

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XIX

Bilbao—Noviembre—1913

Núm. 227

## Sumario

**M. Musatadi.** Tratamiento de la luxación congénita en la cadera, en los sujetos que han pasado de la edad favorable para la reducción.—**Dr. A. Figuerola.** Los autoantígenos en la tuberculosis pulmonar.—¡Alerta, clase médica!

*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao:* Actas de las sesiones celebradas los días 31 de Octubre y 14 y 21 de Noviembre de 1913.

Encuesta internacional sobre la declaración obligatoria de la tuberculosis en diversas naciones, por Jorge S. Hita.

## Tratamiento de la luxación congénita en la cadera, en los sujetos que han pasado de la edad favorable para la reducción

Traducido por M. Musatadi

(Terminación)

Durante el período de inmovilización sobrevienen ciertas complicaciones de las que se da cuenta después de cortado el aparato. Con alguna frecuencia se presenta la rigidez articular, la cual puede depender de la retracción de los tendones superiores de los músculos sartorio, recto anterior, tensor de la fascia lata y de la retracción de la cápsula; á esta retracción se añade cierto grado de contractura de defensa de los músculos periarticulares. Este fenómeno se produce al intentar mover cualquier articulación, después de algunos meses de reposo, en algún aparato. Esta rigidez puede á veces ser la consecuencia de una anquilosis por inmovilización prolongada.

Para evitar estos inconvenientes, es bueno no prolongar la inmovilización más de tres ó cuatro meses y provocar la movilización lo más pronto posible. Para esto, el aparato debe ser seccionado en dos valvas, con lo que puede levantarse todos los días, á partir del primer mes de inmovilización, y hacer al muslo los movimientos de flexión y extensión en un plano horizontal. Una vez levantado el

aparato definitivamente, el enfermo estará unos días en cama para que su articulación se mueva sin la sobrecarga del cuerpo, después se hará la movilización pasiva y entre las secciones de movilización se practicará la extensión continua por medio de lazos de caouchouc, con objeto de hacer desaparecer toda contractura muscular.

La retracción del sartorio, recto anterior y tensor de la fascia lata, cederá por la miorrexis cotidiana hecha estando el muslo en extensión forzada.

La anquilosis se corrige difícilmente, necesita la movilización bajo cloroformo, movilización con aparatos de mecanoterapia, sesiones de aire caliente, todo ello empleado durante mucho tiempo.

El pronóstico cuando la rigidez es intra-articular, no es tan favorable como cuando se debe á la retracción simple. Si es intra-articular, se consigue dar á la articulación una flexibilidad suficiente, pero los movimientos de abducción y flexión lateral son más fáciles de obtener que los de adducción y flexión anterior, que quedan más ó menos limitados.

Las deformaciones óseas aparecen muchos meses después de haber quitado el aparato, cuando el niño ha andado durante mucho tiempo; en el niño joven no se observan.

Estas deformaciones no tienen regularidad; unas veces es cierto aplastamiento y aumento de la cabeza al mismo tiempo que se acorta el cuello, otras es el descanso del cuello en varus, otras es que la cavidad cotiloidea ó paracotiloidea se hace más profunda.

Estas deformaciones se explican por el estado de atrofia en que se encuentran estas partes, por el apoyo enérgico que se impone á estas partes al ponerlas en contacto y además por el peso del cuerpo del niño cuando vuelve á andar. Las deformaciones del cuello femoral tienen otra razón; las defectuosas condiciones de nutrición en que se encuentra. Estas deformaciones tardías son bastante frecuentes, según Purckaner, que ha seguido estudiando los operados en la clínica de Langeda una proporción de un 48 por 100.

Cuando estas deformaciones son pequeñas, ni la función articular, ni la estética de la marcha sufren gran trastorno, pero si esas deformaciones son grandes, se observa que después de una reducción perfectamente hecha, después de una curación funcional perfecta durante muchos meses, aparecen en la marcha trastornos característicos; primeramente el enfermo se queja de fatiga pasajera, después toma una marcha balanceada que no llega hasta la claudicación.

El único remedio á estos defectos es el reposo absoluto, tónicos, masaje de los músculos pelvi-trocantéreos y movimientos de abducción; cuando otra vez podrá permitirse la marcha al enfermo, es conveniente el empleo de un corsé que sujete bien las caderas, y aconsejar al enfermo la permanente actitud de los miembros inferiores en abducción.

Para que los resultados obtenidos por la reducción é inmovilización en los enyesados sean completos, es necesario instituir un tratamiento post-operatorio.

En el niño joven, como dice Becker, el tratamiento post-operatorio tiene por objeto impedir la relajación, limitando progresivamente el movimiento; en el luxado de edad por el contrario, es necesario asegurar la movilización más extensa de la articulación operada, y en esto precisamente consiste la mayor dificultad.

A los músculos es necesario darles su actividad, á la articulación su flexibilidad, al mismo tiempo modificar y completar los resultados anatómicos, y corregir las actitudes defectuosas del tronco y de la pelvis, sobre todo la lordosis persistente.

Es necesario, pues, acudir al masaje, movilización, mecanoterapia, enderezamientos ortopédicos, baños, aire caliente.

En los luxados de edad, dos actitudes son las más persistentes: la desviación lateral de la pelvis hacia el lado operado, en los luxados inilaterales, y la lordosis alta en los luxados bilaterales.

En los primeros la desviación es la consecuencia de la posición en el aparato; esta desviación aún se acentúa más por la mala actitud que toma el niño cuando anda, pues coloca el muslo en abducción forzada. Para prevenir en parte esta desviación, hace falta inmovilizar la pelvis y el muslo en una posición bien horizontal, y hacer montar el aparato enyesado más arriba aunque las falsas costillas, impedir la marcha y el estar de pie durante la inmovilización en el aparato ó no permitirle esta actitud más que sosteniéndole por una muleta colocada debajo del yeso.

La inmovilización de la parte inferior de la columna vertebral y de la cadera, los ejercicios de elevación unilateral de la pelvis, los enderezamientos progresivos por medio de aparatos ortopédicos, y los ejercicios de marcha «en tensión forzada de la rodilla del lado operado», contribuyen á modificar la desviación unilateral de la pelvis.

La lordosis alta es sostenida por la retracción de los tendones superiores del recto anterior, sartorio, tensor de la fascia lata, y sobre

todo por la tensión del psoas. La resistencia de los primeros se vence fácilmente por la miorrresis ó la tenotomía.

La acción directa sobre el psoas es más difícil; la miorrresis es imposible y la tenotomía presenta serias dificultades. Hapel y Valzberg han hecho la tenotomía del psoas, llegando hasta él á través de una incisión hecha sobre el borde externo del sartario á 10 centímetros, por debajo de la espina iliaca-antero-superior, dirigiéndose hacia el pequeño trocánter por la región anterior del muslo. Ansoletti, llega al tendón por la vía posterior: la incisión en sesgo es de 6 ó 8 centímetros de longitud, parte al nivel del pequeño trocánter y se extiende en la dirección de las fibras del glúteo mayor; estas fibras se separan en todo el espesor del músculo, se introduce el dedo por esta hendidura, y entre el abductor menor y el cuadrado crural, se notan las expansiones tendinosas del psoas que se insertan en el trocánter menor. Se separan los labios de la incisión, para hacer la tenotomía del psoas. Este último método es mejor que el primero, pero los dos peligrosos á causa de la infección.

La lordosis alta puede ser modificada de un modo menos complicado, colocando el cuerpo en extensión absoluta sobre un plano horizontal rígido. El sujeto acostado en decúbito dorsal, se fijan primero su tórax y pelvis por medio de correas colocadas al nivel de la parte mediana de tronco y enfrente de las espinas iliacas antero-superiores; estas correas se aprietan hasta que el tronco esté en toda su extensión en contacto con la mesa. En esta actitud, los muslos del enfermo están en flexión, pero progresivamente se llevan hacia la horizontal por medio de otras correas, colocadas unas sobre la parte media del fémur, y las otras sobre las rodillas. Se llega á obtener la horizontalidad del tronco y miembros en algunas sesiones, y debe reproducirse durante 2 ó 3 horas todos los días, si es que se desea obtener un efecto apreciable de la actitud lordótica. Cuando la mejoría es apreciable, debe llevarse un corsé de enderezamiento, hecho sobre un modelo corregido. Si la duración de la primera parte del tratamiento, operación é inmovilización es corta, la última parte, la postoperatoria será larga; hacen falta muchos meses de cuidados especiales, y mucha energía moral y física de parte del enfermo, padres y médico, si es que se desea llegar á un resultado serio.

Los resultados obtenidos por la reducción no cruenta en el luxado congénito de más de cinco años, son menos brillantes que en los de edad más joven; también son peores cuando la luxación es doble.

Ya se ven buenos resultados bajo el punto de vista anatómico funcional y estético, pero no son tan numerosos que cuando se opera antes de los 5 años. Ciertos operados mandan bien, pero se nota, sin embargo, en la placa radiográfica, que las partes articulares no están anatómicamente en la posición normal. En otros, se ve que persiste una marcha defectuosa, bajo el punto de vista de la estética, el enfermo camina con los muslos separados y bamboleándose, pero á pesar de ello el enfermo camina mucho, salta, corre, sin que ello le produzca fatiga ni dolor.

Este beneficio funcional es la ventaja mayor de la reducción no cruenta en los luxados de edad. Este beneficio se obtiene aunque la reposición no haya sido ideal, pero ello es á condición de que se mantenga por medio de ejercicios post-operatorios la reducción.

Conocidas, pues, las dificultades para llegar á la reducción no cruenta en los luxados de edad, los peligros de complicaciones operatorias, la gran duración del tratamiento, se comprende que los padres no se muestren decididos á poner en cura al niño, pues después de todo, el resultado no es muy completo. Es esto sin duda lo que ha influido en el ánimo de ciertos operadores que preconizan la abstención sistemática en todos los casos que pasan de 5 años.

Al mismo tiempo que se piensa en los resultados, es necesario pensar en las consecuencias de la abstención, que la impotencia funcional y los dolores aumentarán progresivamente, que la impotencia llegará á ser completa á los 20, 25, 30 ó 40 años.

Sobre todo, hay que pensar de poner al enfermo al abrigo de una impotencia más ó menos tardía. Además, el beneficio funcional obtenido por la reducción es definitivo, á condición de favorecer el sostenimiento en abducción de los miembros inferiores.

La mejora del estado general, el desarrollo de los miembros inferiores, son una prueba de las ventajas del tratamiento por la reducción.

La reducción no cruenta, siguiendo el método de Lorenz, puede practicarse hasta los 14 años para los luxados unilaterales, y hasta los 11 para los dobles, siempre que estos enfermos «se encuentren en las condiciones más favorables indicadas por el Dr. Gourdon.» Para los luxados que no se hallen dentro del tipo clínico descrito, este límite de la edad será más bajo, influyendo en ello la presencia de contraindicaciones más ó menos importantes en el estado anatómico de la cadera y desarrollo físico del enfermo.

El tratamiento aplicado después de los 5 años, reclama una competencia especial para evitar los peligros inherentes á la intervención y para instituir la técnica variable en cada caso. Para llegar á resultados serios, es necesario prolongar mucho tiempo el tratamiento.

Los resultados más brillantes son los referentes á la función del miembro, y esto aun en el caso en que la intervención no haya podido ser completa. Esta mejora funcional pone al enfermo al abrigo de una enfermedad que amenaza á todo luxado congénito.

### **Tratamiento de los luxados de edad en los que la reducción no es posible**

Aquellos luxados en los que no debe intentarse la reducción, son los que más interés merecen.

La luxación acentuándose cada vez más, aumentada la deformidad del cuerpo, no solamente de la pelvis, sino también del tronco, produciendo curvaturas anormales de la columna vertebral; su impotencia funcional aumenta hasta el punto de no poder estar mucho tiempo de pie y de no poder recorrer una distancia algo extensa, sin fatiga y sin dolor. Esta dificultad de la marcha tiene una mala influencia sobre el estado general, pues á causa de la falta de ejercicio, aumenta el tejido adiposo, lo cual exagera aun más la impotencia funcional de los miembros. Por otra parte, el sufrimiento moral de estos enfermos es enorme.

Algunos luxados, á los 20 años tienen una impotencia completa de sus miembros; otros aunque mal, han andado hasta los 40 ó 42, y en ellos se ha establecido la impotencia en muy pocas semanas.

Los síntomas locales que más se exageran en los luxados de edad son: abducción de los muslos, lordosis, dolores. Las causas que hacen aproximar los muslos son las mismas que en los luxados jóvenes, solamente que en ellos esta aproximación es más rápida y no es extraño encontrar luxados en los que no es posible separar las rodillas más allá de 3 ó 4 centímetros. La lordosis se agrava por la influencia de la ascensión del fémur hacia la parte posterior de la pelvis, la cual por consecuencia es proyectada hacia adelante, pero la retracción del recto anterior, sartorio, tensor de la fascia lata y psoas, tienen una acción tan marcada como el despedazamiento femoral.

A partir de cierta edad, los signos de agravación son mucho menos importantes de parte del elemento óseo que del lado muscular.

Los dolores debidos al insuficiente apoyo óseo y á las traccio-

nes capsulares, ligamentosas y musculares que son su consecuencia, tienen la misma localización que en los niños; cadera muslo, rodilla; sin embargo, en los de edad, parece más frecuente en los músculos del muslo. Estos dolores tienen un carácter más agudo; más repetido, más persistente; el menor choque contra un obstáculo, un mal movimiento los despierta. Estos enfermos, según Preiser, están predispuestos para la artritis deformante.

Para remediar estas complicaciones hay aun un procedimiento curativo.

No puede practicarse la reducción por el método cruento de Hoffa-Lorenz, por los peligros que encierra y los malos resultados que se obtienen.

Los medios paliativos son de tres órdenes: aparatos de sostén, intervenciones cruentas, intervenciones no cruentas.

Los corsés hechos según modelo y las modificaciones introducidas en el calzado, son medios insuficientes y pasajeros.

Las intervenciones cruentas paliativas, se hacían bien en las partes oseas ó en las blandas articulares ó periarticulares.

Jaboulay hacía una resección de la sínfisis de los dos pubis; abría las dos articulaciones, incidía los ligamentos superior, posterior é inter-oseo, proyectaba hacia adelante y adentro los dos huesos iliacos, y aplicaba después un cinturón. Esta intervención no ha dado resultados satisfactorios.

Roger, Wargary y Wotta, han practicado la resección de la cabeza femoral.

Hoffa, resecaba el cuello femoral, refrescaba la cara interna del iliaco, y poniendo en contacto estas dos partes, inmovilizaba el fémur en abducción.

Fenger, propuso una operación sobre la cápsula, para aproximar el fémur á la pelvis.

Ninguna de estas intervenciones ha dado resultado.

Algún mejor resultado se ha obtenido de la osteotomía sub-trocantérica oblicua de Kirmisson, y los efectos han sido: alargamiento del miembro luxado, mayor resistencia á la marcha, desaparición del dolor y de la lordosis.

Los métodos no cruento empleados hoy día, se basan en el procedimiento de Paci, 1880, para los luxados de toda edad; esto es dar al fémur actitudes diferentes de aquellas que tenía durante la luxación, transformando la adducción en abducción, la retroposición en anteposición; su método, es pues, un método de inversión.

El Dr. Gourdon ha empleado en luxados de 22 á 45 años, el método de Paci, pero modificado un poco la técnica, y sobre todo preparando al enfermo para la intervención é instituyendo un tratamiento post-operatorio bastante prolongado.

Durante 3 meses somete al enfermo á un régimen de alimentación, masage bajo el agua, duchas, movimientos amplios de todas las articulaciones, con lo cual disminuye de peso y mejora el estado general.

Durante 8 días antes de la intervención, somete á los miembros inferiores á una tracción continua por vendas de cauchú, para hacer desaparecer toda contractura muscular.

Las maniobras de transposición deben ser siempre precedidas de la tenotomía de los abductores, sartorio y tensor de la fascia. Después de los 20 años, la miorrresis no parece dar la prolongación suficiente de estos músculos. A partir de esta edad, tampoco es posible obtener un descenso apreciable del fémur, á no ser recurriendo á la tracción mecánica; estas tracciones serán hechas con prudencia y teniendo á la vista un dinamómetro. En razón de la mayor resistencia de los tejidos, la tracción mecánica es menos peligrosa en los luxados de edad que en los niños. El aparato de Schede se utiliza para hacer esta tracción sobre los dos miembros igualmente; él permite aumentar la abducción hasta un grado necesario y aplicar el enyesado sin quitar al enfermo del aparato. La tracción sobre cada miembro no debe pasar de 60 kilogramos, pues empleando una fuerza mayor, se corre el peligro de producir una parálisis del ciático. Si se utiliza el aparato de Schede, se podrá después de haber obtenido la abducción máxima, disminuir la extensión máxima hasta 50 kilogramos, durante la aplicación del aparato. Se hará llevar el enyesado durante 7 ó 8 semanas.

Después que se quita el yeso, se coloca un corsé amovible provisional para fijar la extremidad femoral y se ordenará un tratamiento destinado á fortificar los músculos pelvi-trocantéreos, á mantener cierto grado de abducción de los músculos y á asegurar la actitud normal del tronco; los ejercicios de reducción de la marcha encuentran aquí buena aplicación.

Más tarde se aplicará un corsé de celuloide, que deberá encerrar bien la pelvis y cubrir particularmente las partes posteriores y laterales.

Los resultados obtenidos por el Dr. Gourdon han sido buenos; el dolor ha desaparecido, bajo el punto de vista funcional, la marcha ha sido posible y hasta cómoda en muchos de los operados.

Si no poseemos, pues, aun ningún método curativo para los luxados de edad, podemos por medios paliativos, la osteotomía subtrocanteriana oblicua, de Kirmison, ó el método de Paci, tal como lo practica el Dr. Gourdon, proporcionar á estos enfermos una mejoría importante, suprimiendo sus dolores y facilitando su marcha.

Bilbao 14 Noviembre de 1913.

MUSATADI.

## ARTICULOS ORIGINALES

### Los autoantígenos en la tuberculosis pulmonar <sup>(1)</sup>

No es posible considerar, en el estado actual de la ciencia, á ningún agente como verdadero y heroico específico de la tuberculosis; pero es cierto que desde algunos años á esta parte se ha trabajado extraordinariamente por encontrarle, tanto en el terreno farmacológico, como en el de la bacteriología. Así mismo se ha recurrido al estudio de la nutrición del tuberculoso, siendo bajo este punto de vista, muy dignos de encomio los trabajos de Fessier y de Joulie, como lo son igualmente todos los esfuerzos encaminados á este fin.

Creemos, sin embargo, que hallar un antígeno perfecto es el ideal terapéutico; pero buscarle salido del laboratorio industrial, ya no lo es tanto, pues todos estamos convencidos de la diferencia en cuanto á los resultados del tratamiento con un antígeno endógeno ó exógeno, siendo los mejores efectos en favor del primero.

Si ocurre en la mayoría de las bacterias, ¿por qué no ha de suceder lo propio con las tuberculógenas? No se diga que estos esfuerzos se han realizado y que la práctica de Petterson y algunos otros son poco recomendables; el defecto no está si acaso en el proceder: está en sus dificultades técnicas. También el método de Rothschild es una buena orientación, á pesar de los múltiples desvelos que requiere; hoy se tiende á usar todo lo posible el autoantígeno, por estar convencidos de que es el mejor camino y el más propiamente específico.

(1) Memoria leída en el Congreso de la Liga de acción popular contra la tuberculosis, de Madrid.

Nosotros venimos usando desde mucho tiempo la tuberculina, y á pesar de habernos visto obligados á ello por la necesidad y de mirarla al principio como pudiera hacerlo uno de sus mayores adversarios, hemos de reconocer que es un buen agente, un precioso recurso cuando se sabe manejar, y con el cual se han obtenido éxitos verdaderamente indiscutibles. No obstante, hay casos en que el éxito falla, y otros en los cuales de antemano sabemos que su empleo no nos reportaría ningún provecho.

No sería fortuito afirmar que la mayoría de los tuberculinistas tratamos de solventar dificultades y de hacer tratables casos que tal vez no lo serían, recurriendo á todos los medios auxiliares para ampliar el número de indicaciones y de éxitos. Algo se va consiguiendo mejorando la técnica, empleando productos poco bacteriolíticos y muy toxi-inmunizantes en los comienzos del tratamiento, para dar preponderancia á los últimos afines del mismo. Pero aun así, quedan ciertos vacíos que sería difícil llenar con los procedimientos actuales. En efecto: existen enfermos que no son tratables; otros que obtienen pocas ventajas de la terapéutica específica, y por fin, algunos mejoran considerablemente en su estado general, pero persisten las lesiones, viviendo en perfecto comentalismo. Probemos de analizar las particularidades de cada uno.

Los no tratables acostumbran á ser aquellos que son portadores de lesiones sumamente extensas ó múltiples; los que padecen otras enfermedades importantes y aquellos en que toda defensa está agotada y cuya resistencia vital queda reducida á su mínima expresión. Ningún enfermo puede ser tratado con antígenos, si no puede dar anticuerpos. Este grupo puede considerarse como intratable definitivamente.

Entre los que provisionalmente no son aptos, figuran los grandes taquicárdicos, los hiperpiréticos ó grandes piréticos, y los agudos, ó por mejor decir, los subagudos. Este subgrupo y los dos siguientes son los que hemos creído modificar bastantes veces con la práctica seguida por nosotros.

Después de los trabajos de Ferrán, Munth y Arloing, hemos venido en conocimiento de las formas no ácido-resistentes del bacilo de Koch, de la frecuencia con que se le encuentra en los esputos y en las vísceras de los animales tuberculosos; lo que

parece algo más dudoso es si constituyen variedades flogénicas ó formas de tránsito, pero es indiscutible que son bacterias tuberculógenas. Si á estas propiedades añadimos la de ser inyectables sin causar flemones, comprenderemos cómo es posible aislar de los esputos propios estas bacterias y proporcionar un autoantígeno á estos enfermos; y como al mismo tiempo existen otras bacterias que son causa de infecciones secundarias, algunas veces septicémicas, nos es dable aprovecharlas para combatir muchos accidentes causados por las mismas.

Muchas veces vemos enfermos del 2.º subgrupo con taquicardia y temperaturas incapaces de explicar por las lesiones, á veces muy circunscritas, que se modifican favorablemente con este auto-antígeno. Así hemos podido convencernos en dos ó tres casos, en los que tan sólo se trataba de septicemias tomadas equivocadamente por tuberculosis agudas, siendo así que no es raro que un poco de supuración pulmonar produzca una septicemia por una bacteria X, sin que haya necesidad de ser forzosamente la de Koch. No nos atrevemos á afirmar que hayamos curado algún caso agudo, porque es difícil atestiguarlo, pero no dudamos que algunos, pareciendo agudos, son rápidamente mejorables en su taquicardia y temperaturas.

Siempre serán dignas de ser tenidas en cuenta estas modificaciones favorabilísimas, que más de una vez nos han sorprendido agradablemente.

El 2.º y 3.º grupo son, á no dudarlo, los más y mejor influenciados por el tratamiento en cuestión, pues es cierto que existen enfermos que después de soportar un tratamiento más ó menos prolongado con la tuberculina, obtienen escasos resultados, y otros en los cuales logrando una gran mejoría general á beneficio de del tratamiento específico, las lesiones siguen sin evolucionar, si bien no retrogradan. Nosotros creemos positivamente influenciados estos casos por el autoantígeno, en atención á que son los más esencialmente crónicos, dando tiempo á ser observados, convenciéndonos de la poca ó nula eficacia de los tratamientos empleados; y aun cuando creyéramos que hemos hecho un gran bien á nuestro enfermo, consiguiendo un paro en la evolución de su enfermedad, no es menos cierto que el efecto del tratamiento parece agotarse volviéndose incapaz de seguir mejorando al paciente. En es-

tos casos bastante frecuentes en la clientela de todos y en la nuestra, como en la de los demás á poca diferencia, nos hemos podido cerciorar de que más de la mitad de ellos en los que el tratamiento específico había agotado sus buenos efectos, han mejorado considerablemente, siendo digno de notar que mejoran mucho más aquellos enfermos en los que se había hecho un tratamiento tuberculínico, que otros que no habían sufrido esta cura preliminar.

En los tuberculosos con gran expectoración poco bacilifera, con ó sin temperatura, es donde empleándola *d'emblee* da resultados más notorios, como también en los bronquíticos crónicos, sean ó no tuberculosos.

La bronquitis concomitante de la mayoría de fímicos es rápidamente mejorada, y no es raro ver modificadas en pocos días la coloración y purulencia de los esputos.

La exposición somera de estos hechos por nosotros observados, parece demostrar que las tuberculinas hoy en uso no son del todo específicas, dadas las diferencias entre el bacilo que sirvió para prepararlas y el infectante del caso tratado. Esta suposición fué lanzada ya en 1905 por el profesor Denis, de Lovaina, á propósito del lupus, haciendo parangón con lo que acontece con las diferentes razas de strepto y staphilococo y los sueros preparados con los mismos. Estas observaciones, que hoy son del dominio universal y que han obligado á preparar sueros muy polivalentes empleados con éxito en nuestros días, véanse confirmadas por los consejos de Wrigt referentes á la autovaccinoterapia. Hemos procurado, pues, seguir las huellas de clínicos y bacteriólogos tan eminentes, y aun cuando no hayamos sido los primeros, entendemos que este punto no ha sido suficientemente estudiado, ni con el cariño que se merece.

Sin duda que el Dr. Ferrán ha sido el primero en emplear como autoantígenos las bacterias tuberculógenas, siendo muy de admirar los trabajos que lleva realizados en este sentido.

Recomendamos muy especialmente el empleo del autoantígeno, sin usar uno para todos los casos, pues de ese modo perderíamos las ventajas de la máxima especificidad que tratamos de aprovechar.

De lo anteriormente expuesto y del análisis de los diferen-

tes grupos de enfermos que esquemáticamente hemos hecho, se comprenderá cuáles son sus indicaciones, que no repetimos por ser su consecuencia lógica. Haremos, no obstante, hincapié en los mejores resultados obtenidos en las septicemias, los grandes bronquíticos con poca expectoración bacilar y en los estacionarios con mejoría general, después del tratamiento tuberculínico. En cavitarios con gran expectoración poco bacilar y bastante temperatura, registramos algunos casos que no dudamos en consignar como verdaderos éxitos que han venido sosteniéndose, y por fin, no quisiéramos dejar de exponer que son más frecuentes y más manifiestas las mejorías en enfermos tratados específicamente que en los nuevos, sin que podamos explicar el por qué de este hecho.

En punto á contraindicaciones, son pocas las que pueden darse como inequívocas y son las mismas que atañen á las vacunas bacterianas. Los estados agudísimos y los caquéticos son los que constituyen mayor contraindicación: los primeros, por su impregnación y elevado potencial tóxico, y los segundos, por ser incapaces de dar un anticuerpo salvador neutralizante de los antígenos preexistentes.

La diabetes y la nefritis no pueden darse como contraindicación absoluta, mientras sean en grado medio: tenemos un nefrítico tuberculoso doble que fué tratado con las tuberculinas, á la vez que lo fué con un autoantígeno, para combatir lesiones bronquiales muy molestas, y en la actualidad emite orina clara desde hace tres años, y si nuevas razones no nos demuestran lo contrario, hemos de creer que está curado, á juzgar por la observación del enfermo.

La diabetes en sí no constituye contraindicación para el uso del autoantígeno, sino que, dando mayor gravedad á la tuberculosis, hace menos eficaz el tratamiento. Lo hemos ensayado en un diabético portador de una bronquitis crónica sin lesiones tuberculosas ni bacilos en la expectoración, que se modificó bastante bien, sin tener que lamentar supuraciones ni consecuencias desagradables, creyendo por estas razones que la glicosuria *per se* no es bastante para privarnos de este recurso. De las afecciones agudas del sistema nervioso, apenas si nos es dable ocuparnos bajo este punto de vista, pues no dan tiempo á la preparación de un antígeno extemporáneo.

Vamos á ocuparnos de la técnica terapéutica seguida en nuestros casos, dejando el *modus faciendi* de la preparación en último lugar.

Empezamos por inyectar un millón de bacterias, y si el estado general es bueno, podemos empezar por diez millones. Seguimos siempre la escala decimal, no practicando ninguna nueva inyección sin estar seguros de la absorción de la anterior y de su completa transformación. Seguimos progresando más ó menos rápidamente, según el modo de comportarse el enfermo con la última inyección recibida; si presenta elevación térmica moderada é imputable á la inyección, repetimos la misma dosis ó la aumentamos ligeramente; por el contrario, nos estacionamos ó disminuimos si hubiera fenómenos locales ó generales de importancia, aumentando siempre, de modo que el cambio no sea brusco si el paciente está depauperado.

Creemos que es muy conveniente tomar todas las precauciones para reducir á su minimum las fases negativas, y es por esa razón que inyectamos con un intervalo mayor á medida que la dosis va aumentando, y así cuando damos de uno á diez millones, administramos la dosis con sólo cuatro días de diferencia, espaciando más y más á medida que llegamos á los cien y mil millones, dándolos semanalmente cuando llegamos á la primera cifra, y cada diez días al alcanzar los mil millones.

No se nos oculta que siendo nuestro autoantígeno polivalente, el número total de unidades no puede referirse á ninguna bacteria determinada, siendo por esta razón, que una vacuna de mil millones resulta relativamente poco concentrada cuando se prepara el *pan antigéno*. Por eso preparamos con mayor número de unidades los que han de servir para completar la cura, inyectándolos entonces cada quince ó veinte días, para dejar el tiempo suficiente á su transformación y no inyectar jamás durante la tan temida fase negativa.

Procediendo con este cuidado y mesura, vigilando bien al enfermo esfigmo y termométricamente, observando los cambios de coloración que se producen en el punto de la inoculación, y auscultando cuidadosamente á nuestros enfermos durante el período de transformación antigénica, no hemos de temer nada en absoluto, pues muerto el antigéno, es incapaz de infectar, y bien administrado, no hemos visto que jamás diera

lugar á fenómenos de bacteriolisis tóxica, máxime teniendo buen cuidado de no usar grandes cantidades al comenzar, procurando no progresar con más rapidez de la conveniente. En general, puede decirse que se toleran aumentos del quíntuplo al décuplo sin inconveniente alguno, y que la duración total del tratamiento no excede á mes y medio en la mayoría de los casos. Es necesario repetirlo transcurridos algunos meses, y no es raro ver entonces mejorías más marcadas de lo que lo fueron la primera vez. En los casos en que la cura ha podido conducirse bien y el enfermo ha sacado grandes beneficios, tampoco nos excusaremos de repetir en la misma forma en que lo hacemos con el antígeno tuberculina, siguiendo la técnica de Petruski; de este modo veremos cómo el número de recaídas disminuye considerablemente. Así acontece en nuestra práctica particular, creyendo no ser los únicos que hemos podido ver disminución en las recaídas con uno y otro antígeno, usando el método discontinuo del referido autor.

Cabe preguntar si después de un período de reposo más ó menos largo, al repetir la cura se presentan accidentes anafilácticos, debiendo contestar á este propósito, que pasados dos años (que es el plazo máximo alcanzado por nosotros), no hemos visto accidentes de esta clase; sea dicho de paso, que al repetir la cura hemos empezado, como medida de precaución, por cantidades muy inferiores á la que dimos la primera vez como dosis mínima inicial: con esta reserva y hacer lentos los primeros ascensos, luego los hicimos muy rápidamente sin tener que lamentar accidentes de hipodefensa apreciables clínicamente.

En algunas ocasiones se obtienen antígenos incompletos, sobre todo cuando hay mucha infección secundaria, debido sin duda al rápido crecimiento de las bacterias primeras en formar colonias que, invadiendo el campo, impiden el desarrollo de las de crecimiento lento. Para obviar estos inconvenientes hay que sembrar en varios tubos, procurando hacer resiembras en otros de las colonias tardías, á fin de que puedan desarrollarse sin verse invadidas por las de vitalidad más rápida, preparando luego el antígeno con el contenido de todos los tubos de las distintas especies.

Después de lo dicho es muy lógico suponer por qué razón

administramos un antígeno preparado en esa forma y no damos la preferencia á un producto formado con las bacterias tuberculógenas aisladas de todo otro elemento morfológico. Lo hacemos en esa forma por varias razones, siendo una de las de más peso la dificultad de reconocerlas y aislarlas. Por otra parte, las bacterias no ácido-resistentes que se encuentran en el cultivo, son causa de infecciones secundarias que podemos tratar al mismo tiempo, preparando el antígeno global, alcanzando así, no tan sólo mayor perfección, sino también una economía de tiempo, sin lo cual no sería practicable el tratamiento, por insuperables dificultades técnicas.

Veamos el modo cómo procedemos para preparar estos antígenos.

Recogemos esputos del individuo á quien debe tratarse, recomendándole que se limpie la boca con el cepillo y solución yodada, á fin de evitar en lo posible los saprofitos bucales, indicando la conveniencia de recoger los esputos en un recipiente previamente esterilizado y conteniendo un poco de agua esterilizada también por ebullición y sin añadir ningún antiséptico. Ya en nuestro poder el producto expectorado, se traslada á un cristizador con agua estéril, agitándolo con el alambre de platino ó con un capilar, con el objeto de despojarle de las bacterias procedentes de la boca y faringe, adheridas á pesar del minucioso lavado.

Tomamos una pequeña porción de esputo, y sembramos en dos tubos de agar y peptoglicoglicerinado, y en dos más, suero de buey solidificado y esterilizado por tindalización, llevándolos á la estufa á 37°. Lo hacemos en dos medios distintos, porque hemos observado que el desarrollo de las colonias no es igual en ambos, pues mientras unas se desarrollan mejor en el suero, otras lo hacen en el agar, con lo cual tenemos ocasión de reseñar las colonias tardías en otros tubos y evitamos el predominio exclusivo de las de crecimiento rápido. Cuando han llegado á un buen grado de desarrollo, se las somete á una temperatura de 55° (previa adición de agua fenicada al 6 por 1000) durante dos horas, después de lo cual hacemos una emulsión de bacterias, produciendo el desprendimiento de las colonias á beneficio del hilo de plata; filtramos con algodón en rama para despojar la solución de las impurezas (trozos de sue-

ro desprendido, partículas de agar), y procedemos inmediatamente á la titulación del modo siguiente: se mezclan partes iguales de solución de sangre al quinto y cultivo más ó menos diluido (á fin de tener poco error), y en el microscopio se cuentan las bacterias y el número de glóbulos rojos por campo, repitiendo la operación varias veces. Sacamos la medida y venimos en conocimiento del número de unidades contenidas en 1 c. c. Pongamos un ejemplo: La media de 7 campos nos da seis bacterias por glóbulo rojo, como la sangre usada, por ser el quinto, tiene un millón de glóbulos por *milímetro cúbico*, el tener en bacterias será de *seis millones*, y por lo tanto, como 1 c. c. tiene *mil milímetros cúbicos*, multiplicando por mil, tendremos *seis mil millones* de bacterias por *gramo* de solución. Si este caldo lo queremos reducir á *mil millones*, bastará que le añadamos cinco veces su volumen de suero fisiológico, siendo entonces suficiente diluirlo al *décimo* para obtener *cientos* por centímetro cúbico, y así sucesivamente dos veces más, llegaremos al millón. Después de hecho el contaje, se encierran en tubos de inyectables y son esterilizados, del mismo modo que se procedió la vez anterior, sólo que ahora le tenemos cinco horas á cincuenta y cinco grados, con el objeto de asegurarnos de su inocuidad.

Una vez se tienen estas soluciones, pueden prepararse otras con emulsiones alcohólicas de mástic ó bien solución jabonosa, cuya turbulencia servirá de tipo para las preparaciones siguientes, teniendo de emplearlos para el mismo medio de cultivo, pues la opacidad varía según la naturaleza del mismo.

No quisiéramos terminar sin antes hacer constar que el camino seguido por nosotros tiene el inconveniente de requerir una paciencia suma, que no siempre se ve coronada por el éxito, como fuera de desear, aunque los proporciona indiscutibles, por lo patentes y duraderos, en muchos casos en que todas las circunstancias hacían prever un fatal desenlace, y esos éxitos son los que más han de animarnos á seguir, y con ellos debemos darnos por bien recompensados.

## CONCLUSIONES

- 1.<sup>a</sup> Encontrar un antígeno perfecto constituye uno de los más grandes ideales de la terapéutica antituberculosa.

2.<sup>a</sup> Las tuberculinas, como los antígenos, aunque muy útiles, son imperfectas.

3.<sup>a</sup> El autoantígeno es de aplicación muy racional, bien que no vaya seguida su administración de éxito en todos los casos.

4.<sup>a</sup> La tuberculinoterapia y la autoantigenoterapia se completan, no se excluyen y pocas veces se substituyen.

5.<sup>a</sup> Las infecciones secundarias son rápidamente modificadas por el autoantígeno.

6.<sup>a</sup> No hay más contraindicaciones formales que las propias á todo antígeno, y bien administrado, su inocuidad es completa.

DR. A. FIGUEROLA.

---

## ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

En la noche del 18 del actual se reunió la Junta directiva, compuesta por los Dres. G. Bravo, Mollá, Negrete, Cifuentes, Peña y Miraved.

Entre los numerosos é importantes acuerdos tomados, figuró el de acelerar todo lo posible la publicación de los trabajos que constituyeron los Temas y Comunicaciones del segundo Congreso; todo hace esperar que á primeros del año próximo estará impreso el tomo, consiguiendo un éxito, si cabe, mayor que el obtenido por el primero, demostrando de esta manera el estado próspero de la Asociación y el entusiasmo de sus Socios.

El tercer Congreso se celebrará en Madrid el mes de Mayo de 1914, habiéndose fijado como Temas oficiales, los dos siguientes: 1.º Estudio comparativo de los distintos procedimientos del diagnóstico de la tuberculosis urinaria.—Ponentes, Doctores G. Tomás y S. Pascual, de Madrid. 2.º Derivación de la orina en las operaciones uretrales y vaginales.—Ponentes, Doctores Cifuentes y Asua, de Madrid.

El Secretario general, Dr. Carlos Negrete, Desengaño, 27, 2.º, Madrid, tendrá sumo gusto en facilitar cuantos detalles se le pidan respecto á la Asociación y organización del tercer Congreso.

# ¡ALERTA, CLASE MÉDICA!

I. Empresas industriales de igualatorio médico-farmacéutico.—II. Empresas industriales de periodismo médico.—III. Empresas industriales de productos farmacéuticos.—IV. Deducciones.

El mercantilismo lo invade todo, y nuestro campo no podía permanecer alejado ó sustraído á la influencia del Dios Dinero. No crea nadie que voy á meterme con las empresas que vienen á espigar en nuestro terreno, no; los hombres de negocios buscan la ganancia donde creen encontrarla y su explotación se halla reconocida por las leyes. Por consiguiente, nada tengo que decir de los negociantes; pero sí he de hablar de los perjuicios que sufre la clase médica, y de la necesidad de que ésta se defienda mediante la unión y el compañerismo altruista, no ese falso compañerismo que consiste en hacer en privado lo mismo que censura en público.

Hay Sociedades de igualatorio médico-farmacéutico, que son propiedad de personas extrañas á la profesión, que tienen empleados á varios desgraciados médicos y farmacéuticos, á los que pagan módica retribución, quedándose ellas con una bonita ganancia, realizada con el trabajo de los Facultadivos.

Estas Sociedades son muy dañinas á la Clase, que ve mermaidísimos sus ingresos é imposibilitada de luchar con unos Agentes que hacen una inmensa propaganda *aplastante* para los pobres médicos y boticarios que ejercen en la población ó en el distrito donde radican esas empresas.

Los médicos no debían hacer el juego á ningún industrial. Creo que esas Sociedades no son buenas ni convienen, por muchas consideraciones que me reservo, á los asociados; pero en el caso de ser indispensable su existencia, debían estar desempeñadas, dirigidas y administradas por individuos de la Clase, y nunca por extraños á ella.

\* \* \*

Siento hondo afecto por la Prensa médica. He pertenecido á ella como director-propietario de un periódico; pertenezco como redactor que soy de otro y colaborador de varios; y me ha guardado toda clase de consideraciones, que pongo de manifiesto en el prólogo y al final de mis libros. Tengo, pues, que considerarme íntimamente ligado á la Prensa profesional.

Pero aparte del agradecimiento, lo que me hace admirar y verla con *amore*, es el encontrarla buena, noble, culta, decente, honrada y generosa. Ella difunde los conocimientos científicos, defiende los intereses materiales de la Clase, abre sus columnas á todas las opiniones, evacúa gratuitamente cuantas consultas le solicitan los suscriptores, facilita libros de gran mérito

á precio económico, y, finalmente, sirve la suscripción sin buscar la ganancia. La Prensa médica española no es explotadora, y los médicos propietarios de ella no se mantienen con lo que produce el periódico, sino con su trabajo ó con capital propio.

De los setenta y pico de periódicos de Ciencias médicas que ven la luz en la península, no llegan á seis los que obtienen alguna ganancia, y en cambio los demás sólo consiguen cubrir gastos ó saldar el presupuesto con déficit, de tal modo, que hacen muchos lo que el sastre del campillo. ¿Cómo no aplaudir tal espíritu de nobleza y generosidad?

Pues bien, esa Prensa querida y genuinamente *médica*, está muy á punto de sufrir rudísimo golpe por la competencia que empieza de otra Prensa, á la que llamaré *industrial*, porque no son médicos sus propietarios, sino hombres de negocios que buscan la mejor colocación de su dinero.

Si esa competencia se formaliza, si nuevos periódicos vienen á la lucha, acabarán por desaparecer la inmensa mayoría de los actuales periódicos profesionales que, escasos de recursos, no pueden hacer la enorme propaganda que hacen los competidores, ni ofrecer tantas ventajas á sus abonados. ¿No será sensible y más que sensible tristísimo que veamos desaparecer á nuestra simpática Prensa? ¿Y no da motivo á preocuparse pensar que algún día pueda estar dirigida la Clase por personas extrañas á la profesión?

\* \* \*

La explotación ó venta de productos farmacéuticos ofrece diversos aspectos, más graves unos que otros.

Hay médico que, saliéndose fuera de su profesión, adquiere medicamentos en las droguerías y los vende á sus clientes con alguna economía en el precio que ponen en la farmacia. De ese modo obtiene dobles rendimientos y perjudica ignominiosamente al compañero farmacéutico, que ha estudiado su carrera para vivir de ella. No contentos esos médicos con vender medicinas á bajo precio, adquieren en los depósitos los específicos para guardarse la pequeña bonificación que se les concede á los boticarios.

Esto es absurdo, antimoral é injusto, y al protestar de ello experimento satisfacción en romper esta lanza en favor de los compañeros farmacéuticos, que son víctimas de todo el mundo, y á los que los médicos debemos guardar todo género de consideraciones.

Otros médicos se limitan á preparar específicos, asunto menos grave que llega á ser completamente legal, cuando entrega para la venta sus preparados á un boticario.

Por último, existen personas ajenas á la carrera que preparan y venden medicamentos, valiéndose, para burlar la ley, de médicos y farmacéuticos que dan la cara mediante una módica retribución. El resultado es que todo

va en contra de los que ejercen la Farmacia, y que esta desgraciada Clase se encuentra cada día en situación más angustiosa.

\*  
\* \*

Como verán los lectores, hemos examinado tres interesantes cuestiones que afectan de modo extraordinario á los intereses de las Clases médicas. Si las empresas, aumentando en número y ensanchando su círculo de acción á toda la península, colocan á médicos y á farmacéuticos bajo su dependencia directa, en la visita, en la Prensa y en el despacho de medicamentos, ¿qué concepto y qué porvenir se prepara á la Clase? Basta el enunciado para comprender la suma transcendencia que ofrece el asunto.

Ahora diré en concreto los medios más oportunos para la defensa de nuestros amenazados intereses.

En toda población donde funcionen empresas de igualatorio, deben los médicos y los boticarios formar otras sociedades, en competencia con las primeras, pero sólo con carácter transitorio, para que una vez vencidas éstas no perjudiquen á los demás compañeros de la localidad.

Respecto á las empresas periodísticas, sólo diré que en manos de los médicos se halla la suerte de la actual Prensa médica, de esa Prensa que por ser carne de nuestro cuerpo y sangre de nuestras venas, debemos protegerla con todas las energías de nuestra alma y de nuestros entusiasmos.

Finalmente, el asunto de la venta de medicinas lo resolverán los Colegios de Médicos y de Farmacéuticos, puestos de común acuerdo, para amonestar á los Facultativos de una y otra clase que ejecuten actos que, si no caen dentro del Código penal, se encuentran en el Código moral.

*La Medicina para los médicos y la Farmacia para los boticarios*; esta es la síntesis del presente artículo.

DE DIEGO.

(Boletín de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*).

Contra estos vivillos, decimos nosotros, tenemos los Jurados profesionales creados por la Instrucción General de Sanidad vigente, que confiere á los mismos la facultad de constituirse en Tribunales de honor, para juzgar las faltas de orden moral en el ejercicio de las profesiones médicas, y bueno sería que se den cuenta de esto los Organismos Sanitarios de nuestra provincia, por si en ella hubiese algo severamente censurable.

Sabemos que el Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya ha recibido diversas quejas en este sentido, y nos consta que trabaja activamente en averiguar lo que hubiere de cierto, para proceder, en consecuencia, con toda energía.

# Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

## SESIÓN DE APERTURA

*Se celebró esta sesión el día 31 de Octubre pasado, presidiendo el señor Díaz Emparanza.*

El Secretario general, señor Mendaza, leyó la Memoria anual reglamentaria, y á continuación el señor Presidente leyó otra notabilísima, que versó acerca de «Perforaciones gástricas.»

Fué muy calurosamente aplaudido por la gran concurrencia que acudió al solemne acto, y felicitado por sus compañeros de corporación. La Memoria será publicada en esta Revista.

En la Junta general ordinaria que se celebró el día 7, fué renovada parcialmente la Junta de gobierno para el próximo curso, quedando aquélla constituida del modo siguiente:

Presidente, D. Cándido Zuazagoitia.

Vice-presidente, D. Julio Laguna.

Bibliotecario, D. Pedro Alonso Vililla.

Secretario general, D. Carlos Mendaza.

Secretario de actas, D. Vicente S. Sebastián.

Vocales: los señores D. Miguel Azaola, D. Victoriano Miguélez y D. Norberto Zuluaga.

---

*Sesión celebrada el día 14 de Noviembre de 1913.*

Queda admitido como socio de número D. José M.<sup>a</sup> Crende, Médico Militar.

**Sr. Zuazagoitia.**—Señores: Ante todo, un cordial saludo y la expresión sincera de mi profundo agradecimiento á todos por la inmerecida honra que me habéis dispensado al nombrarme Presidente de esta Academia.

Según nuestros Estatutos, son estos cargos obligatorios; así es que no he vacilado un solo momento en ponerme incondicionalmente á la disposición de este centro de cultura, aunque sí con el temor consiguiente de no reunir condiciones adecuadas para el mejor desempeño de esta Presidencia, máxime teniendo en cuenta el valer de todos mis antecesores.

Sin embargo, alienta y fortalece mi espíritu la confianza que

tengo en vuestra benevolencia y en la activa y valiosa cooperación de todos para que la Academia realice una labor fructífera.

Hay un número respetable de socios (sesenta y ocho), y, no obstante, son muy contados los que asisten á estas sesiones haciendo que la vida de la Academia resulte pobre, oscura.

Yo mismo he incurrido en esta falta, pero confieso que no ha sido por negligencia ni abandono y menos por falta de buena voluntad, sino debido al trabajo ingrato y material cotidiano en que vive y se desenvuelve uno, trabajo que no deja tiempo ni fuerzas para entregarse á estas hermosas y nobles tareas del espíritu, y sé que esto mismo sucede á la mayor parte de mis compañeros; pero de todas maneras, para que esta Corporación tenga alguna vida, es indispensable hacer un sacrificio, por parte de todos, prestando su desinteresada cooperación, según las condiciones y aptitudes de cada individuo.

El mal que señalo no es de hoy, viene de antiguo. Recuerdo, á propósito de esto, que en una noche de sesión, que sólo nos reunimos tres ó cuatro individuos, exclamó uno: ¡Esto se va! ¡Esto se acabó! Y D. Carmelo Gil, que casi nunca faltaba, contestó: «La Academia no se cerrará, no dejará de celebrar sus sesiones reglamentarias mientras yo viva, porque vendré todos los viernes y hablaré, aunque sea á los bancos».

Este hecho es digno de ser imitado, y por eso me ha parecido oportuna la cita, para que se vea lo que puede una voluntad enérgica y constante.

Imitemos, pues, á aquel inolvidable Académico, que tanto cariño demostró á esta casa.

Yo espero, queridos compañeros, que con un poco de buena voluntad haremos una labor provechosa durante el curso que empieza hoy.

Por de pronto, es necesario tener un tino especial en la elección de temas que han de servir de base para una discusión razonada é interesante, especialmente desde el punto de vista social. Bien está que se presenten casos exclusivamente médicos ó químico-farmacéuticos; pero hay otros problemas de trascendencia que la Academia puede y debe desarrollar.

¿Por qué, en efecto, no se han de tratar de esas enfermedades que constituyen un peligro social, por ejemplo, el alcoholismo, el mal venéreo en sus diferentes aspectos, la tuberculosis, etc., etc?

Después de discutir ampliamente desde el punto de vista individual y social, la Academia debe publicar folletos cortos, muy breves, respecto de cada uno de estos asuntos, y venderlos á precios ínfimos, á 20 ó 30 céntimos, para que lleguen á manos de toda la juventud, y con esto, creedme, haremos una labor humanitaria.

Otro tanto digo de asuntos referentes de higiene pública.— Por ejemplo: el modo cómo se deben recoger las basuras ó *de-tritus* de las casas, calles, etc., sin que ofrezcan peligros de ninguna clase. Llamo la atención acerca de este problema, porque considero importante, por cuanto todos los pueblos cultos que van á la vanguardia en trabajos de higiene, se han ocupado, preferentemente, después de las aguas. Yo quisiera que la Academia se haga cargo, desde luego, de esta cuestión, y que se discuta aquí por todos para luego redactar una memoria ó informe con destino al Ayuntamiento.

Para iniciar este debate, quizá convendría formular unas bases ó un cuestionario por una Comisión y someter luego á una amplia discusión.

Yo recuerdo que algo parecido se hizo respecto de la profilaxis de la viruela. De aquí salió el plan completo de la campaña que se llevó á cabo tan admirablemente y cuyos resultados todos hemos visto de un modo palpable, puesto que podemos decir hoy que la viruela ha desaparecido casi por completo de Bilbao.

Y aprovecho esta oportunidad para felicitarle con entusiasmo al Director del Instituto de Vacunación, nuestro compañero y amigo Sr. Unibaso.

Hagamos, pues, una labor análoga en otros asuntos médico-sociales y el nombre de esta Academia merecerá el respeto y la consideración de sus conciudadanos.

Cuando un académico, impulsado por nobles y generosos sentimientos, toma con gran interés una materia, trabaja acerca de ella con cariño y viene aquí á exponer el fruto de sus estudios y desvelos y se encuentra con tres ó cuatro compañeros no más, quedará, como es natural, contrariado, sin ánimos y descorazonado por completo, y exclamará para sus adentros: «¡Y para esto he trabajado! ¡Para ponerme casi en ridículo!» Y quizá vuelva á su casa sin desplegar sus labios y dispuesto á no molestarse ya más en su vida.

Y esto debemos evitarlo. Esta Junta trabajará con ahinco, por todos los medios que estén á su alcance, para que acudan los Académicos, invitándoles, al efecto, con especial interés. Además, cree esta Junta, que cuando se desarrollan temas de interés general ó social, deben publicarse en los periódicos locales extractos de esas conferencias y de las discusiones á que hayan dado lugar; pero siempre, entendedlo bien, por la Junta de gobierno y jamás por el interesado, se entiende haciendo uso del nombre de la Academia.

Los socios ya antiguos, que me escuchan, recordarán por qué me expreso así.

Y termino manifestando mi admiración y simpatía á mi digno antecesor don Cesáreo Díaz, que tan discretamente ha sabido dirigir estas sesiones y felicitarle por su razodado y documentado discurso, en el cual ha demostrado ser un hábil observador, primera y superior condición de un buen clínico.

Y nada más, sino daros sinceras gracias por vuestra benévola atención.

HE DICHO.

---

Conforme al Reglamento especial para la adjudicación de premios, se da lectura de un oficio enviado al señor Presidente de la Academia por los individuos que constituyen el Jurado encargado de adjudicar el premio del Dr. Camiruaga y en el que se hace constar que, en su opinión, el primer premio consistente en la cantidad de 250 pesetas y el título de Académico correspondiente, debe concederse á la Memoria cuyo lema dice: «*Where there's will, there's á way*», y el segundo, á aquella cuyo lema es: «*Inque brevi spatio mutantur sacca animatum et, euasi cursores, vitai campada tradunt*». Abiertos los sobres que contenían los nombres de los autores, resultaron ser, del primero, D. Carlos Sainz de los Terreros y Gómez (Madrid), y del segundo, D. José M. Sáenz y Fernández Casariego (Madrid).

Al mismo tiempo se hace constar, en el informe del Jurado, que, se han recibido otras dos Memorias, las cuales, aun cuando poseen mérito bastante para alcanzar el premio, lamenta el Jurado no contar con medios suficientes para concedérselo, pues el Reglamento no le faculta para ello. Sirvan estas manifestacio-

nes del Jurado como una satisfacción á los autores de dichas Memorias.

Aun cuando el Reglamento ordena sean leídas las Memorias premiadas, se prescinde de ello, teniendo en cuenta que han de publicarse en la GACETA MÉDICA DEL NORTE, pues la Academia no cuenta con recursos para publicarlas por su cuenta.

**Sr. Alonso.**—Desarrolla el asunto «Importancia del diagnóstico en las enfermedades», citando varios casos curiosos.

El Secretario General,  
C. MENDAZA.

---

*Sesión celebrada el día 21 de Noviembre de 1913*

---

Preside el Sr. Zuazagoitia

Son admitidos D. Daniel Soto, D. Esteban Echegaray y don Santiago Fernández Tapia, como socios de número.

**Sr. Salaverri** — *Un caso de embolia grasosa, consecutiva á una operación ortopédica.*

Como no es un caso corriente, y por otra parte ha sucedido á una intervención incruenta completamente inocente, me ha parecido conveniente exponer á la consideración de los señores Académicos el caso que voy á referir.

Francisco Pie de Hierro, de 6 años de edad, recluso en el Hospital-Asilo, de Algorta. Desde hace tres años padecía una artritis tuberculosa de la rodilla derecha, que se hallaba en contractura con flexión de ángulo recto, cuando fui encargado de su tratamiento, hace dos años. Al mismo tiempo aprecié la existencia de una luxación de la cadera del lado izquierdo, de cuya afección no pudieron darme antecedente alguno, porque el niño había ingresado poco antes en el Asilo.

En estas condiciones el niño no podía moverse, sino arrastrándose sentado por el suelo.

Mediante un aparato ortopédico que inmovilizaba la articulación, al propio tiempo que atendía á la corrección lenta de la contractura, pudo vencerse esta y el niño pudo ya desde este momento aprender á andar sirviéndose de sus piernas.

Como el niño marchaba ya perfectamente, se decidieron á intentar la reducción de su luxación coro-femoral, intervención

que yo les había indicado anteriormente. He de advertir aquí, antes de pasar adelante, que aunque no pude conseguir dato alguno sobre dicha luxación, la exploración radiográfica demuestra que no se trata de una luxación congénita, sino de una luxación patológica, producida por destrucción de la parte postero superior del cotilo, probablemente de origen tuberculoso, como su lesión hermana de la rodilla; pero como en la radiografía se ve que el cotilo no había sufrido gran deformación y aun podía servir para retener la cabeza femoral, tratando esta luxación del mismo modo que si fuera congénita, no me pareció ningún disparate el intentar su reducción, y al efecto, purgado el niño el día anterior, y en ayunas el día de la intervención (día II de Noviembre), se hizo la narcosis clorofórmica sin ningún contratiempo.

Se procedió á la miorreris de los adductores llevando el muslo en flexión á una abducción forzada que hiciera apoyar su cara externa sobre el plano de la mesa, sosteniendo para ello un ayudante la pelvis del lado opuesto, y se prosiguieron las maniobras usuales de Lorenz para esta reducción incruenta, que se reducen principalmente á llevar el muslo hacia la parte lateral del tronco, aumentando la flexión en la posición de abducción alcanzada y colocando el puño de la mano izquierda debajo del trocanter mayor, servirse del mismo como punto de apoyo que impulsa la cabeza femoral hacia el cotilo, al mismo tiempo que se fuerza la posición de abducción del muslo. Como no pudiera alcanzarse la reducción en esta forma, sustituí el puño de la mano por la cuña almohadillada, pero ni aun así pude lograr la reducción. A los veinte minutos de este intento de reducción manual suspendí toda maniobra con ánimo de continuarla otro día, y fijé la posición alcanzada con un vendaje enyesado. El niño despertó normalmente del sueño clorofórmico y después de los gritos de rigor, que suceden en tales momentos á estas intervenciones, el niño se encontraba muy bien y pude hacerle una radiografía para ver la nueva posición de la cabeza femoral después de este intento de reducción. Por el examen de la radiografía casi pudiera darse por reducida esta luxación si yo no tuviera la seguridad de no haberlo logrado, debido acaso á la existencia de una estrechez capsular, determinada por verdaderas adherencias de sus paredes, consecutivas al proceso patológico de que la articulación fué asiento.

Para evitar las molestias que suceden á la narcosis, se ordenó que el niño no tomase nada hasta las seis de la tarde, en que se le daría una taza de te con leche. La intervención tuvo lugar á las ocho y media de la mañana, y la narcosis consumió diez gramos de cloroformo.

A las seis de la tarde, momentos antes de disponerse á darle la taza de té, y después de haber pasado un día tranquilo, sin quejarse en absoluto más que de la falta de alimento, me avisaron urgentemente del Asilo de Huérfanos, de la Casilla, donde se alojaba el niño por unos días, diciéndome que se hallaba con un accidente. Acudí presuroso y me enteré que el niño había estado muy bien hasta esa hora y que de pronto le había acometido una dispnea; se puso el rostro cianótico y expulsó un poco de sangre por la boca; momentos después perdió el conocimiento y fué atacado de fuertes convulsiones clónicas y epileptiformes de piernas y brazos, palideciendo el rostro.

Cuando yo llegué encontré al niño en un estado comatoso con las dichas convulsiones clónicas y epileptiformes de piernas y brazos; la dispnea, sin ser intensa persistía, y el pulso de 120 algo débil. No había fiebre, ni vómitos, ni rigidez de nuca, que hiciera pensar en una meningitis.

Los reflejos, sobre todo los reflejos cutáneos, se hallaban exaltados, el síntoma de Babinski era exagerado.

La pupila, pequeña, pero reaccionaba á la luz. El niño había orinado ya tres veces.

En vista de la gravedad de la situación, quité inmediatamente el vendaje de yeso y se practicaron inyecciones de suero artificial en cantidad de 300 gramos, enemas de hidrato de cloral 2 gramos en medio litro de agua é inhalaciones de nitrito de amilo.

A pesar de todo, el niño falleció para las siete y media de la mañana siguiente, sin cesar un momento las convulsiones durando por la tanto este ataque trece horas y media.

Como se ve por esta historia hecha á grandes rasgos, el niño pasó por dos períodos: Un período pulmonar con dispnea, cianosis y hemoptisis, al que sucedió bien pronto un período cerebral con pérdida absoluta del conocimiento y convulsiones clónicas epileptiformes de los miembros, es decir, el cuadro exacto preciso de una embolía grasosa, accidente temi' le cuyo desenlace final suele ser casi siempre la muerte.

La causa de estas embolías parece ser explicada por infracciones en la substancia esponjosa de los huesos, rotura de vasos sanguíneos y absorción por los mismos de partículas de grasa de la médula osea, absorción que es favorecida por el exceso de presión intramedular que determinan estas infracciones. Por eso suele ser accidente que acompaña á aquellos casos que, como en la parálisis infantil, hay una atrofia considerable de la substancia compacta del hueso y la cortical del mismo suele doblarse más que quebrarse en el curso de enderezamiento forzado de las contracturas paralíticas.

Las porciones de grasa absorbidas entran en la circulación venosa, y el primer obstáculo que han de tropezar son los capilares pulmonares; de ahí que sea el período pulmonar el que inicia el ataque. Según el tamaño del émbolo graso formado, y por consiguiente de la rama arterial pulmonar obstruida, serán más ó menos intensos los síntomas pulmonares, y desde luego, la obstrucción de una rama arterial pulmonar determinará la formación de un infarto hemorrágico, que llega en muchos casos á determinar roturas de los capilares alveolares y á provocar hemoptisis, como ocurrió en este caso.

Algunas porciones de grasa lograrán atravesar estos capilares pulmonares, pero tendrán que encontrar en su camino otra red capilar más fina, los capilares de los tejidos, entre ellos los del cerebro; quedarán algunas porciones de grasa obstruyendo estos capilares y se repetirán la formación de pequeños infartos hemorrágicos con sus hemorragias meníngeas y cerebrales, que explican la aparición del segundo período de excitación de la corteza cerebral.

Lo primero que se ocurre á la vista de un caso semejante, es dilatar los vasos sanguíneos para que puedan atravesarlos las partículas grasosas detenidas, de ahí el empleo de las inyecciones de suero artificial, que recomienda Schanz de Dresde, y que empleamos en este caso; de ahí también, las inhalaciones de nitrato de amilo que se me ocurrió emplear por si pudieran ayudar á ese objeto.

Los enemas de hidrato de cloral tenían la indicación que no alcanzaron de calmar el período convulsivo.

Alguien ha recomendado en estos casos, me parece que el Profesor Wilms de Heidelberg, establecer una fistula del conduc-

to torácico para provocar una emisión de grasa; pero una vez que la grasa absorbida se halla detenida en los capilares cerebrales, poco puede esperarse de tal intervención.

Aquí terminaría yo la exposición de mi caso, si no quisiera hacer notar con Aberle, que los síntomas clínicos de la embolia grasosa no están en relación con el grado de traumatismo oseó, sino con la cantidad de grasa absorbida, y corroborando esto, citaré uno de los tres casos que cita Gaugele de Zwickau, en el tomo 27 de la Revista alemana de Ortopedia.

Una niña de 8 años, afecta desde la edad de 5 años de una parálisis infantil. Ambas piernas están paralizadas, y como la niña no andaba sino arrastrándose, se establecieron retracciones tendinosas, quedando las rodillas y caderas en flexión de 70°. Los pies en ligero varismo.

Corregidas estas contracturas bajo narcosis y sostenida la corrección con un vendaje enyesado que dejaba libres los pies, á las siete semanas se quitó el vendaje para tomar las medidas para la construcción de unos aparatos ortopédicos que necesitaba para la deambulacion, y como el varismo de los pies había aumentado algo por haberlos dejado fuera del vendaje, se le ocurrió hacer un ligero enderezamiento manual, que logró con facilidad, sin narcosis, en quince segundos de manipulacion.

Después de tomadas las medidas, se le aplicó un nuevo vendaje alcanzando también los pies.

A las cuatro horas el niño fué atacado de una intensa disnea; perdió pronto el conocimiento empezando las convulsiones epileptiformes y á las cinco horas de iniciado el accidente, falleció.

La autopsia pudo confirmar el fallecimiento á consecuencia de una embolia grasosa, cuya causa no pudo ser más simple.

En las operaciones óseas de las extremidades que se hacen con hemostasia previa, aconseja Aberle, para prevenir estos accidentes, el soltar la venda poco á poco para no dar lugar á una rápida absorcion de grasa, y Reiner aconsejaba también, hacer una pequeña sangría de un gran tronco venoso de la extremidad operada, con objeto de eliminar la mayor cantidad de grasa absorbida en el foco operatorio.

**Sr. Mendaza.**—Felicitá al Sr. Salaverri por su sinceridad y franqueza, pues no siempre, exclusivamente, deben mencionarse

los casos que terminan bien. Los que terminan mal, como el relatado aquí, enseña también, y como no es dudoso para el señor Salaverri lo ocurrido, estima que ha hecho muy bien en presentar este caso muy demostrativo, por otra parte.

Después de oír algunas manifestaciones del señor Presidente sobre asuntos de higiene que afectan á la Villa de Bilbao, se acuerda que la Academia secunde ó suscriba cuanto de loable se haga en este sentido, prestando su concurso á las entidades que presenten proyectos encaminados á mejorar la higiene de la población, como parece que trata de efectuarlo en algún sentido, por ejemplo, en lo que atañe á la recogida de las basuras, el Sindicato de Fomento de esta villa.

El Secretario General,  
C. MENDAZA

## Encuesta internacional sobre la declaración obligatoria de la tuberculosis en diversas naciones <sup>(1)</sup>

POR JORGE S. HITTA

Siempre ha sido y será de gran importancia todo cuanto se relacione con esa plaga social llamada «Tuberculosis» y si su Etiología, Sintomatología, Diagnóstico, etc., etc., han sido de vital interés, no deja de tener alguno saber qué opinan fuera de España nuestros colegas respecto á la declaración de casos de dicha enfermedad en sus respectivos países y qué hay legislado sobre este asunto.

Para mejor orientarnos, expondremos el siguiente cuestionario:

- 1) ¿Es obligatoria la declaración de la tuberculosis en su país?
- 2) Si es así, ¿aprueban los Médicos su declaración?
- 3) ¿Castiga el Código á los Médicos que no la declaran?
- ¿Están en vigor los castigos?
- 4) ¿Tienen sueldo determinado los Médicos que la declaran?
- 5) ¿Qué hace el Gobierno después de hecha la declaración?
- 6) Si no existe la declaración obligatoria, ¿hay algo oficial sobre este asunto?
- 7) ¿Qué opinan los Médicos respecto á esto?

(1) De la Revista mensual en esperanto "Kuracisto".

### ALEMANIA.—Doctor K. Weiss. Gmünd

1) En Alemania es solamente obligatoria la declaración de la tuberculosis «Abierta» ó infecciosa, cuyas secreciones pueden propagarse al cambiar de morada al enfermo tuberculoso.

2) La mayoría de los Médicos aceptaron involuntariamente esta ley por temor á los perjuicios económicos del tuberculoso pobre, si se declaraba su enfermedad.

3) La ley castiga al Médico que no la declara, pero no sé si ha sido castigado alguno.

4) La declaración es gratuita.

5) Después de la declaración se manda desinfectar la vivienda abandonada por el tuberculoso y también, si es posible, aislarle y curarle en un hospital si paga los gastos la caja del Estado destinada para enfermos.

6) Los Médicos alemanes consideran la declaración obligatoria, en la forma dicha, como un progreso para el tratamiento y para evitar las infecciones; pero preven graves perjuicios para el enfermo si la declaración es general para toda clase de tuberculosos, pues entonces, el enfermo, temiendo esos perjuicios, ya no llama al Médico, sino á cualquier curandero para evitar la declaración. Además, está probado que la mayoría de las veces la infección tiene lugar en la más tierna infancia y que la tuberculosis, como enfermedad de la plebe, es resultado de habitaciones insanas, nutrición insuficiente, alcoholismo, etc., cuyas causas ninguna ley puede hacer que desaparezcan.

### HUNGRÍA.—Doctor Vladar

La prensa oficial se ha ocupado algunas veces de este asunto, pero sin resultado práctico. El problema no es tan sólo higiénico, sino social; pero está arraigado muy profundamente y no puede solucionarse con facilidad. Hasta ahora no se ha prestado atención á la declaración obligatoria de la «Tuberculosis». La causa principal que impide resolver este punto, ha sido la dificultad de hacer una desinfección general, consecuencia natural después de toda declaración, por los imprevistos y grandes gastos á que daría lugar. Esta circunstancia desfavorable ha desaparecido hoy con la apertura de un gran centro de desinfección en Budapest, cuyas autoridades ordenan, desde ahora (Febrero 1913), la desinfección obligatoria en los casos siguientes de tuberculosis pulmonar: 1.º Si muere el tuberculoso. 2.º En caso de tuberculosis diagnosticada en un hospital. 3.º Cuando el Médico municipal opina que la desinfección es necesaria.

Además de esto, las ambulancias también tienen derecho, si hay necesidad, á exigir la desinfección.

Por consiguiente, la declaración obligatoria concierne sólo á casos de muerte y á los diagnosticados en Hospitales. Aplicada de este modo la profilaxis, llena, en mi opinión, á medias su importante papel, y, por lo tanto, no es posible luchar con éxito contra la tuberculosis. — (Se continuará).