, un niño de cuatro años, enfermo de crup diftérico que databa de unos tres días, y en el que no se había practicado tratamiento alguno, fué intubado por el Sr. Aparicio, dando un resultado excelente. Otro niño de dos años, previamente inyectado con suero veinticuatro horas antes, lo intubó también el Sr. Aparicio. Este enfermito expulsó el tubo unas treinta horas después, y no hubo necesidad de reintubar, pues el niño respiraba perfectamente.

El episodio más dramático y el que le obliga á tomar la palabra, aconteció en una niña de tres años, enferma de sarampión y con una estenosis y edema laríngeos. Esta niña fué intubada á causa de los fenómenos orfícticos. Desintubada tres días después y preparado el operador para reintubar inmediatamente, tubo que hacerlo así, pues al desintubar se presentaron tales fenómenos de estenosis, que no pudo diferirse la operación unos minutos más.

Desintubada nuevamente á los tres días, temiendo el señor Aparicio que de nuevo se presentaran los fenómenos de asfixia, se preparó todo para practicar una traqueotomía, que se llevó á cabo felizmente.

Teniendo en cuenta todos estos detalles, el Sr. Mendaza se pregunta si no es preferible en casos de estenosis laríngea no diftérica, recurrir á la traqueotomía de preferencia, pues desde luego opina que en la difteria y administrado el suero, la intubación es el procedimiento de elección.

Sr. Alberca.—Relata algunos casos de intubación, dos de los cuales, en bronco-neumonía y estenosis laríngea, fueron de resultados fatales, pero probablemente á causa de la infección. En otros casos de crup diftérico, los resultados fueron perfectos.

Sesión celebrada el día 6 de Diciembre de 1912

Preside el Sr. Díaz-Emparanza

Sr. Aparicio—*Cuándo se debe intubar y cuándo y cómo desintubar.*—Rebate las manifestaciones del Sr. Orive, y dice que él también era partidario de la traqueotomía anteriormente, pero era debido más que á nada á que en aquella época no poseía la debida pericia en la práctica de la intubación. Hace algunas consideraciones para demostrar que el peligro de obstrucción de la cánula es casi igual en la intubación que en la traqueotomía, aunque este peligro es muy poco frecuente, pudiendo decirse que no mueren por esto los enfermos.

Dice que la tos provocada por la intubación, en vez de considerarla como perjudicial, la cree conveniente, pues demuestra que hay energías en el enfermo, reaccionando al tratamiento y expulsando las mucosidades y membranas.

Opina que debe hacerse la intubación en el segundo período disnéico, antes que las membranas invadan la tráquea, siendo preferible en este caso la traqueotomía, aunque también puede ser sustituida por la intubación, siempre que se emplee el tubo largo, y algunas veces con ventaja, sobre todo si se practica la traqueotomía alta, y mucho más con la intercricoteróidea

Finaliza diciendo que hay que fundamentarse más en las estadísticas numerosas que en los casos individuales, diciendo que la intubación ya es una cosa admitida por todos, discutida y aprobada.

Sesión celebrada el día 13 de Diciembre de 1912

Preside el Sr. Díaz-Empanza

Solicitan el ingreso en la Academia los Sres. D. Julio Laguna y Azorín y D. Ignacio Arráiz y Aguirre.

Se da lectura á un oficio del Excmo. Ayuntamiento de esta villa, dando las gracias por la cooperación prestada con motivo de la catástrofe ocurrida el día 23 de Noviembre próximo pasado, en el Teatro-Circo del Ensanche, por la parte que cada uno de los señores académicos tomó en la prestación de auxilios.

Sr. Orive.—Señores: Insistiendo sobre los graves inconvenientes que, á mi juicio, ofrece la intubación en la laringítis diftérica, y con objeto de no incurrir en repeticiones ú omisiones, voy á enumerar los que juzgo más peligrosos, como son:

1.º *Asfixia por prolongadas tentativas de introducción del tubo.*

Puede ocurrir con relativa facilidad, si por condiciones especiales del niño, de la laringe ó del operador, no se consigue intubar á la primera y es necesario repetir varias veces la operación.

2.º *Deslizamiento del tubo á la tráquea.*

Aunque algunos autores consideran raro este accidente, nó lo es, y prueba de ello es que la literatuua está llena de casos de este accidente, por motivos muy distintos, y sirvan de ejemplo los casos siguientes:

Dillon Brown cita el caso de que al pretender desintubar colocó por descuido el extractor fuera del agujero de la cabeza del

tubo, ó sea entre éste y la pared interior de la laringe, y al abrir con fuerza las ramas del extractor, fracturó el anillo ericoideo y se deslizó el tubo á la tráquea.

Otro caso cita el Dr. Sota y Lastra, el cual confiesa que creía imposible el deslizamiento del tubo á la tráquea, hasta que tuvo la desgracia de que le ocurriera á él mismo este accidente en un caso en que por una condritis con necrosis ericoidea producida por la misma difteria, se desprendiera un trozo considerable del cartilago y el tubo se deslizara á la tráquea.

El Dr. Castex dice que puede ocurrir esto á consecuencia de que por el edema laríngeo haya que colocar un tubo más pequeño del que corresponda á la edad del niño, y que al reabsorberse el edema el tubo cae á la tráquea.

3.º *Falsa vía hecha en el momento de la introducción.*

Este es también un accidente que puede ocurrir si no se coloca el introductor completamente vertical y en el plano antero-posterior y si se pretende forzar ó violentar algo la laringe al intubar.

Dillon Brown cita dos casos: en uno de ellos el tubo había penetrado por el ventrículo de Morgagni y perforado la pared lateral laríngea, y en el otro caso había penetrado el tubo por la pared posterior de la laringe, saliendo por la anterior del exófago. Este accidente lo citan varios autores, entre ellos Castex y Le Dentu, quien dice lo siguiente: «Puede ocurrir que la extremidad inferior del tubo haya penetrado en las partes blandas (en el ventrículo de Morgagni, sobre todo), y se haya creado un falso camino. Este accidente pudiera producirse sin que el operador se dé inmediatamente cuenta. La persistencia del espasmo inspiratorio ó la agravación de éste, la movilidad anormal del tubo, la situación excéntrica de la cabeza de éste y en algunos casos la prominencia formada debajo de la piel por la extremidad inferior de la cánula, serán los signos que le permitan reconocer este accidente»; y continúa: «Para que no ocurra este accidente, conviene irá mantener la lengua del enfermito fuera de la boca durante la introducción del tubo.

»Mediante esta maniobra se eleva la laringe y se aproxima, por tanto, á la mano del operador; desplégase la pared anterior de la misma, elévase la epiglotis y se ponen tensas y se aprietan las fajas ventriculares que cubren los orificios de los ventrículos, los cuales se encuentran, por tanto, más protegidos.»

Se ve bien á las claras que «Le Dentu» considera muy fácil y probable este accidente.

4.º *Asfixia por impulsión de falsas membranas delante del tubo.*

Este es, á mi juicio, uno de los varios accidentes é inconvenientes graves de la intubación, no porque entrañe en sí una gravedad suma, sino porque obliga á retirar el tubo y volver á intubar, y á menudo no dos, sino repetidas veces, y de sobra sabemos la importancia que esto tiene, pues aparte de que por las prolongadas tentativas de introducción puede producirse la asfixia del niño, ó por colapso por excitación del laríngeo, ó por espasmo glótico por la misma causa, la mortalidad aumenta en proporción del número de reintubaciones. Bronardel nos da la siguiente estadística:

Niños intubados una vez.	11	×	100
» » dos veces.	34	×	100
» » más de dos veces.	56	×	100

Estas cifras son abrumadoras é indican la gran importancia que reviste el tener que intubar repetidas veces.

El Dr. Sota y Lastra dice que él no considera grave este accidente, pero confiesa ingenuamente que á él le ha ocurrido muchísimas veces, tanto, que las calcula en la quinta parte de sus operados.

Y, por último, al mismo Doyyer le han ocurrido dos casos de asfixia por esta causa en sus 200 primeras intubaciones, ó sea el 1 por 100.

5.º *Asfixia por obstrucción lenta y fatal del tubo por falsas membranas.*

Este es un inconveniente todavía más grave que el anterior, pues si se obstruye el tubo, lo mejor que le puede ocurrir al niño es que en un esfuerzo supremo ó en un golpe de tos lo expulse. Pero si pretendemos evitar la obstrucción colocando un tubo más grueso, como dijo el Sr. Aparicio, y si desgraciadamente se obstruye, entonces el niño no podrá expulsarlo por estar muy ajustado á su laringe, ni respirar por entre el tubo y las paredes laríngeas, y el niño morirá asfixiado indefectiblemente.

De manera que es cien veces preferible colocar un tubo del número inferior al marcado para la edad del niño, como aconseja

el Dr. Sota y Lastra, que uno superior, como dijo el Sr. Aparicio. Y sirva de ejemplo un caso desgraciado, de muerte por asfixia, que le ocurrió al Dr. Lastra. Tratábase de un niño de ocho años, fuerte y robusto, intubado, el cual expulsó repetidas veces el tubo. Entonces, y para evitar esto, se le ocurrió al Doctor Sota y Lastra colocarle otro tubo más grueso, para que, ajustándose más á la laringe, fuera más difícil que lo expulsara.

Al día siguiente de esto el niño estaba perfectamente, respiraba muy bien y no había vuelto á expulsar el tubo. Tres horas más tarde el niño murió asfixiado por no poder expulsar el tubo, que se había obstruído. Desde entonces no ha vuelto el Doctor Sota á colocar tubos más gruesos, sino por el contrario, un número inferior al que corresponda á la edad del niño.

El D. Castex considera muy grave este accidente, y Escat dice que se presenta en 1 por 100 de los operados.

6.º *Asfixia por cubrir la cabeza del tubo la tumefacción de los tejidos de la abertura superior laríngea.*

Este accidente lo considero más raro; sin embargo, Dillon Brown tuvo la desgracia de que se le muriera un niño por esta causa, que no descubrió hasta que le practicó la autopsia. Por eso recomienda el que con frecuencia se explore con el dedo la abertura superior laríngea, con objeto de reconocer si la cabeza del tubo está libre.

7.º *Arrojamiento del tubo.*

Este es, á mi juicio, el inconveniente más grande de la intubación, y lo peor es que es muy frecuente; en esto convienen casi todos los autores, entre ellos citaré Castex, Le Dentu, Brucerdel, Dillón, Brwn, Chalot, Botey, etc. Véase lo que dice «Le Dentu» de esto: «La salida espontánea del tubo (autoesetubación de los autores alemanes) es la que se produce con más frecuencia de todas las complicaciones (ó por mejor decir, de todos los inconvenientes) se la observa en el 25 por 100 de los casos; según una estadística muy moderna de Lebretón y Magdelaine constituye una circunstancia agravante la de que no suele ser arrojado el tubo en el momento en que se ha hecho ya inútil y con las últimas membranas, sino que se sale á veces en pleno período de espasmos y de falsas membranas, merced á lo cuál reaparece progresivamente la sofocación y en algunos casos de un modo brusco.

La salida del tubo no siempre se verifica de un modo ruidoso, durante un espasmo ó durante un golpe de tos. Puede también producirse suavemente hasta durante el sueño y si no se la observa podia ocasionar accidentes irreparables. Sevestré y Variot hicieron observar la gravedad de estos casos, á los que consideraron como un obstáculo para la vulgarización de la práctica de este método para las clínicas de los Hospitales.»

8.º *Lesiones de la laringe al extracr el tubo.* Este inconveniente no lo conceptúo de mucha importancia, sin embargo pueden producirse lesiones graves en las maniobras de extrucción, como ocurrió en el caso que he citado anteriormente de Dillón, Broun, en el que se produjo la fractura del cricoides y el deslizamiento del tubo á la traquea.

9.º *Penetración de alimentos y líquidos en las vías acreas.* Este es otro inconveniente grave de la intubación y muy difícil de evitar pues, es necesario el alimentar á los niños en la posición de Rose Maas y á pesar de esto y al menor descuido penetran los alimentos y sobre todo los líquidos en las vías ácreas produciendo la tan gravísima complicación de una bronco neumonía séptica. Y esto es tan difícil de evitar, puesto que la epiglótis que es la encargada de ocluir la laringe en el momento de la deglución no puede hacerlo, por tropezar con la cabeza del tubo que se lo impide.

10.º *Con la intubación no puede practicarse la escobilladura traque-bronquial.* Esta escobilladura empleada en Barcelona con gran éxito por el Dr. Martínez Vargas, favorece la desobstrucción traqueo-bronquial, la respiración se hace más lenta y regular y activa la tos y espectoración. La practica introduciendo un tubo de goma embadurnado con aceite mentolado por la herida traqueal hasta los bronquios y moviéndolo en todas direcciones con objeto de excitar la mucosa traqueal.

Después de todos estos inconvenientes, citaré algunas estadísticas con objeto de demostrar que la intubación no nos ofrece más garantías ni mejores resultados que la traqueotomía, sino por el contrario iguales ó peores. El Dr. Gillet ha reunido 8.299 casos de intubación y 15.955 de traqueotomía con un 30 por 100 igual de curaciones. El Dr. Dillón Brown 2.372 intubaciones con 642 curaciones ó sea el 27 por 100.

Y Steru hace una estadística por edades en la forma siguiente:

Niños menores de 2 años = 110 entubamientos = 17 curaciones 15/00
 Niños de 2 años á 2 1/2 = 53 intubaciones = 13 curaciones 24 X 100
 » de 2 1/2 á 3 1/2 = 135 » = 39 » 28 X 100
 » de 3 1/2 á 4 1/2 = 89 » = 29 » 33 X 109
 » de 4 1/2 á 5 1/2 = 60 » = 17 » 28 X 100
 Mayores de 5 años 1/2 el 27 por 100 de curaciones.

El Dr. Bourdillat hace también otra estadística por edades en la traqueotomía con las cifras siguientes, sacadas de 1.300 traqueotomías.

Niños menores de	2	años	= el	3	X	100
» de	2	»	= el	12	X	100
» de	2 1/2	» á 3	= el	17	X	100
« de	3 1/2	» á 4	= el	30	X	100
« de	4 1/2	» á 5	= el	55	X	100
» de	5 1/2	» á 6	= el	41	X	100
En mayores de	6	»	= el	41	X	100

Comparando estas estadísticas se deduce que la intubación á lo sumo será más favorable que la traqueotomía únicamente en los niños menores de tres años y menos favorable de esta edad en adelante.

Y para terminar, el gran inconveniente de la intubación consiste en que necesita una vigilancia médica constante, permanente á la cabecera del enfermo y la traqueotomía no. Este es para todos los autores, absolutamente para todos, un gran inconveniente en la práctica privada. Castex dice que la intubación no debe practicarse más que en los Hospitales y la traqueotomía en la práctica privada á menos de vigilancia médica permanente.

Botey dice que se traqueotomice siempre que no se pueda disponer de una vigilancia idónea y constante al lado del enfermo. Chalot dice también que es necesaria una vigilancia permanente. Castex dice que no debe visitarse un diftérico sin llevar una caja de traqueotomía en el bolsillo. Bronardel dice: «La traqueotomía debe ser preferida á la intubación en los casos en que las circunstancias del lugar no permitan al Médico una vigilancia fácil ni posibilidad de intervenir rápidamente en aquellos casos en que la asfixia se hace amenazadora ó en aquellos en que arroje el en-

fermo los tubos aunque se los emplee de mayor calibre del que corresponde á la edad del niño.

Debemos añadir que esta práctica es considerada como muy exclusiva por algunos Médicos. Sin embargo, los accidentes de asfixia pueden aparecer muy pronto, en cuanto el enfermito arroje el tubo acompañándose de accesos de disnea que reclamen la inmediata reintubación, la cual exige la presencia de un ayudante experto al lado del niño.

Pero «Le Dentu» se expresa aún en términos mucho más significativos, pues dice lo siguiente:

«Es costumbre decir que el enfermo no exige cuidados después de practicada la intubación: pero se halla esto muy lejos de ser cierto.

Resulta evidente que si el tubo permanece en su sitio y no se produce complicación alguna, no había que hacer otra cosa que vigilar al enfermo: pero aún en tal caso deberá ser muy atenta la vigilancia. El gran inconveniente de la intubación, consiste en no proporcionar seguridad alguna al cirujano y en exigir su presencia al lado del enfermo.»

No se puede decir más ni más claro en menos palabras que las que expresa «Le Dentu».

Yo por mi parte diré, que creo no estamos autorizados ninguno, absolutamente ninguno, á practicar una intubación, sino estamos dispuestos á permanecer sin separarnos un momento de la cabecera del enfermo mientras esté intubado. Y por último, creo con Gillet que la intubación no sustituye á la traqueotomía; á lo sumo permite evitarla alguna vez.

El **Sr. Galdiz** —Dice, que aunque no oyó la conferencia del Sr. Aparicio, toma parte en la discusión por haber sido aludido por éste. Está conforme en que debe practicarse la intubación en el segundo período del crup ó difterico, pero como este período en ocasiones es largo, hay que puntualizar algo más, guiándose de algunos síntomas. Cuando el pulso es pequeño y frecuente, el tiraje al cuello muy pronunciado y el número de suspiraciones llega á 40 por minuto, éste es el momento de intubar.

La desintubación la practica al tercer dia, pero si hay fiebre suele esperar uno ó dos días más.

En cuanto á la manera de desintubar, no está conforme con el Sr. Aparicio y la practicó de distinta manera, según sean los

tubos con mandril ó biselados. En los primeros debe hacerse la desintubación per expresión, pues considera casi más difícil la desintubación con el extractor que la misma intubación; en los biselados hace la extracción con los hilos piadores, de los que coloca cuatro para evitar que los rompa el niño. Si han sido rotos puede desintubarse con el extractor, pero prefiere la expresión de Marfan, ó sea cabeza abajo, con lo que se evita que el tubo pueda caer en la tráquea.

Sr. Aparicio.—Dice, que el Sr. Orive ha tratado de las ventajas de la traqueotomía sobre la intubación, no siendo este el tema de su conferencia. No se ha mostrado contrario á la traqueotomía, pues ya dijo que en el tercer período del crup debe traqueotomizarse aunque puede también intubarse empleando tubo largo. Enumera los inconvenientes de la traqueotomía reconociendo sus indicaciones en otras clases de extenosis laríngeas distintas del crup diftérico, que es del que únicamente se ha ocupado.

Además, él no ha podido ver aquella obstrucción del tubo, de que se muestra tan temerario el Sr. Orive, pues, y precisamente por el estímulo que produce en la laringe y en los comienzos de la tráquea, el tubo, al ser introducido, suele provocar mucha tos y con ello la expulsión de trozos de falsas membranas y mucosidad sanguinolenta, que basta precisamente para desobstruir el mismo tubo y limpiar las primeras punciones del árbol traqueal. Así, pues, estos temores quedan desvanecidos, al menos en lo que respecta á la obstrucción.

Por lo que atañe á la expulsión del referido tubo, ha visto que, si ocurre, suele ser casi siempre después de que la inyección de suero ha producido su efecto; y si en estas condiciones es expulsado, claro está que si no ha desaparecido el espasmo laríngeo, se ha atenuado por lo menos, y ya las condiciones son muy distintas. Además, éste es un inconveniente que queda salvado si se aplica la cánula ó tubo correspondiente á la edad.

De la desintubación, dice que no se debe hacer más que con el desintubador, que es más sencillo. En apoyo de este procedimiento aduce varias razones, además de que si al desintubar ocurre algo de asfixia, está el operador dispuesto á reintubar nuevamente.

Dice que las estadísticas citadas por el señor Orive no le

convencen pues hay que saber en qué época se practicarán las intervenciones en que se fundamenta. Respecto á la desintubación con el extractor, no lo cree tan difícil como el Sr. Galdiz ha dicho, pues para practicarla se puede uno guiar por el resorte del tubo y por el ruido metálico producido al chocar el extractor con el tubo.

Sección Profesional

La Subdelegación de Farmacia del Ensanche.—Por Real orden se ha revocado el acuerdo de la Junta de Sanidad que nombró subdelegado de Farmacia del distrito del Ensanche á don Teodoro César, y se le otorga dicho cargo al Dr. D. Jesus Aristegui, que lo solicitaba con méritos preferentes.

Nuestra enhorabuena.

Exposición Internacional de Higiene, de Roma.—Su Comité ha concedido los siguientes premios á entidades españolas: Gran Premio al Ministerio de la Gobernación, Sanidad exterior.—Bilbao: Junta municipal, Hospital Civil, Asilo lactante, Sanatorio marítimo helioterápico. Madrid: Municipio, Dispensario antituberculoso, Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.—Toledo: Municipio.—Logroño: Municipio, Brefotrofo, medalla de oro; Gota de leche, id.; Laboratorio, Matadero, idem.—Santander: Municipio, etc., etc,

Caja de Socorro para Médicos, viudas y huérfanos, Madrid.—El Doctor Pando y Valle esbozó la idea de la creación de una Caja de Socorros destinada á las viudas y huérfanos de Médicos de la capital y á los inutilizados en el ejercicio de la profesión.

Reunidos la noche del 2 de Diciembre, en el Colegio de Médicos de Madrid, los representantes de la Prensa Médica, fué aceptado el proyecto por unanimidad.

Esta Caja de Socorros ha quedado definitivamente constituida. He aquí los nombres de los ilustres Médicos que forman su Junta: Doctores D. Angel Pulido, D. Julián Calleja, D. Angel Fernández Caro, don José Goyanese, D. Jesús Sarabia, D. Enrique Isla, D. Joaquín Berruenco, D. Eugenio Gutiérrez, D. Eloy Bejarano, D. Manuel Martín Salazar, D. Francisco Sáiz Herráiz y D. Ramón Serret.

Con estos nombres no podemos menos de augurar un éxito á esta benéfica institución, y hacemos votos porque así suceda.

¿Cuándo seguiremos los demás este ejemplo?

Nuevo periódico.—*El Niño de Teta*.—Con este título y bajo la dirección de Marian, aparece el primer número de una Revista de

Higiene y Patología de la primera infancia, cuyo texto no puede ser más interesante. Será bisemanal, 14 francos al año.—Bailliére et Fils, rue Hautepeuille, 19.

Puede pedirse un número de muestra.

Con el Dr. Marfan por Director, y Lesage, Renault, Triboulet, Apert, etc., etc., como redactores, está asegurado el éxito.

Universidad de París.—*Facultad de Medicina.*—*Clinica de Partos y Ginecología.*—Tarnier, 89, Rue d'Assas, 89.—Curso de Práctica Obstétrica en lengua castellana; 26 de Mayo 1913—21 Junio 1913.—Profesor, Dr. Paul Bar.

Por el profesor Dr. Cathala, tocólogo de los Hospitales de París, ayudado por los monitores Sres. Pellissier y Safati. Este curso está desiinado especialmente á los Médicos extranjeros que hablen español.—Empezará el lunes 26 de Mayo de 1913 y terminará el 21 de Junio de 1913.

Comprenderá: 20 lecciones teóricas, exploraciones de enfermas y operaciones obstétricas practicadas por los alumnos.—Derechos de inscripción, 100 francos.—Para inscribirse y más detalles, dirigirse al Secretario de la Facultad de Medicina de París, ó al Jefe de Clínica de Tarnier (89, rue d'Assas).

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.—*Premio del Dr. Camiruaga.*—Encargada esta Academia de conceder un premio del legado que con el mismo objeto otorgó el académico difunto, don Angel Camiruaga, á la mejor Memoria, sobre un punto científico designado de antemano, queda abierto desde esta fecha un concurso acerca del tema «**Concepto actual de la Diátesis**» y sobre las siguientes bases:

Se concederán dos premios: el 1.^o consistente en la cantidad de 250 pesetas y título de socio correspondiente (si el autor no reside en Bilbao) al autor de la mejor Memoria que, á juicio de un Jurado nombrado al efecto, lo merezca, y que versará sobre el tema ya enunciado; y el 2.^o, otro que consistirá en un Accésit y Diploma de carácter honorífico á la Memoria que siga en mérito á la anterior. La Academia se reserva el derecho de conceder el premio, siempre que la Memoria carezca de suficiente mérito á su juicio.

Podrán optar al premio todos los Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios y Profesores dentistas de España, que se hallen en posesión del título correspondiente. Quedan exceptuados los individuos que formen parte del Jurado calificador.

Los trabajos deben presentarse en papel blanco, tamaño 8.^o forma apaisada, escrito en castellano, á máquina, ó si son manuscritos con letra clara y sin que contenga más signos ó notas que las relaciona-

das en el tema. Los que traigan alguna indicación por la que pueda descubrirse el nombre del autor, serán rechazados.

Los trabajos deberán ser encabezados con un lema elegido por el autor, incluidos sin firma en un sobre blanco, de tamaño corriente, en que se consigne el mismo lema y acompañados de otro sobre opaco y cerrado, conteniendo en su interior el nombre y apellidos del autor, su residencia y el tema.

Dichos trabajos serán dirigidos al Secretario general de la Academia, D. Carlos Mendaza, á su domicilio, Pelota, 2, Bilbao, ó á la Academia, en sobre, con franqueo certificado los de provincias; por correo interior y certificado los de la localidad.

Bilbao 1.º de Enero de 1913 — *El Secretario general*, CARLOS MEN-
DAZA.

El mes de Noviembre pasado falleció repentinamente el Director de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Dr. D. Rafael Ulecía (q. e. p. d.).

Hombre laborioso, deja tras sí un brillante recuerdo que no se olvidará nunca, siendo las madres pobres madrileñas las que más han de contribuir á hacer imperecedero su nombre.

Nuestro cordialísimo pésame á su familia y á la Redacción de la *Revista*, y una oración á Dios por el eterno descanso de su alma.

El mes de Diciembre último, después de larga y penosa enfermedad, falleció en Begoña el que fué dignísimo Inspector provincial de Sanidad, Dr. D. Camilo Castell, á cuya familia enviamos desde estas líneas nuestro sincero pésame. (Q. E. P. D.).

Suscripción para erigir un monnmento al Dr. Ulecía y Córdoba: Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Preciados, 33, bajo, Madrid.

