

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVIII

Bilbao—Diciembre—1912

Núm. 216

Sumario

Discurso de apertura de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, por su presidente, D. Teodoro Aparicio.

Revista de Revistas. Bibliografía.—1) **P. Schneider.** Poliposis intestinal en el niño.—2) **Urban.** Pneumatosis kística del intestino.—3) **Dr. Marc.** Tifus exantemático. Etiología y profilaxis.—4) **Doctor D. Saturnino García Hurtado.** Trascendencia clínica de las tuberculosis locales.

Sección profesional.

DISCURSO DE APERTURA

DE LA

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

por su Presidente D. Teodoro Aparicio

SEÑORES:

No por exigencias de un prólogo más ó menos conceptuoso, sino por realidad y verdad de las cosas, os pido encarecidamente benevolencia suma, puesto que el discurso inaugural que os debo de leer al comenzar el presente curso académico, no es por ningún concepto digno de vuestro valer ni de la grandeza del acto que se realiza.

Mis escasos méritos, por un lado, y por otro, mi enfermedad de estos últimos veinte días, harán que escuchéis hoy un discurso eslabazado y monótono, sin interés alguno, en vez de aquellos discursos de tonos elevados, conceptos filosóficos, verdad científica, etc., á que os tienen acostumbrados mis sabios predecesores.

Yo no puedo daros otra cosa que sinceridad, relatándoos lo que yo á diario hago; y como esto es pobre, pequeño, yo cuento, repito por segunda vez, con vuestra benevolencia. Así lo espero, y esto me anima á subir la pendiente tan penosa que el discurso inaugural para mí significa.

Y del mismo modo que fué elegido Presidente por el aprecio amistoso de todos mis compañeros, sin que entrase para nada en

cuenta la escasez de mi valor, de la misma manera esta amistad y consideración profesional no hará alto en los innumerables defectos de mi discurso, y mirando sólo la intención y el deseo de complacerla, aceptará mi labor, estimándola como si fuera buena.

De los numerosos asuntos de que pudiera tratar, ya que el artículo reglamentario sólo exige que verse el discurso sobre un punto científico á elegir, yo he elegido, dada la labor médica que por las condiciones en que vivo me es más familiar, un asunto que está sobre el tapete, que no es nuevo, en el que yo no podré poner nada que lo solucione ó mejore, pero que teniéndolo constantemente entre mis manos, pues constituye la mayoría de las enfermedades tratadas en mi clínica de niños del Hospital Civil, puede contribuir, por lo menos, á confirmar ó desechar ideas y prácticas defendidas por eminencias médicas ya de antiguo dedicadas á solucionar el asunto de que voy á tratar. Es este:

TRATAMIENTO DE LAS TUBERCULOSIS LOCALES

Veinte años de clínica hospitalaria: nueve, á las órdenes ó bajo la dirección de mi maestro y amigo el ilustre Dr. Carrasco(1); cuatro, al frente de una clínica y consulta numerosa de niños, en donde abundaban las lesiones tuberculosas, y diez años de Jefe de clínica en la misma sección de niños, en la cual los afectos tuberculosos locales, osteo-articulares sobre todo, llegan á constituir el 50 por 100 de la asistencia hospitalaria prestada, me han hecho familiarizarme con dichos procesos, de los cuales, si no os digo nada nuevo, os diré por lo menos, lo que yo he visto y lo que yo hago.

Desde hace tiempo, la labor ardua que la tuberculosis ha solicitado de todos los hombres de ciencia, se ha dividido; una gran parte se ha alejado del estudio de la tuberculosis médica, pulmonar sobre todo, para dedicarse exclusivamente al estudio de las tuberculosis quirúrgicas, y no desdeñando, antes bien aprovechando el caudal de conocimientos que pudieran prestarle aquéllos, han formado como cuestión aparte, hasta cierto punto un cuerpo de doctrina propio, aunque con principios etiológicos, patogenéticos y terapéuticos, algo diferentes.

(1) Tres años tuve la consulta al mismo tiempo que asistía con el Dr. Carrasco el cual me cedió la sección de niños.

Conviene, pues, antes de empezar á ocuparnos del tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas, decir cuatro palabras sobre las condiciones de desarrollo de estos procesos, las cuales, siendo fundamentales, han de servir de base á cuanto de clínico digamos.

No vamos á entrar en disquisiciones históricas y experimentales, sino que vamos á hacer las afirmaciones categóricas corrientes en la ciencia médica y, por tanto, universalmente aceptadas:

Primera. El terreno ó predisposición orgánica es la primera condición para el desarrollo de las tuberculosis.

Segunda. El bacilo de Koc es el agente específico de las tuberculosis.

Tercera. Ésta se desarrolla, ó por transmisión directa congénita de la madre al hijo, caso muy raro, ó por infección á través de una solución de continuidad. En ambos casos su lesión primitiva es local.

De estas afirmaciones se desprenden las consecuencias terapéuticas siguientes:

1.^a Tratamiento profiláctico de herencia y de contra-predisposición.

2.^a Tratamiento directo local; y

3.^a Tratamiento contra las consecuencias de la lesión.

En la profilaxis de la tuberculosis, ya sea médica, ya sea quirúrgica, la primera causa que debe evitarse es la que tiene relación con los individuos tuberculosos que puedan casarse ó que ya están casados.

Conocida y probada por múltiples experiencias la transmisión directa de la madre al hijo, aunque esto sea en muy raras ocasiones, y la disposición orgánica al contraerla cuando el padre sea el tuberculoso, se impone una ley moral, civil y médica, de prohibición matrimonial á todo individuo tuberculoso, ya sea mujer, ya sea hombre. Si las dificultades de un diagnóstico precoz de la tuberculosis no pudieran evitar la realización de estos matrimonios, entonces debía ó puede y debe aconsejárselos la no procreación, puesto que ésta trae como consecuencia constante, casi fatal, la agravación de la madre y con seguridad el nacimiento de un ser enfermo; que en la mayoría de los casos morirá tuberculoso, y en el caso afortunado de no morir, será un ser débil, en-

gendrador de seres enclenques, débiles, linfáticos, terreno abonado para toda clase de infecciones.

Pero una vez nacidos de matrimonios ya tuberculosos, se impone la separación casi absoluta de los padres, sobre todo del tuberculoso, porque el contagio que no se verificó en el momento de la concepción, ni en el de la gestación, se realizará, á pesar de todo cuidado, por la convivencia en la misma habitación, dada la promiscuidad de usos de enseres á que la vida de familia se presta. Tales niños deben ser lactados por gentes robustas y en la aldea, lejos de los padres, teniendo especial esmero en la elección de nodriza y el sitio en el cual ésta viva, pues las condiciones del clima son de una influencia decisiva en la salud ulterior del niño.

Los cuidados que á éstos se prodiguen han de ser constantes é higiénicamente dirigidos por la familia, durante la niñez y la edad adulta, y por los mismos individuos cuando son mayores, á los cuales se les ha habituado á las prácticas de higiene, ejercicios físicos, etc.

Como segunda condición de terapéutica profiláctica consignamos la de *tratamiento general* ó de *contra-predisposición* pre-tuberculosa.

A primera vista parece debía ser esta parte incluída en la anterior, pero como existen predisposiciones orgánicas, congénitas ó adquiridas, que no tienen relación de parentesco directo con la tuberculosis, de ahí el fundamento de esta segunda terapéutica antituberculosa indirecta.

Entran en esta categoría los individuos descendientes de padres sifilíticos, alcohólicos, neurópatas, viejos, agotados por el género de vida ó por las múltiples condiciones que, obrando directa ó indirectamente en los individuos, consumen sus energías y resistencia orgánica; anémicos, enfermos, etc., etc.

Esto en cuanto se refiere á los progenitores; respecto á los individuos en sí (me refiero á los niños y á los jóvenes), hay que tener en cuenta que el género de vida, el clima, la habitación, la edad y los padecimientos propios, son concausas que colocan al organismo en condiciones de menor resistencia y, por lo tanto, terreno abonado para la siembra del germen tuberculoso.

Contra esta extensa condición de pre-tuberculoso debería ponerse en práctica una terapéutica que pudiéramos llamar social,

puesto que del estado en que vive la sociedad actual depende la mayor parte de las predisposiciones arriba anotadas.

Tal vez parezca á algunos una exageración; pero si la fortuna no se muestra propicia con la clase médica, guiándola sabiamente por el camino de los descubrimientos (camino el más corto) del tratamiento específico de la tuberculosis, ésta se evitará, á pesar de ello, más tarde, es cierto, pero se evitará y aun se curará por medio de reformas de orden político-social.

Es sabido y así queda asentado anteriormente, que la tuberculosis necesita como condición primera un terreno abonado, y éste seguramente tiene sus fuentes de origen en la desigualdad social.

Podrá argumentarse que los ricos también padecen la tuberculosis, pero tal argumento, al parecer completamente válido, no lo es, puesto que el padecerla éstos resulta de la ignorancia ó abandono de aquellas precauciones ó prácticas higiénicas que influyen sobre nuestro organismo, mejorándole hasta hacerle refractario á la tuberculosis, que ellos no pusieron en práctica; pero no porque su posición social no hubiera sido bastante á contrarrestar.

Constantemente se comprueba que el rico enferma por abandono, por excesos (no quiero decir por vicios), y que la clase pobre es víctima de esas enfermedades, la mayor parte de los casos, porque á ello conducen la ignorancia y la pobreza, con su alimentación escasa y poco nutritiva, la mala calidad de cuanto consume, el hacinamiento en viviendas completamente antihigiénicas; por la forma en que se prestan á realizar sus trabajos en los talleres; por la imposibilidad de curar sus padecimientos convenientemente y guardar la convalecencia necesaria; en una palabra, porque desde que nacen con una fuerza inicial ó energía vital deficiente, encuentra un cosmos completamente contrario al buen desenvolvimiento de aquélla.

Es, pues, necesario que el ser humano tenga desde que nace quien le nutra, quien le rodee de aquello que con arreglo á su especie necesita para su normal y completo desarrollo; teniendo madre sana, no cansada y obligada á continuar trabajando más de lo que puede y consiente la misión de madre que tiene que llenar, sino que la mutualidad de mujeres embarazadas la cuide y prepare para el nuevo estado. Durante la lactancia, en la casa

y en el taller deben tener tiempo bastante para lactar su niño, el cual en los intervalos debe estar encomendado á personas familiarizadas con la puericultura, y son, pues, necesarias salas-cunas abundantes, ya en las fábricas, ya en las villas, y en ambos puntos á la vez si esto fuera necesario.

Ya destetados, son necesarios comedores económicos, cantinas escolares en toda clase de escuelas, desde párvulos inclusive; colonias escolares; colocación de niños en la campaña, según la obra de Grancher; consultorios médicos, desde la Gota de leche hasta el complemento de las especialidades; parques de recreo; sanatorios al campo libre, ya en las montañas, ya entre arbolados, ya marítimos; en una palabra, todo aquello que tienda á robustecer al hombre, puesto que la robustez es la mejor defensa contra la enfermedad.

La práctica diaria nos demuestra la verdad de cuanto llevamos dicho, que no es otra cosa que cuanto se desea y se procura poner en práctica, pero que por desgracia no lo hace la universal Liga ó protección á la infancia y á los tuberculosos. Instituciones grandes, ideales santos, que piden á gritos una legislación que obligue, ya que el donativo voluntario por sentimiento de humanidad no es capaz de realizarlo.

Crear clínicas, establecer consultorios para los tuberculosos, donde se receta lo que en muchas ocasiones es imposible comprar; cuidarles y aconsejarles con arreglo á las exigencias terapéuticas corrientes que mejoren la alimentación, cambien de clima, etc., etc.; dejar al tuberculoso que trabaje para allegar recursos que mantengan á él y á los suyos; abandonar á éstos cuando aquél, enfermo en el Hospital, no puede ganar el mísero jornal que lleva la poca alegría y comodidad que disfruta el pobre; no cuidarse para nada de aquellas deudas contraídas durante su permanencia en el Hospital, y que él tendrá que pagar cuando salga mejorado, pero no curado ni fuerte, del Santo Asilo, es, aunque parezca lo contrario, la agonía del morir trabajando y morir en breve plazo.

No basta querer cuidar y sanar al tuberculoso; es necesario que él y su familia, si no tiene medios (como ocurre generalmente) para vivir, sean socorridos, y el enfermo protegido hasta su curación completa, y protegido también para que su trabajo ulterior, con el cual ha de vivir él y los suyos, se realice en armo-

nía con la situación especial que le creó el padecimiento, si tuvo la dicha de curarse.

En resumen: que en las luchas contra la tuberculosis no nos contentemos, como por desgracia ocurre, con la creación del Dispensario obligado, con la prescripción de los múltiples remedios, tuberculínicos sobre todo (hoy en moda), sino que se eviten en la medida de lo posible con seguros contra la enfermedad, contra el paro, contra las inutilidades, contra la vejez, etc., etc.

Vamos á entrar de lleno en el tratamiento curativo de la tuberculosis local, y al comenzar lo haremos alabando á mi ilustre maestro, Dr. Calot, Cirujano en Jefe del Instituto Ortopédico de Breck, porque él es quien en medio de la violenta y avasalladora corriente de la cirugía antiséptica, ha tenido el valor de oponerse valientemente á la cirugía exageradamente intervencionista á que dió nacimiento la aspirina y formar un cuerpo de doctrina que pudiéramos llamar, y seguramente lo es, lo más perfecto en el tratamiento de las tuberculosis locales.

Su exálogo de la ortopedia quirúrgica debe figurar en todo tratado y debe aprenderse y repetirse como los mandamientos:

- 1.º Diagnóstico precoz.
- 2.º Tratamiento inmediato.
- 3.º Tratamiento perseverante.
- 4.º Vendajes de yeso precisos.
- 5.º Corrección de las desviaciones tuberculosas, evitando todo traumatismo inútil; y
- 6.º En el tratamiento del foco tuberculoso no abrir jamás, puncionar é inyectar.

De este modo concreto queda expresada claramente la doctrina.

Precisa diagnosticarse pronto, porque el proceso tuberculoso progresa siempre y expone constantemente á la difusión, siendo, como todo padecimiento, más fácilmente curable cuanto es más limitado, más á los comienzos, más banal. De esto se desprende como consecuencia legítima que el tratamiento debe ser inmediato, aprovechando aquellas circunstancias del proceso en su primera etapa, siendo así la cura más fácil y la reintegración más completa.

El tercer mandamiento es una consecuencia legítima de la naturaleza del proceso, porque siendo éste crónico desde los co-

mienzos y por lo tanto con tendencia desde ab-inició á la continuidad ó duración exagerada (de años casi siempre) necesita el médico no desmayar, tener en cuenta la naturaleza del proceso persiguiendo día por día su curación y trabajar día por día también con la familia y allegados del paciente para que tengan fe en el médico y en la medicina; no desmayando al ver cómo corren los días, las semanas, los meses y aun los años, antes de obtener la curación perseguida. Insístase mucho sobre esto; yo tengo el convencimiento pleno de que el 95 por 100 de los fracasos se debe á la incultura de las gentes, tras de la cual está la falta de fe en el médico y el poco respeto á la medicina. Se desconfía de todo, impidiendo la realización del tratamiento adecuado, y van los pobres enfermos de médico en médico, de curandero en curandero y de santo en santo; y aunque yo respeto y considero al que cree, las lesiones progresan y la deformidad se establece de la peor manera posible en los pocos casos en que la muerte no se lleva al pobre enfermo.

Ante la afirmación de que un tumor blanco de la rodilla, por ejemplo, ha de durar por lo menos año y medio ó dos años; que se han de llevar por espacio de mucho tiempo los vendajes de yeso; que ha de andar con muletas, y mejor, no andar, sino ser llevado en un carrito *ad hoc*, y que, por fin y remate de todo esto si cura ha de ser con cojera, la desesperación es grande y la protesta unánime.

El cuarto mandamiento es puramente ortopédico; dice, como habéis oído, hacer un vendaje de yeso perfecto. Y así es verdad.

El vendaje de yeso ha de ser perfecto, porque así realiza las exigencias completas de la indicación terapéutica; no ha de dañar; ha de ser lo más conducente á la pronta curación, que será tanto más segura y tanto más perfecta cuanto más inmovilice y cuanto más se oponga á las viciaciones de forma comunes en esta clase de procesos.

Téngase siempre en cuenta y no se olvide que ha de ser el vendaje de yeso, y no otro aparato ortopédico, el que se emplee. Dicho se está que puede ser el vendaje de silicato de potasa, de destrina ú otra substancia, porque si bien es verdad que el yeso es la materia que mejor satisface las exigencias de esta clase de vendajes, no hemos de ser exclusivos siempre que el vendaje que empleemos llene las condiciones capitales, esto es, substancias

fáciles de encontrar y económicas, facilidad en la confección, adaptación perfecta para evitar compresiones, heridas y gangrenas, siendo fácilmente renovables. Condiciones todas que no reúnen los aparatos ortopédicos de varillaje metálico, que de un modo rutinario aconsejan muchos médicos, cayendo en un escollo excesivamente grave, por dos razones: económica una y de dejación del problema médico en manos de un mecánico que nada entiende de estos asuntos, otra.

La ignorancia, dicho sea con todos los respetos, de los médicos en general en lo referente á la ortopedia como ramo de la cirugía, es tan grande, que á ella se deben multitud de fracasos y el concepto erróneo que el público tiene de ella.

En general, ante un mal de Pott, ante una coxalgia, ante una artritis de rodillas (y no decimos nada ante los vicios congénitos de conformación), los médicos, como la cosa más natural, recomiendan sin vacilar, con verdadero énfasis, esto á la ortopedia; entiéndase que no nos referimos al médico cirujano que se dedica á la cirugía ortopédica, puesto que á éste precisamente es á quien se debe llamar, y no al profano confeccionador de aparatos.

Tiene esta práctica el inconveniente grave de que sin quererlo tal vez, mejor dicho, sin pensarlo, se inducen á la familia y al enfermo al movimiento, cuando es axiomático que el reposo es la primera condición de curación de esta clase de procesos.

El quinto mandamiento ordena evitar todo traumatismo cuando se trate de correcciones de las desviaciones consecutivas á procesos tardíamente tratados.

Esta recomendación se funda en dos razones: una, la mayor gravedad que adquiere el proceso recrudeciéndose nuevamente por obra de las manipulaciones; y otra, por la facilidad con que estas roturas focales ó desmenuzamientos de las partes afectas propenden á la generalización de la tuberculosis.

Sexto. No dejar abrir ningún foco tuberculoso, ni mucho menos abrirlo voluntariamente. Este es el mandamiento esencial del exálogo. Alrededor de éste han de girar todos; es el que da carácter y constituye el método conservador.

¿Qué hacer, pues, con la lesión tuberculosa? Puncionar é inyectar substancias modificadoras. Si no hay pus, inyecciones modificadoras para reblandecer ó esclerosar, pues ambos procederes conducen á la curación.

Téngase siempre presente que en las tuberculosis el bisturí raramente cura; agrava en muchísimos casos y mutila siempre, mientras que las punciones y las inyecciones son el tratamiento seguro, benigno y fácil de aplicar.

¿Cómo han de hacerse éstas, cuándo y hasta qué extremo? esto será expuesto cuando pasemos á exponer el tratamiento de los principales procesos tuberculosos.

Sentadas las bases del tratamiento de las tuberculosis locales, diremos cómo se procede en los casos más comunes.

En las adenitis del cuello, que son las que en general miran con más interés los enfermos, mujeres sobre todo, y sus familias, desaparecen en muchas ocasiones con el tratamiento general, esto es, vida al aire libre en la medida posible, dada la posición social del enfermo, tónicos, principalmente, yódicos y revulsión. Algunos recomiendan el método de Bier, esto es, aplicaciones bi-cotidianas de cinco á seis minutos de una ventosa seca de las corrientes. Si á pesar de esto, ó por no seguir este tratamiento, los ganglios se reblandecen, debe apelarse á las punciones ó inyecciones modificadoras, las cuales no siempre, aunque sí en una gran mayoría de casos, conducen á la curación. Si el ganglio reblandecido se deja evacuar fácilmente por la aspiración, se evacua y se inyecta uno cualquiera de los muchos líquidos modificadores recomendados.

Citaremos, entre los más comunes, los empleados por Calot:

Primera.	{	Aceite común esterilizado	70
		Eter sulfúrico	30
		Yodoformo	10
		Creosota	6
Segunda.	{	Guayacol	2
		Naftol alcanforado	2
		Glicerina	10
M.			

Otros clínicos emplean la glicerina yodofórmica al 5 ó 10 por 100.

Úsase también en la misma proporción el éter yodofórmico.

Recientemente se ha recomendado el aceite gomenolado al 20 por 100.

De la misma manera emplean cada uno de los médicos los antisépticos de su mayor preferencia: cloruro de zinc 1 por 100, yodo, permanganato, etc., etc.

Lo esencial es llevar al foco una substancia antiséptica de acción pujante sobre el foco tuberculoso y sobre el bacilo de Koc, cuidando principalísimamente de no infectar el foco ni de abrirlo.

Si no se evacúa bien el foco, por ser el contenido excesivamente grumoso, semi-sólido, se debe comenzar por inyectar dos ó tres gotas, ó más, según las dimensiones del foco, de la segunda fórmula transcrita, con lo cual se consigue fluidificar el contenido. Téngase presente que esta inyección es bastante excitante, y que, por lo tanto, provoca mayor acúmulo de líquidos en el foco enfermo y tensión del contenido; amoldaremos nuestra conducta en armonía con estas propiedades, para tratar los focos tuberculosos según el estado de la piel, siendo muy parcos en las inyecciones, sin lo cual pudiéramos provocar su abertura. Así, pues, pequeña cantidad de líquido inyectado y aspiraciones frecuentes si la tensión es muy grande y la piel tan comprometida que esté próxima á romperse, cuidando siempre de hacer las punciones en piel sana y á la mayor distancia posible del foco.

Esta técnica sencilla es, sin embargo, difícil de realizar, necesitándose excesivo cuidado, suma delicadeza, confianza en el procedimiento é inspecciones frecuentes.

Cuando las cosas van por buen camino, la piel, roja y adelgazada, toma la coloración normal y el contenido, cada vez más flúido, va tomando un carácter seroso, claro ó ligeramente sanguinolento, que se reproduce cada vez con más lentitud, hasta agotarse.

Ocurre á veces, que las inyecciones, sean del género que fueren, entretienen esta secreción sero-sanguinolenta, y entonces, si ha pasado un tiempo prudente, cuatro ú ocho semanas, con punciones cada dos, cuatro ó seis días, en número suficiente, y si la piel no amenaza romperse, deben suprimirse las punciones é inyecciones, contentándonos con una ligera compresión, pues así en muchas ocasiones disminuye poco á poco la secreción hasta extinguirse, realizándose la curación.

Es un hecho de observación personal que focos al parecer extintos, que desde hacía días no segregaban más que una pequeña

cantidad de serosidad sanguinolenta, inyectándoles aceite creosotado, aumentaba la cantidad de líquido como en nueva recrudescencia y, formando bolsas, cuyo líquido amarillo espeso asemeja al de los primeros tiempos.

He observado muchas veces que focos inagotables, ya de ganglios, ya por otras lesiones tuberculosas reblandecidas, se han abierto espontáneamente por algunas de las punciones anteriormente hechas, y después de esta evacuación espontánea, curarse sin más ni más. Dicho se está que estos focos estaban asépticos y que la abertura espontánea se ha hecho por exceso de tensión ó por retardo cicatricial, caso bastante frecuente, en modo alguno por infección.

Las adenitis no reblandecidas y de poco tiempo de existencia se curan muchas veces haciendo inyecciones cada tres ó cada cuatro días de dos ó más gotas de naftol alcanforado y glicerinado, en el centro del ganglio.

En cuanto á las operaciones que corrientemente practican algunos sobre los ganglios supurados desde hace tiempo, aislados ó en paquetes, hay que ser excesivamente parcos, puesto que aquí, como en las articulaciones y en los huesos, los traumatismos operatorios no alcanzan en general á extirpar completamente las lesiones tuberculosas; anemia por el traumatismo clorofórmico y operatorio, por la hemorragia que, aunque escasa, producen, porque difunden ó exponen á difusión el proceso tuberculoso y coloca la herida operatoria, de mayores dimensiones que la primitiva, en condición de infectarse seguramente á poco del acto operatorio, convirtiendo una herida de dimensiones como uno en dimensiones mucho mayores.

A mi juicio no deben operarse nunca las adenitis supuradas ó no; lo más que autorizaría, y esto por razones de complacencia, sería operar las adenitis aisladas que pudiendo interesar en más ó en menos la estética del paciente, fueran pedidas por éste de un modo apremiante.

De las lesiones osteo-articulares más importantes y más frecuentes, las que asumen pudiéramos decirlo así, la importancia de este género de padecimientos, y en las cuales nos detendremos solamente por no hacer interminable y cansado este trabajo, son:

- 1.º Mal de Pott.
- 2.º Coxalgia.

- 3.º Tumores blancos de la rodilla.
- 4.º Tumores blancos del codoy.
- 5.º Tumores blancos de la articulación tibio-peroneal-tarsiana.

El mal vertebral de Pott es sin duda alguna el más grave de los procesos osteo-tuberculosos.

Su frecuencia de localización es el primer término, dorsal; en segundo dorso lumbar, y en tercero cervical.

Su gravedad estriba en primer término en las dificultades de diagnóstico; en segundo, en las dificultades de acción directa sobre el foco, y sobre su consecuencia casi constante, absceso por congestión; y en último término, por sus relaciones con la médula, y por lo tanto la parálisis, y como corolario estético, por la deformidad.

Aquí se impone por razón de su misma gravedad, un diagnóstico precoz, cuyos síntomas capitales son: los dolores nocturnos sin localización precisa, el cambio de carácter, y poco deseo del niño para los juegos propios de su edad, la regidez del tronco en los movimientos de rotación, salto y flexión, y sobre todo al recoger alguna cosa del suelo. Después de estos síntomas de presunción rayana en la certeza, viene el que pudiéramos llamar patognomónico y que por desgracia es en el que se fija la familia para llamar al médico, ó ante el cual muchas veces éste pronuncia de un modo más ó menos dramático, el («ahora lo comprendo todo»); me refiero á la corvadura angular, á la cifosis. Todo diagnóstico de tumor blanco debe ir corroborado por el diagnóstico radiográfico.

Desde el momento que se sospecha la existencia del mal de Pott, sin vacilación de ningún género, antes bien de un modo imperativo, sométase al enfermo á la quietud, en decubito-dorsal tan grande como sea posible, ayudando al reposo completo por medio de vendajes de yeso, de tronco y cuello forma Minerva si se trata de lesión cervical; incompleto de cuello oficial; esto es, que coja parte del cuello, hombros y tronco, hasta terminar por debajo de los trocánteres, cuando se trate de lesión dorsal ó dorso lumbar, y corsé simple debajo de la axila hasta la región lumbar; si es la lesión lumbar.

Deben hacerse estos vendajes con el mayor esmero posible, procurando almohadillar los puntos salientes para evitar ulcera-

ciones por compresión, pero debe huirse del almohadillado excesivo, porque de este modo á poco tiempo de colocado el apósito se hace insuficiente, y además, de no inmovilizar en muchas ocasiones úlcera.

Para esto, como para otras muchas prácticas manuales, cada uno tiene su técnica; para mí la más sencilla es la que consiste en suspender en aparato de Sayre y colocar después del almohadillado conveniente gersey, ó capas de algodón en rama fijadas con una venda seca de las corrientes, arrollar vendas de gasa fina, de ancha malla, impregnadas de yeso convenientemente mojado alrededor de todo el cuerpo, procurando que la venda se desarrolle naturalmente, sin presiones, en número bastante de vueltas para adquirir un espesor de un centímetro próximamente, modelándole antes de que se seque en el sitio de la cifosis, en las crestas ilíacas y en las regiones trocántreas.

Si se presentan los abscesos, se procurará tratarlos por medio de la técnica corriente, punciones é inyecciones, evitando la abertura espontánea y más aún la abertura por falta de técnica, por infección.

Es preceptivo esperar un tiempo prudente la reabsorción espontánea cuando los focos pequeños y profundos no comprometen de modo alguno la marcha del proceso y la integridad de la piel, y cuando además hemos establecido el tratamiento general por el clima y habitación conveniente ventilada y saneada, tratamiento general medicamentoso, tónico, yódico, cálcicos, ferruginosos, grasos, etc.; y además el tratamiento local con la quietud y la contención por medio de vendaje enyesado.

Respecto á la cifosis que se presenta como lesión obligada en la mayoría de casos, se ha procurado hacer desaparecer por varios procedimientos, desde la simple suspensión hasta la corrección forzada y la intervención sangrienta.

Es muy difícil la corrección de la gibosidad y sobre todo cuando ésta es muy antigua. En esto, como en otros asuntos, más vale prevenir que curar; la mejor manera de prevenir es el diagnóstico precoz, seguido del tratamiento rigurosamente indicado.

Debe desecharse en absoluto toda intervención instrumental, toda resección y todo enderezamiento forzado, porque la experiencia ha demostrado su acción perjudicial.

Cuando la cifosis está en los comienzos, la extensión simple enligerá las dosis mediante el aparato de suspensión Sayre, seguida de la aplicación de un buen vendaje de yeso, es suficiente á evitar el mayor desarrollo de la gibosidad, y si ésta fuera bastante pronunciada y no muy antigua, ábrase en el corsé de yeso una ventana y por ella ejérzase mediante capas superpuestas en cantidad conveniente de algodón en rama, una compresión elástica permanente que será vigilada de tiempo en tiempo. Con este proceder continuado por bastante tiempo, se consigue en ocasiones correcciones bastante notables.

Cuando el mal vertebral de Pott va acompañado de parálisis, le conviene también el tratamiento que acabamos de exponer, quedando completamente proscripto todo tratamiento operatorio (laminectomía.)

Los abscesos subsiguientes al mal de Pott que tienen su asiento en la región cervical, dan lugar en muchas ocasiones á un error de diagnóstico que suele tener fatales consecuencias. Tómense estos abscesos por abscesos retro-latero-faríngeos, y como cuando uno se da cuenta de ellos lo hace obligado por los fenómenos de orden estenósico-laríngeo, que ponen en peligro la vida del paciente, suele investigarse poco la causa que lo motiva y no habiendo otra cosa ó más bien ofuscados por el peligro inminente que corre la vida del enfermo, se procede á la abertura clásica de los abscesos retro-faríngeos, creyendo salvar una vida cuando precisamente la ponemos en graves riesgos, ó mejor se da el caso (de matar) de quien curar quiso.

Procúrese en todo mal de Pott cervical ó sub-occipital, buscar el absceso en la faringe, y dándose cuenta de su sitio, estudiar sus relaciones exteriores y puncionarlo por el cuello siguiendo las apófisis vertebrales transversas un poco hacia atrás de los paquetes vásculo-nerviosos, y una vez hecho esto, puncionar é inyectar como en los abscesos tuberculosos de cualquiera otra región. Como líquidos modificadores deben mirarse con cierta precaución los que lleven en sí cierta cantidad de éter, pues la retención de éste pudiera dar lugar á distensiones del foco, que pudieran ser mortales en alguna ocasión. Algunas veces estos abscesos, y sobre todo cuando están enfermas las últimas vértebras cervicales, van al mediastino posterior, ejerciendo pre-

siones arteriales y bronquiales; estas últimas sobre todo, que conducen á la asfixia y á la muerte. Caso notable de mi clínica. (1)

El diagnóstico de estos abscesos no es fácil y menos sus tratamientos por las punciones. Pero siendo importante su tratamiento, debemos esmerarnos en hacer su diagnóstico por observación y apreciación atenta y exacta de sus síntomas atacándolos si se encuentran, por el hueco supra-clavicular ó por los espacios vertebra-costales posteriores.

Después del mal vertebral de Pott, el tumor blanco de mayor gravedad es el de la articulación coxo-femoral. Más frecuente aun que aquél, grave por muchas circunstancias, resume en sí cuanto pudiera decirse respecto á este género de lesiones, siendo el prototipo de los tumores blancos, y habiendo sido su estudio el que ha conducido á fijar la conducta hoy clásica del tratamiento de las osteo-artritis tuberculosas.

Por sus dimensiones, por su profundidad, por sus relaciones pélvicas, por la importancia que toma en la estación erecta y en la marcha, la coxalgia debe considerarse como una afección grave, encajándose en ella cuanto es clásico, y así, por lo tanto cuanto más precoz sea el tratamiento, tantas mayores serán las probabilidades de curar pronto, conservando los movimientos de la cadera, y si no se consigue esto, que debe ser el ideal del médico, tratarse de curar dejando el miembro en una posición conveniente.

No voy á entrar en una descripción minuciosa de sintomatología, puesto que no es este nuestro propósito, pero no pasaré sin decir que hay un síntoma precoz y casi patognomónico de la artritis de la cadera, al cual acompañan, como consecuencia legítima otros tres, con los cuales no queda duda en el diagnóstico.

Es el síntoma, la inmovilidad ó fijeza de la articulación. Son sus consecuencias una pequeña flexión del muslo en ligera rotación externa, una claudicación muy visible y una ensilladura lumbar.

La conducta á seguir ante un caso de coxalgia, depende del período en que se encuentra, si bien es verdad que, en términos generales, el tratamiento del principio es el tratamiento necesario á todos los períodos.

(1) En ocasión propicia publicaré la historia de un caso de mal cervical en absceso mediastínico.

Debemos comenzar en el primer período por inmovilizar al enfermo, colocando el miembro en extensión continua por medio de pesas, con lo cual corregiremos la actitud viciosa (entonces nada fija y fácilmente curable), porque con la extensión se alivia el dolor que la provoca.

La duración de este reposo debe ser larga, de meses, sin que se pueda precisar cuantos, puesto que esto depende de la marcha del proceso, variable con cada individuo.

Están divididas las opiniones respecto á si se debe hacer en este período inyecciones modificadoras ó contentarse solo con la extensión continua. Yo creo, y así lo hago, ser más prudente hacer con la más rigurosa técnica algunas inyecciones de aceite yodofórmica-creosotado en pequeñas cantidades, dos, tres ó más gramos, según la edad del sujeto y mayor ó menor distención de la cápsula articular.

Si el sujeto tolera bien la quietud en cama y la inmovilidad, viéndose como marcha hacia la curación, se le conserva en esta actitud por bastantes meses, y cuando ya desaparecieron ó están muy atenuados los dolores provocados por la presión, se le coloca un vendaje de yeso desde las últimas costillas hasta los dedos del pie y mediante muletas, se les permite estar levantados durante algunas horas del día.

Si el niño tolera mal la extensión, no come, está triste y tiene como ocurre á menudo el deseo constante de levantarse, se le aplica el vendaje de yeso, rectificando la posición bajo cloroformo, sino fuera la conveniente, quedando en extensión con ligerísima flexión y rotación hacia afuera.

Una vez seco el vendaje, fenestrarlo para poder seguir el tratamiento por las inyecciones, ya sea para prevenir el absceso, ya sea para curar éste si se presenta.

Los abscesos suelen presentarse en la región anterior del muslo, en el sitio de la cabeza femoral ó hacia la parte lateral externa y posterior, alrededor del trocanter mayor.

En el primer caso debe servir de guía para hacer la punción el latido de la arteria femoral, siempre muy perceptible al comprimirla contra el pubis y la cabeza femoral, pinchándose á un centímetro ó centímetro y medio hacia afuera de la arteria; en los demás casos debe puncionarse en el sitio del absceso.

La técnica, que es la de todos los abscesos fríos, consiste en

la asepsia de las manos, asepsia de la región; generalmente basta un lavado con éter sulfúrico, unas cuantas pincelaciones con la tintura de yodo al cloroformo recientemente preparada, instrumentos asépticos (instrumental de Calot) como más generalizado, aunque pudiera hacerse con cualquiera otro instrumental á propósito completamente esterilizado, líquido inyectable, estéril también, y apósito aséptico.

Si quiere emplearse la anestesia local, basta, y es la que yo prefiero, la producida por el cloruro de tilo.

El punto difícil y el que da al traste con todas las ventajas del procedimiento, es el de la aspiración. En todo tumor frío la aguja exploradora se obstruye á cada momento, dificultando é imposibilitando la aspiración; cada médico se ingenia como puede para conseguir la evacuación del líquido, consiguiéndolo unos desostruyendo el trocar con un estilete *ad hoc* é inyectando algún líquido que desostruya la cánula y fluidifique el contenido; otras veces inyectando pequeñas cantidades del líquido de inyección; algunos, sacando la aguja y desostruyéndola mediante corriente de una disolución antiséptica, para volver á introducirla por el mismo agujero y recomenzar la aspiración; otros, en fin, apelando á trocánteres de gran calibre. De todos modos, puede conseguirse en algunas ocasiones, las menos, al comenzar la evacuación del absceso; pero lo mejor, si los grumos son abundantes é impiden la aspiración, inyectar una pequeña cantidad de naftol alcanforado y glicerinado, aplazando la aspiración para el día siguiente, puesto que la condición primera de una buena aspiración es la brevedad, con la cual se evita la infección y la abertura del absceso.

Por no hacer interminable este trabajo, vamos á pasar revista de un modo ligero á los tumores blancos de la rodilla, del codo y de la articulación tibio-tarsiana.

El más frecuente de los tres, y el más grave, es el de la rodilla; sin embargo, todos ellos son mucho menos graves que el mal vertebral de Pott y la coxalgia. Todos tienen una sintomatología casi igual, siendo diagnosticables fácilmente; sin embargo, el período de comienzo, á causa de la poca intensidad de los síntomas, suele pasar sin la presentación al médico, pues las familias creen que el pequeño dolor, no constante, y la dificultad de los movimientos, apenas perceptible en las primeras semanas, obedece á

algún golpe, enfriamiento ó lesión reumática sin importancia alguna local, y se contenta con la aplicación de remedios más ó menos revulsivos y con paños calientes.

Empieza la alarma cuando, pasados varios meses, á las molestias apuntadas se añade cierta deformidad de la articulación y cierta actitud viciosa en el miembro. En este período fácil es el diagnóstico de estos tumores blancos; por lo tanto, creemos innecesario hacer una detallada sintomatología, contentándonos con describir á grandes rasgos su aspecto exterior.

La rodilla se observa globulosa, aumentada de volumen casi siempre de un modo considerable, con coloración pálida, borradas las eminencias articulares, en flexión más ó menos graduada, según el curso de las lesiones, y contrastando con la tumoración de la rodilla la delgadez del muslo y de la pierna. A la palpación, además de los dolores provocados en diversos puntos, llama la atención la plenitud ó relleno articular que se manifiesta al hacer presión á los lados de la extremidad inferior de la rótula.

Esta sintomatología puede aplicarse por completo á los tumores blancos del codo, variando simplemente en que la expansión de la sinovial articular que producen las fungosidades tuberculosas se observa á los lados de la base del décrano.

En cuanto á la articulación tibio-peroneo-tarsiana, el pie se coloca en extensión bastante pronunciada; el empeine y las regiones maleolares se abultan y la tumefacción fluctuante de las fungosidades articulares se sienten por delante de los maleolos.

La conducta á seguir es clásica: la rodilla debe ponerse en extensión casi completa, manteniéndola á beneficio del vendaje de yeso que baje desde el isquión hasta los dedos del pie, fenestrándole á nivel de la cara anterior de la articulación de la rodilla, inspeccionando así el curso del padecimiento, y pudiendo por dicha ventana practicar las punciones ó inyecciones modificadoras necesarias á los lados de la extremidad inferior de la rótula, cuando se trate de lesión articular, y por encima de las extremidades superiores de la rótula, y lateralmente cuando el proceso invada también la sinovial sub-tricipital.

El codo debe ponerse en ángulo recto, mantener esta actitud por el vendaje de yeso y fenestrarlo á la parte posterior (codo), para poder hacer las inyecciones y aspiraciones á los lados del olécranon.

Respecto al pie, debe colocársele en ángulo recto en vendaje de yeso que lo mantenga; debe abrirse por la parte anterior, dejando al descubierto los maleolos, por delante de cuya extremidad inferior se dan las inyecciones.

Los enfermos afectos de tumores blancos del pie ó de la rodilla, deben permanecer en cama por un tiempo bastante largo, y que será indicado por el curso de la lesión; en cambio, los enfermos afectos de tumores en las extremidades superiores, deben pasarse, ir de un lado á otro, según lo consienta y lo ordene un plan higiénico sabiamente entendido.

Hasta aquí nos hemos ocupado de los tumores blancos no abiertos. Ahora vamos á decir cuatro palabras de los tumores blancos cuando se les presenta con aberturas fistulosas infectadas ó no; así como el tumor blanco no fistuloso es hoy, gracias al concepto clínico que de él se tiene y á la técnica que se sigue, relativamente leve cuando es fistuloso, la gravedad aumenta en tal proporción, que puede considerarse entre los procesos más graves que pueden comprometer nuestra vida. La frase de que el orificio fistuloso de un tumor blanco es la puerta por donde entra muy frecuentemente la muerte es, por desgracia, cierta. La fístula no infectada debe tratarse con especial cuidado, evitando á toda costa la infeccción; así, pues, todo cuanto se ponga en contacto con ella debe ser forzosamente antiséptico.

En general no deben darse inyecciones por sus orificios; yo me contento, cuando más, con inyecciones de dentro á fuera, como si no existiera orificio fistuloso, procurando tapar éste con pelotas asépticas del material de curas, para impedir la salida del líquido que se inyecta.

Cuando están infectados todo tratamiento es peligroso, pero se impone el saneamiento por un buen drenaje, en primer término; si esto no diera resultado, debe apelarse como un mal grave y no buscando otra cosa que la desinfección, la resección articular menos traumatizante.

De este modo, sólo aceptamos las resecciones antes tan en boga, y cuyos perniciosos efectos han quedado evidentemente demostrados por nosotros mismos y por otros.

Casi siempre, y sobre todo cuando el tratamiento médico ha comenzado tardíamente, existen actitudes viciosas que dificultan en más ó en menos el uso del miembro ó la pérdida de la forma

es completamente antiestética, se apelará á las correcciones graduales por medio de vendajes de yeso, ó á las operaciones instrumentales osteotomias, pero cuando los procesos estén completamente curados, habiendo desaparecido todo peligro de nueva recrudescencia.

Hasta aquí nos hemos ocupado del tratamiento exclusivamente quirúrgico; pero antes de terminar diremos que el tratamiento médico empleado por nosotros es el de los tónicos en general, acompañados de una alimentación nutritiva dentro de las condiciones higiénicas generales que reúnen las salas de nuestro Hospital civil.

Tratamientos especiales.—No he obtenido beneficio de los sueros Maragliano, antidiftérico Roux, Cuquillere, y ni con las tuberculinas de Koc.

De la exposición al sol con arreglo á los cada día más imperiosos mandatos de la elioterapia, nada podemos decir. El efecto del sol en el organismo es en general beneficioso, como lo es para la vida entera, pero la acción directa sobre las lesiones tuberculosas es, de ser beneficiosa, lenta y no fácilmente comprensible. Para pronunciarse en favor de ella hacen falta muchos casos de índole variada y perfectamente observable. Hoy por hoy no he obtenido resultado alguno; yo creo aún muy discutible los efectos directos sobre la lesión, aceptando sin discutir los efectos generales de la luz, el sol y el aire. Por tales razones soy partidario decidido de los sanatorios marítimos como tratamiento pre-tuberculoso; pero en cuanto al hospital marítimo... indicaciones y contraindicaciones de la atmósfera marina son muy delicadas. Los abusos contribuyen á mermar los beneficios que de tales instituciones deden esperarse, y más teniendo en cuenta que hoy, por lo impetuoso de la corriente de opinión en este sentido ha de exagerarse, creyendo que fuera de los Hospitales marítimos no pueden tratarse ni curarse los procesos tuberculosos de que nos venimos ocupando.

Y para que se vea la verdad de cuanto acabamos de decir, copiaremos la opinión de Menciére de Reims en el VI Congreso sobre la tuberculosis celebrado en Roma el viernes 19 de Abril de 1912:

«Tratamiento quirúrgico y ortopédico de las tuberculosis >óseas y articulares.»

«Menciere protesta contra el abuso injustificado del tratamiento llamado del «clima.»

«Las tuberculosis óseas y articulares son curables en todo lugar por todo práctico que quiera y se tome el trabajo de curarlas »

«El tratamiento local aplicado desde los comienzos adquiere un valor casi específico.»

«El autor insiste sobre el valor de los agentes modificadores á base de yodoformo, sobre su acción local en el sitio de la lesión » y sobre la modificación del estado general provocado por el yodo »naciente que se forma al contacto de las grasas. El tratamiento »local viene á ser por esta causa uno de los mejores entre los »tratamientos generales.»

«Menciere insiste aún sobre la fenotización en los casos graves; á menudo ella evita una amputación; siempre cura sin resección, es decir, sin acortamiento del miembro. Semejante resultado no es un progreso despreciable para quien ha conocido las resecciones de antaño, los acortamientos que ellas llevaban tras sí » y los resultados ortopédicos deplorables á los cuales ellas conducían tan á menudo.» Como se vé, el tratamiento general marítimo, aunque bueno y conveniente, no es absolutamente indispensable; lo que sí lo es el tratamiento local bien dirigido y entendido, con el cual sus beneficios curativos pueden llevarse del mismo modo á las orillas del mar que á las poblaciones del interior, lo mismo en la casa del rico que en la del pobre.

Estas afirmaciones las hago apoyado por la práctica diaria, no ya corta, como lo he dicho al principio de este trabajo, habiendo obtenido y obteniendo curaciones constantes tanto en el Hospital como en mi clínica particular.

He adquirido, además, este convencimiento visitando los Hospitales marítimos en Berek-Sur-Mer, Hospital marítimo de la Villa de París, bajo la dirección de Menar; Instituto ortopédico de San Francisco de Sales, bajo la dirección de Calot; Hospital de la Viuda de Roschilt; Hospital Cazin y Perrochauz, del Hospital del Oise y Departamental, todo bajo la dirección del último. En todos ellos se hace una cura heliomarina, teniendo galerías donde se exponen los niños durante el día disfrutando así de los beneficios de la sal y de la brisa marina.

Las mismas heridas y las partes lesionadas se exponen á los

rayos del sol, y todo cuanto el mar puede dar de sí se pone en juego para obtener la curación apetecida.

Pues bien; á pesar de esto, yo tengo la convicción de que los brillantes resultados que allí se obtienen se deben á la práctica de los preclaros médicos que los dirigen, al concepto clínico que de estos procesos se tiene hoy, al tratamiento local por ellos instituido, á la confianza y fe que en ellos tiene el público, sin la cual no dejarían sometidos á su tratamiento los enfermos por espacio de meses y aun por años, condición necesaria para el buen resultado, y también, no lo hemos de negar, por la influencia tónica que la atmósfera marina ejerce sobre los niños debilitados y enfermos; pero no en modo alguno, como se pretende por muchos, podemos supeditar á este último el valor de los otros factores apuntados.

Para terminar, diremos cuatro palabras sobre el verdadero concepto de curabilidad de las lesiones de las tuberculosis locales.

En estos procesos entendemos en general por curación, no la restitutio-adintegro, como en la curación de la fiebre tifoidea, de una fractura, etc., porque esto ocurre poco frecuentemente, siendo lo general que las partes afectas pierdan su condición normal aun cuando de lesión tuberculosa, ó más bien de foco es lo que constituye la curación de estos procesos, pero á esta lesión subsigue siempre una deformidad y una pérdida de función, por lo cual el concepto de curación es mucho más restringido que en otros muchos procesos, tanto quirúrgicos como médicos, y por eso el pronóstico de estas lesiones tiene la doble gravedad de compromiso vital y de compromiso de función.

CONCLUSIONES

Primera. Las tuberculosis quirúrgicas son enfermedades locales de curso crónico y de tendencia generalizadora.

Segunda. Sus condiciones de desarrollo son: terreno abonado y bacilo tuberculoso.

Tercera. Su diagnóstico debe ser precoz.

Cuarta. Su pronóstico es grave por la naturaleza de la lesión, que muchas veces quita la vida y pocas veces consiente la restitutio-adintegrum (pronóstico intrínseco) y por la larga dura-

ción del proceso en su relación con el medio social, familia, etcétera (pronóstico extrínseco).

Quinta. El tratamiento profiláctico, para que sea de resultado positivo, debe ser eminentemente social (mutualidades, protección á las embarazadas, gotas de leche, salas-cunas, protección á la infancia, cantinas y colonias escolares, sanatorios pretuberculosos, etc.).

Sexta. El tratamiento curativo ha de ser: el general, en Hospitales tuberculosos, quirúrgicos, marinos, de altura, de bosques, ó en Hospitales higiénicos de pabellones aislados, según la construcción moderna, sin tendencia avasalladora en un solo sentido determinado.

Séptima. El tratamiento local ha de ser todo lo expectante que consiente su índole quirúrgica, consistiendo en la inmovilidad y en las inyecciones modificadoras hechas bajo la rigurosa asepsia.

Octava. Las intervenciones armadas, amputaciones, resecciones, artrotomías, laminectomías, etc., deben ser muy discutidas, siendo las lesiones generales producidas por asociaciones microbianas las indicadoras.

HE DICHO.

Revista de Revistas.-Bibliografía

- 1) **P. Schneider.**—Poliposis intestinal en el niño. (Archiv für Kinderheilkunde).

Schneider da una observación típica y completa de un caso de esta afección tan grave y de tan obscuro origen. Una niña de ocho años, y mediante violentos esfuerzos, hace salir por el ano dos tumores del grosor de una cereza y con una superficie ligeramente hemorrágica y de coloración violácea. Dilatado el esfínter anal con anestesia general, se ve que toda la mucosa rectal está sembrada de pólipos de diversos tamaños. El examen histológico demuestra que se trata de adenomas benignos fediculados. La ableción de los pólipos no impiden su rápida reproducción. Se presenta una anemia muy grande y la caquexia progresa. La niña muere con una diarrea muy profusa y con violenta fiebre.

El flujo diarréico es la consecuencia de una insuficiencia renal;

pero tanto ésta como el desarrollo de los pólipos no se explica claramente. Esta poliposis es de un pronóstico grave por las hemorragias repetidas y fatalmente mortales que provoca. El tratamiento, tanto médico como quirúrgico, es ilusorio. Un ano artificial podrá sólo alargar algo la vida del enfermo.

Importa al práctico saber diagnosticar esta enfermedad para hacer el pronóstico. Este diagnóstico puede presentar muchas dificultades si no se ven los pólipos y si no se echa mano de la rectoscopia. Se puede confundir con una afección renal ó con una fistula vésico-rectal.

2) Urban.—Pneumatosis kística del intestino.—(Wiener Medizinische Wochenschrift.)

El caso que indica Urban es el trece conocido hasta el día. Como en la mayoría de estos casos observados había en el que nos ocupa alteraciones gastro-intestinales con frecuentes vómitos y una tuberculosis latente que se había presentado hacía poco. El diagnóstico clínico era el de una tuberculosis del peritoneo. En la primera, la paratomía se halló en el intestino delgado; el ciego y el colón ascendente cubiertos de kistes, y se abstuvo de toda intervención.

Siete semanas más tarde un segmento intestinal de 50 centímetros fué invadido por la formación de kistes, y fué excluida por enteronastamosis.

Urban admite que existía una dilatación kística de los espacios linfáticos y de los vasos linfáticos donde se acumulaban los gases, porque los exámenes bacteriológicos fueron negativos y los kistes se asentaban en la submucosa. En la cavidad abdominal se encontró varias veces un gas que ardía débilmente. Se componía de ácido carbónico, gas de los pantanos, oxígeno y nitrógeno.

3) Dr. Marc. (Tablettes Medicales Mobiles.) *Tifus exantemático. Etiología y profilaxis.*

Se ha descubierto hace algunos años que los insectos son los agentes de transmisión de un gran número de enfermedades. Los mosquitos dan el paludismo y la fiebre amarilla; la mosca tsé-tsé da la enfermedad del sueño; á la chinche se le acusa de transmitir la escarlatina, y al piojo se le considera como conductor del tifus exantemático.

Son los médicos tunecinos los que después de numerosas observa-

ciones de tifus exantemático nos lo han demostrado. Se sabía que el tifus era enfermedad propia de vagabundos miserables, y que las epidemias aparecían entre soldados, prisioneros, en los buques, por todas partes donde hubiera aglomeraciones humanas y en malas condiciones higiénicas; se sabía también que la infección se transmitía á las personas que rodeaban á los enfermos para cuidarlos. Por la observación científica de los Sres. Nicolle, Charles Comte y Conseil, se ha podido deducir que el piojo era el agente de transmisión de esta enfermedad.

M. Charles Comte, Médico de Sanidad de Túnez, es el que principalmente ha demostrado que suprimiendo los piojos se suprime el tifus, así como por la supresión de los mosquitos se suprime la propagación de la ~~malaria~~ *malaria*.

La historia de las epidemias demuestra que son los miserables cubiertos de piojos los que sufren principalmente el tifus; en la epidemia de 1909 en Túnez, hubo 835 enfermos, y entre ellos había 97 mendigos, 82 mujeres y niños de pobres, 59 prisioneros, 446 jornaleros, obreros y mozos de cordel. Todos estos individuos, gente muy sucia, y en muchos de ellos se pudieron recoger hasta 400 piojos.

En 836 enfermos, 765 eran musulmanes; es sabido que éstos son los más sucios. Los europeos que se limpian más han dado poco contingente.

Las otras personas atacadas fueron las que por su profesión tuvieron necesidad de estar en contacto con los enfermos, por ejemplo: guardias de la prisión, agentes de policía, enfermeros, médicos que los cuidaban, fondistas que los hospedaban y empleados de ferrocarril encargados de su transporte.

En Túnez, los puntos de partida de diseminación de la enfermedad son los barrios donde se hospedan los caminantes que vienen de regiones contaminadas, cafés moros, los zaovias y los *fondouks*.

El contagio, tan fácil en los cafés moros, es más difícil en las familias. La causa es que los árabes, aun cuando viven en gran promiscuidad y condiciones poco higiénicas, tienen casas particulares bastante limpias, y no llevan consigo el parásito productor del contagio é inoculación.

No es el tífico por si mismo el peligroso; es el piojo que ha vivido sobre él y que queda en sus vestidos. Un enfermo vestido es peligroso; un enfermo limpio, acostado, no lo es.

Cuando el tífico está desnudo y limpio no puede transmitir la enfermedad; sus vestidos, por el contrario, transportan el contagio con

los parásitos que llevan. Si los vestidos, en lugar de ser quemados ó desinfectados, son vendidos por comerciantes poco escrupulosos, diseminan la enfermedad. Esto mismo puede ocurrir con las esteras sobre las que se acuestan los enfermos.

La época en la que se desenvuelven estas epidemias es al final del invierno; es precisamente porque los piojos desenvuelven mayor actividad durante la estación fría.

La demostración epidemiológica del origen del tifus se ha completado por las investigaciones de laboratorio. M. Nicolle ha realizado la transmisión del tifus, de un mono á otro, por los piojos.

El origen del tifus exantemático es muy conocido en Túnez. Los primeros casos fueron aportados por obreros venidos del Sud-Oeste para trabajar en la construcción de los grandes astilleros, siendo así contagiado á los demás obreros y comerciantes. De esta forma vino el tifus, y se extendió más bien por los caminos que por los ferrocarriles.

Según el Dr. Ch. Comte, es la kalila la depositaria del tifus. Sus habitantes conservan el germen y el agente de transmisión y sus emigraciones los propagan. Si en las epidemias las kalilas son menos atacadas que los árabes, es debido á que están inmunizadas, pues la mayor parte de sus componentes lo han pasado en la infancia. Son, por consiguiente, portadores del germen.

La lucha contra el tifus fetequial se facilita por las precisas nociones que tenemos de su etiología. Descubrir los casos, aislar los enfermos y destruir los piojos que tienen sobre su cuerpo, en los vestidos y en las esteras donde duermen; tales son las medidas profilácticas.

El descubrimiento de los casos de tifus es á veces difícil. Los enfermos temen las medidas de aislamiento que con ellos se hacen y se ocultan como pueden; los cafeteros moros, como todos los que les dan hospitalidad, se guardan muy bien de denunciarlos, porque temen la desinfección de sus locales, el aislamiento y la vigilancia. Por eso las autoridades no encuentran buena voluntad por parte de los indígenas.

El diagnóstico del tifus presenta á veces algunas dificultades. Aun en su forma clásica, la enfermedad tiene pocos caracteres precisos; la erupción que aparece hacia el quinto día empieza por el vientre, se extiende al tronco y á los miembros y está formada de manchas rojas petequiales; es el solo sintoma característico. Cuando no existe ó ha desaparecido ya, el diagnóstico es muy difícil.

Además, el tífus se presenta con frecuencia con formas muy anormales; al principio de las epidemias se han visto evoluciones rapidísimas que matan en uno ó dos días. Muchas veces, por formas atenuadas que hacen creer se trata de embarazos gástricos febriles. Otras presenta el tífus una forma delirante, y el enfermo, tambaleándose como un borracho, es detenido por los caminos y conducido á la prisión, á donde lleva el tífus. Otras veces llaman la atención los violentos dolores de las piernas, con amenaza de gangrena. Finalmente, no es raro que la enfermedad por su sintomatología sea confundida con las fiebres palúdicas ó con la fiebre de Malta.

Una vez diagnosticado el tífus, el enfermo debe ser conducido al Hospital. Pero antes de introducirlo en la sala, es conveniente desbarazarle de sus parásitos. Para ello hay que desnudarle, limpiarle, cortarle el pelo y ponerle una camisa limpia. De esta forma ya no es peligroso.

Por otra parte, el lienzo en el que han quedado los vestidos se introduce en una solución insecticida; se puede emplear el sublimado acético ó mejor el sulfocarbonato de potasio.

Es preciso asimismo destruir los parásitos en la casa habitada por el enfermo y la de sus compañeros. Para ello se pulverizará sobre los muros y en los vestidos con una solución de sulfocarbonato de potasa; después una solución acidulada que ponga en libertad el sulfuro de carbono y el ácido sulfídrico, que son excelentes insecticidas y que destruyen rápidamente los piojos y sus huevecillos. A falta de estos antisépticos, se pueden meter las ropas en agua hirviendo ó lavarlas con mucho jabón ó con agua del mar. Las esteras se quemarán ó serán ahumadas en un fuego hecho con yerbas ó paja mojada. Un procedimiento muy eficaz consiste en colgar los efectos en un local cerrado y quemar azufre.

Los médicos y enfermeros que cuidan de los enfermos y practican la desinfección, están muy expuestos, y por eso deben tomar grandes precauciones. Entrar lo menos posible en las habitaciones, no llevar vestidos de mucho vuelo, tener los brazos y manos desnudos y mojados con agua (cosa desagradable para esos parásitos); tales son las principales medidas para evitar el contagio.

Bibliografía

- 4) **Dr. D. Saturnino García Hurtado**, Jefe del Dispensario de Osteoartropatía y Cirugía ortopédica del Instituto Rubio, etc., etc.—Ponencia: *Trascendencia clínica de las tuberculosis locales*.

Tan conocido profesor presenta en el Congreso internacional de la tuberculosis en San Sebastián un trabajo, que no por poco extenso deja de tener verdadera importancia.

Después de filosófica digresión sobre la unidad de la fuerza física y de su actuación en todo fenómeno, tanto vital como orgánico, describe lo que él entiende por vida y su cambiante enfermedad. Puntualiza las causas de las infecciones, y sobre todo de la infección tuberculosa, para asentar la conclusión fundamental siguiente:

1.^a Toda tuberculosis local supone un estado general de menor resistencia orgánica que el tipo normal ó fisiológico.

2.^a El tratamiento de la tuberculosis local ha de supeditarse siempre al tratamiento general.

La verdad de estas dos afirmaciones lo demuestran los hechos siguientes:

1.^o Que en las intervenciones quirúrgicas de los procesos tuberculosos locales la reparación de los tejidos se hace con suma dificultad.

2.^o Que las heridas que resultan de las extirpaciones de los tejidos tuberculosos, son un terreno muy abonado para el cultivo de otros gérmenes piógenos, originando la llamada «misinfección», que depaupera extraordinariamente al enfermo, agravando el estado general y local.

3.^o Que después de la extirpación del proceso local se ve con demasiada frecuencia qué procesos se reproducen en órganos distantes.

4.^o Que cuando no ocurre esto, si el enfermo no cambia de condiciones de vida y no mejora de estado general, el proceso local vuelve á desarrollarse con más bríos que antes.

5.^o Que en la mayoría de los casos es de todo punto imposible la extirpación completa del tejido tuberculoso.

De todo lo cual se deduce:

1.^o Que enfermos tuberculosos locales tratados por medios farmacológicos, quirúrgicos, tuberculinas ó sueros, sin resultado alguno,

han mejorado y hasta curado sus lesiones con el simple cambio de condiciones higiénicas.

Tales son: habitación aseada, soleada, no húmeda.

Clima benigno sin variaciones bruscas de temperatura.

Alimentación sana y sustanciosa,

Vestido conveniente.

Género de vida al aire libre y al sol.

Ejercicio moderado cuando esto sea posible.

2.º Enfermos tuberculosos locales tratados por medios quirúrgicos, farmacológicos, sueros y tuberculinas, con poco resultado, han mejorado extraordinariamente en sus lesiones y estado general ó curado por el empleo de los medios físicos calor, luz y electricidad.

Muéstrase, pues, el Sr. Hurtado partidario decidido del tratamiento médico, sanatorios, etc., y conservador en extremo con respecto á las intervenciones quirúrgicas, las cuales encuentran indicación en muy contados casos, siendo en general de funestos resultados.

Sección Profesional

Sr. Director de la GACETA MÉDICA DEL NORTE.

Mi distinguido amigo: Por el número de la GACETA MÉDICA DEL NORTE correspondiente al mes actual, me enteré de una carta que don Angel López le ha dirigido y que lleva el epígrafe «Rectificación».

En dicha carta veo con extrañeza que su autor protesta de inexactitudes que, según él, aparecen en mi disertación acerca de «El agua, el tífus y la sueroterapia antitífica», disertación que tuvo lugar ante la Academia de Ciencias Médicas en sesión que ésta celebró el día 19 de Abril del corriente año, en cuya carta califica de infundadas mis apreciaciones.

Con objeto de que el Sr. López conozca el fundamento de mis apreciaciones y los lectores de la GACETA MÉDICA DEL NORTE se enteren de la verdad completa, considero necesario hacer constar:

1.º Que en sesión que celebró la Academia de Ciencias Médicas el día 8 de Marzo del corriente año, el Dr. Ledo, en el curso de su brillante conferencia sobre «El agua, el tífus y la sueroterapia antitífica en Bilbao», emitió, entre otros, los siguientes conceptos: «... el convencimiento que él tiene de la existencia del bacilo tífico en el agua de Bilbao, el cariño que siente hacia este pueblo, en el que ha ejercido su profesión durante veintidós años, unido á la circunstancia de encontrarse á la sazón en Bilbao su querido amigo D. Leopoldo López Garcia, gloria de la Bacteriología, aunque desconocido, como lo fué el gran Cajal hasta que en el extranjero nos lo dieron á conocer, le decidió á emprender los trabajos de investigación del bacilo tífico y de los paratíficos A y B contenidos en nuestras

aguas, sirviéndose al efecto de tan valiosa cooperación como lo es la del citado Profesor y la de su hijo D. Angel, también ilustre bacteriólogo.»

2.º Que estas manifestaciones del Dr. Ledo fueron hechas en la Academia hallándose presente D. Angel López, sin que ni entonces ni más tarde las haya rectificado nadie, por lo cual las he admitido como ciertas, fundando en ellas mis apreciaciones.

3.º Que para la recogida de muestras del agua de que se surte la población, es indispensable obtener autorización oficial, ó cuando menos oficiosa, la cual en el caso de referencia me consta que se obtuvo, y que en el desarrollo de mi conferencia atribuí tan sólo el carácter oficial ú oficioso á la recogida de muestras, y no á los trabajos particulares que pudieron efectuarse en el laboratorio del Sr. López ó en otro cualquiera.

4.º Que no me corresponde rectificar respecto de la intervención del Sr. López García en dichos trabajos, pues, como digo antes, mi manifestación se fundó en la expuesta ante la Academia con anterioridad por el Dr. Ledo.

Agradeciendo, Sr. Director, la inserción de estas líneas, que aclaran lo ocurrido sobre el particular, l. b. l. m. s. s. y compañero, *José Bolívar*

Bilbao, 30 Noviembre 1912.

El Sacerdocio médico y la Beneficencia. — (Conferencia del Dr. Queraltó.)—El sábado, á las diez de la noche, tuvo lugar en el «Ateneo Barcelonés» la anunciada conferencia del Dr. Queraltó, sobre el «Sacerdocio médico y la Beneficencia».

Ante numeroso público, en el que abundaban los obreros, el Doctor Queraltó dió principio á su labor, dedicando un sentido recuerdo á la memoria de su amantísimo padre, así como haciendo una sincera historia retrospectiva de la vida de estudiante, en continuo trabajo científico para crearse un sólido criterio médico.

Basándose en esta aspiración honrada que debe presidir los actos del médico, el Dr. Queraltó, con una dicción exquisita, define al médico como el hombre dispuesto á todo sacrificio, poseído del sacerdocio que ejerce.

Y ya, en este punto, el conferenciante se extiende en reflexiones sobre el origen sacerdotal de la Medicina, haciéndonos ver cómo la curación de las enfermedades se hallaba en los viejos tiempos supeditada á las plegarias, y cómo la religión abarcaba todo el concepto de nuestra ciencia médica, hasta el punto que se llegó á decir que las enfermedades no eran más que el resultado de la lucha entre el bien y el mal.

El tiempo transcurrió—prosigue el conferenciante—y al origen sacerdotal de la Medicina, uniése otro, propio del mismo hombre y ajeno por completo á la religión.

Este nuevo origen se refiere á la medicina popular interpretada por las apreciaciones que los hombres hacían entre los enfermos.

Y estas observaciones, repetidas cada día, fueron creando una atmósfera de conocimientos que mantenían los curanderos hombres que curaban muy distintamente á los sacerdotes de los templos, que todo lo arreglaban con plegarias.

Después de muchos siglos y sin tener en cuenta las creencias arcaicas de que las enfermedades dependían del imperio anímico sobre todas las funciones orgánicas, la ciencia médica se ha instalado con bases sólidas, cuyas únicas potencias son la observación y la experimentación, y en la que no se admite influencia alguna á la extraterreno.

En la actualidad, los hombres en sociedad nos hemos puesto de acuerdo en el aspecto científico; y sin importarnos las diferencias de religión, hacemos el ejemplo de la medicina sin plegarias ni votos. Porque nuestro único santo afán es regenerar al hombre, ¡y qué cosa más sagrada que conservar la vida!

Por eso todos nuestros anhelos son procurar un mejor medio de vitalidad; más aún con la convicción de que muchas enfermedades dependen del factor social.

Convencido, pues, de que las deficiencias sociales constituyen una enorme y abundante causa de gran número de entidades morbosas, lo que hemos de procurar á toda costa es que disminuya el vicio, que se alivie la miseria y que el trabajo excesivo no consuma á los hombres.

Y el Dr. Queraltó, como un apóstol, predica por la regeneración de la raza, por esa raza que se hunde y desquicia en la no interrumpida sucesión de taras morbosas.

Para los pobres, que son los más necesitados de esa modificación ventajosa del medio social, es para quienes se han de contituir las beneficencias.

Establece un parangón entre la justicia y la beneficencia; pero la beneficencia ha de ser lo esencial, porque el derecho á la vida ha de ser lo primero; luego la justicia, que en lugar de considerarla primordial, no debe ser más que el reconocimiento del derecho á la vida.

Aboga el confereciante porque la beneficencia se amplie y se practique la caridad con abnegación.

A este objeto el Dr. Queraltó muestra un libro sobre la caridad de las damas de la Cruz Roja de Alemania, que van por los campos, en noches de invierno, consolando al enfermo, procurando su bien. Y á continuación lee una invitación de una Junta de damas de Barcelona, en la que se manifiesta que habrá bailes y gran número de aristocráticas diversiones, para recaudar en la fiesta recursos pecuniarios para los pobres.

Por fin, y en párrafos de sentida emoción, el confereciante alude á su próximo destierro, motivado por haberse constituido en defensa de la más estricta justicia en bien de la caridad.

Al terminar su hermoso discurso el Dr. Queraltó fue muy aplaudido, recibiendo pruebas inequívocas de cariñosa admiración.

