

GACETA MÉDICA

DEL NORTE

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y FARMACIA

DEDICADA Á LA DEFENSA DE INTERESES PROFESIONALES

Año I

BILBAO 30 de Marzo de 1895

Número 6

CRÓNICA

Siento ciertamente no tener que contar cosas grandes en esta quincena: todas son signos de humana flaqueza, todas pequeñeces.

En Elgueta ha sido multado con 150 pesetas todo un señor practicante por *intrusión* en la ciencia de curar.

En Osuna (Sevilla) se halla vacante la palza de farmacéutico, anunciándose que se adjudicará en *pública subasta* al que hiciere *mayores beneficios* en el precio de los medicamentos.

En la Diputación provincial de Zaragoza al proponer el envío de un médico interino al pueblo de Lituénigo con 15 pesetas diarias, hubo señor diputado que, fundado en el estado precario porque atraviesa el pueblo, replicó que le eran bastantes 2 pesetas diarias.

Según *Wiener Tageblatt* anúnciase en Hungría una verdadera huelga de médicos. Más de 500 titulares se han obligado, mediante juramento, á dimitir sus cargos si no se mejora su situación material.

Et sic de ceteris.

Pero ya estoy oyendo á algun receloso que, con sobras de razon, me pregunte: ¿y en casa? En casa todos buenos, pudiéramos contestar como el chusco: siguen los intrusos que todos conocen, abundan las ofertas de medicamentos económicos, y el Municipio sigue mostrando una simpatía vivísima por... los asuntos políticos. Se entablan verdaderas batallas campales, como para corroborar, sin duda, la tradicion de que siempre el punto de San Agustín fué de lucha en esta villa: la *batería de la muerte* puede decirse que se ha trasladado á la *casa grande*. Allí se habla, se grita, se dan últimas gotas de sangre.... todo por lo que no es municipio, por lo que no es urbanizar, por lo que no nos compete: entre tanto, como algo tiene que padecer y quebrarse, la pobre administracion yace maltrecha y moribunda entre los escombros de tanta pequeñez.

✱

Sin embargo, riámonos.

Noi cantiam! chi canta è libero,
Noi ridiam! chi ride è forte.

Frase del hermoso coro de introduccion de La Gioconda, cuyo alcance veo confirmado en un diario inglés. Un estadista del tan popular *Tit-Bits* asegura que una buena risa activa la digestion y por ende los procesos orgánicos de nutrición aumentando, por tanto, la existencia. Según cálculos del mismo puede prolongarse la vida á razón de *50 días y 5 horas* por año, á condicion de reir unas doce veces al día; pero nada de risas de conejo ú otras por el estilo, sino carcajada franca, sincera, con desahogo: verdadera risotada.

✱

En el mismo periódico veo un caso raro de adulteración de la leche, ocurrido en Bridge End con un vendedor local. Citado este ante el tribunal protestó vivamente diciendo que la leche no había sido mezclada con nada desde su extracción de la vaca. Obligada la Justicia á llevarse un poco de leche de la misma vaca, y hecho el análisis por el químico municipal, éste certificó que esta última contenía más agua que la leche por la que el vendedor había sido denunciado anteriormente.

✱

Bajo la palabra honrada de micrógrafos é higienistas fin de siglo, dice *Cosmos*, creíamos que entre el número de bacterias de un agua, y sus propiedades para usos domésticos había cierta relación que hiciera al menos importante el análisis micrográfico de un agua potable. Según M. Miquel, el gran contador de microbios, podemos estar tranquilos: en *la mejor agua* que se distribuye en París, la de la Vanne, conservada en vaso abierto ó frasco tapado, á una temperatura de 15°, se han encontrado al día siguiente 40.000 bacterias, al otro 125.000 y á los tres días 500.000. Y echemos microbios! Si resultará al fin que hirviendo el agua para esterilizarla y matar sus miriadas micróbicas hacíamos perder á esa agua lo que de mejor posee? De todos modos bueno es que vayamos

teniendo microbios amigos; porque hasta el presente todos eran dedos huéspedes, todos patógenos y de mala sombra.

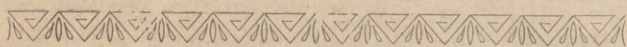
✱

Para terminar con algo grande entre tanta pequeñez tratada, asociémonos al Sr. Narbona que en el *Boletín Médico-farmacéutico* de Zaragoza ha sido el primero en dar el alto. Biografiando á nuestro muy ilustre don José de Letamendi y Manjarrés, y con referencia á otra biografía hecha también por el Dr. Batlles respecto á tan venerable personalidad, termina así su estudio el articulista aludido:

«Nos permitirá el Dr. Batlles una proposición, y es que en esa plaza (1) se levante un monumento á don José, y que sea por suscripción entre todos los médicos y farmacéuticos de España.»

Nada más justo que la indicación lanzada y que somos los primeros en propalar. Sea en buen hora la culta Barcelona depositaria fiel de ese monumento, pero contribuyamos todos á su construcción: D. José es de todos porque á todos quiere y enseña, y la veneración y gratitud no deben reconocer nacionalidad.

DR. LESMES.



BLENORRAGIA TÍPICA Ó ANTERIOR

Y SU TRATAMIENTO

(ESTUDIO CRÍTICO)

Conclusión (2)

Dado que el término blenorragia no implica otra cosa que un simple síntoma, *el correr del mucus*, hemos de fijarnos en todos los demás caracteres para establecer clínicamente su especie infecciosa: á continuación averiguaremos la edad del padecimiento.

La reducción en intensidad de los síntomas agudos conocidos, á los que se agrega la gota matinal perlada (no siempre tan evidente), (3) cierto escozor *intermitente* ó más bien alternante al orinar, y la estrechez consecutiva, ora blanda (por espesamientos de la mucosa, y fácilmente dilatada), ora dura (por hiperplasia crónica, verdadera estrechez) son los caracteres que manifiestan la cronicidad ó mejor dicho la mayoría de edad en una blenorragia.

Pero más aún nos interesa la localización del proceso. Fundado en la Anatomía y la Clínica, Finger opina también dividir la uretra en dos segmentos:

a) uretra anterior movable, esponjosa, que, desde el

(1) Plaza en Barcelona que llevaría el nombre del Dr. Letamendi.

(2) Véase GACETA MÉDICA DEL NORTE, n.º 3, pág. 21.

(3) Uretritis latentes de M. Guiard (Memoria de 1835. París).

meato (punto el más estrechado normalmente y el menos dilatado) da acceso á la fosa navicular que, continuada en una larga porción cilíndrica (cavernosa), termina en un huso más estrechado hacia atrás (bulbo); y

b) uretra posterior, fija, muscular, con sus dos porciones (membranosa y prostática) en estado de contracción tónica que asegura la cerradura de la vejiga. Ambos segmentos se separan por el músculo compresor de la uretra (de la región membranosa).

¿Qué alcance tiene esta racional división con tanta frecuencia olvidada en la práctica? Una blenorragia típica es la que se extiende desde la fosa navicular al bulbo, y *no más allá*. Su propagación inflamatoria á la uretra posterior, al segmento cilíndrico que está inmediatamente detrás del compresor de la uretra, ya constituye una complicación, causa de las más serias consiguientes, y sale de nuestro cuadro. Para su importancia y alcances puede establecerse la misma comparación que entre un coriza y un coriza descendente. Por eso, como dice Neisser, el tratamiento de la gonorrea debe tener por objeto impedir que una uretritis anterior se convierta en posterior.

Ahora bien ¿cómo y cuándo conoceremos la propagación posterior de la uretritis? Gustaba nuestro catedrático D. Juan Creus repetir que cuando una casa se quema la vecina se calienta. Así, en razón de las relaciones anatómicas y fisiológicas que unen la corta porción posterior con los órganos vecinos (próstata, vejiga, epididimos) la protesta de estos órganos será la que nos resuelva el problema. Sin embargo ¿necesitamos de tan evidente protesta para ponernos en guardia? No tal.

El médico, en todo blenorragico, y aquí hace hincapié el profesor vienés, debe practicar *la prueba de Thompson*: hacer que el paciente nos muestre orinas de una micción, principalmente la primera matinal, *en dos porciones que se dejan reposar*. (1) Si solo la porción primera es enturbiada, siendo clara la segunda, la uretritis es anterior simple, típica; pero si ambas porciones son enturbiadas (siempre lo será menos la segunda) la uretritis es á la vez anterior y posterior. *Bajo ningún concepto, pues, debe darse inyección uretral alguna, ni instituir tratamiento local alguno en la blenorragia, sin haber hecho que orine antes el enfermo* (precepto diagnóstico y terapéutico).

En la uretritis posterior la orina conserva su acidez y no en todas las horas del día sale enturbiada por el pus, caracteres que la diferencian de la verdadera cistitis más ó menos purulenta; y razón á la vez, de conveniencia de varios exámenes de la orina durante horas diversas del día para más seguro diagnóstico.

La desgraciada necesidad del secreto; lo imperioso del sentido sensual, en *guardia permanente* en estos

(1) Este medio es preferible ó al menos debe ser anterior al propuesto por M. Guiard de hacer el diagnóstico con el explorador de bola en uretritis latentes.

enfermos; la vaguedad en sus relatos atribuyéndolo todo á *mojaduras*, cuando no al coito natural y hasta honesto; la multitud de *especialistas* que, ora asomándose en ventanas anunciadoras de 4.^a plana, ora parapetados en barbería y hasta en farmacia, no conciben blenorragia sin jeringa, ésta sin inyección, ni inyección provechosa que no pique y duela y deje recuerdo al enfermo, acaso para toda su vida... éstas y muchas más son las causas que hacen ingrata la labor del médico en la blenorragia, una de las afecciones que más azares profesionales ocasiona.

Establezcamos, pues, lo que, con arreglo á la buena escuela creemos debe hacerse ante un caso de blenorragia típica sobre el cual se nos consulta.

I. Investigada la forma del contagio, efectúese la prueba de Thompson, repetida el mayor número de veces posible.

II. Demos por supuesto que la blenorragia es solo anterior. Si no hay más que *ardor urinae* y gota semi-transparente, es decir empieza, propónese entónces el tratamiento abortivo (inyección argéntica) cuya idea primera data ya del siglo pasado. Lo dificultoso de su precisión diagnóstica y el hecho de no haber tenido jamás ocasión de actuar tan al comienzo de la afección, me hacen callar en este asunto. Sin embargo, este procedimiento, muy discutido entre autores, «más bien perjudicial», según Finger, es de «curación muy problemática.» (Boulet y Bousquet.) (1)

III. Establecida la blenorragia con su flujo amarillo verdoso más ó menos abundante, ardor, etc., etc., *el secreto del éxito*, decía ya muy bien Diday, depende de la expectación: dieta ligera, quietud, bebidas demulcentes. Esto es las generales del caso, como son además el uso del suspensorio (limpio y bien relleno sin que roce ni haga presiones), algún laxante, huir de excitaciones, etc., etc., ó intervenir sintomática pero diversamente, según que (ley de terapéutica general) dolor, insomnio, excitabilidad sean por modo reflejo ó ya mecánico congestivo, ó verdaderamente inflamatorio.

IV. De este modo la inflamación no es muy intensa y el periodo purulento llega á su esplendor sin especiales trastornos. *Solo en la declinación de este período ó cuando casi ha pasado* (flujo escaso y blanquecino) *solamente entonces puede comenzarse el tratamiento local de la blenorragia*. Y digo así porque, creyendo firmemente en la *I* de nuestro organismo, en la propia energía individual acepto de buen grado la idea de los que ven en el pus blenorragico mismo uno de los medios de defensa orgánica, y de sana reacción individual.

V. Tratamiento local de la blenorragia. Yo abarco

en él dos procedimientos farmacológicos de idéntico fondo de acción:

a) aplicación de sustancias desde el exterior, ó de fuera adentro (inyecciones propiamente dichas, candelillas medicamentosas, supositorios, etc.) y

b) administración de sustancias que, eliminadas por la orina, obran *tópicamente* á modo de inyección de dentro afuera, inyección urinosa centrífuga de Bordier) balsámicos, ioduros, etc., etc.)

A. ¿Qué decir de las inyecciones en general? Yo me adelanto gustoso y aseguro honradamente en los casos tratados (no diré que sean miles) que el agua blanca, la boricada, la de mar filtrada por paño, y la solución más ó menos concentrada de permanganato potásico han sido los agentes *únicos* que hasta ahora he empleado con eficacia, como eficaz he visto el cloruro de zinc al 2 por 1000 tan empleado por el Dr. Aróstegui en la Sala de Venéreo del Hospital Civil.

¿Hemos de despreciar, por esto y no citar siquiera la veterana inyección de nitrato de plata, la nuevamente sacada á colación del sublimado, la trinidad de los sulfatos, el bismuto tanino, cloroformo, cloral, iodoformo, quinina, resorcina, así como el sulfoicitato de amonio (al 1 por 300) que no parece disgustarle á Finger?

En el Formulario Enciclopédico de Pérez Mínguez, la blenorragia (catarro purulento, falorragia, falorrea) es una de las afecciones de más variada farmacia: agua estiptica, ácido gálico; candelillas mercuriales, ioduradas, de Cheine; colirio Fernández, hidroquinona, gayuba, eucalipto; inyecciones aceitosas, bendita, cianurada, óleo calcárea: las de Boyet, Clark, Danney, Diday, Gibert, Gómez de la Mata, Alvarez, Ricord, Castro, López Rodríguez; la ratanja, schinus molis, talio, salicilato de bismuto, etc., etc.

Si echamos un vistazo sobre anuarios y revistas la *novedad* es también grande:

Hanika propone la talina (introducida con los polvos de tanino iodoformo mediante instrumento especial ó tubo hueco metálico); Mc. Intosh el hidrastino, Eichhoff el euforeno, J. Ernest Lane el salol, Carvallo el lisol (1%), Watier y Caravias la antipirina, M. Castellan el bicarbonato de sosa: M. C. Paul el sublimado aun al 1 por 20.000. ¿Olividaremos por esto á Wewander que propone el raspado de la fosa navicular para que la cauterización obre más enérgica; á los Dres. Coter y Slater que se valen del endoscopio para pasar una bolita empapada en solución argéntica; al norte americano M. Burnside Poster que propone curar la blenorragia *hendiendo* la uretra á fin de mejor practicar los lavados antisépticos?

Creo ingenuamente que harto veleidosa es la farmacología y nadie habrá que no cuente jugarretas de ella: oigámosla, sí, mas yo opino que en casos como éste y otros muchos debe seguirse el consejo de San Agustín que, á fuer de profundo y aplicable a la cirugía toda, más que de santo parece ser de cirujano avezado: «Sé limpio y haz lo que quieras.» Lo que equivale á decir con Fenelon ante los que solo en el formulismo culinario ven la Cuaresma: «Come un buey; pero sé justo.» Seamos justos, sí; seamos limpios que la antisepsia al fin no reside tanto en la naturaleza del agente como en la *esencia* del proceder.

En nuestro caso actual ¿qué es lo más limpio? Finger lo dice bien claramente:

(1) El Dr. Janet propone el tratamiento abortivo por el permanganato de potasa al 1 por 1.000 ó 1 por 4.000 en inyecciones cada 5 horas. Para Soulier el período propio del tratamiento abortivo comprende los siete ú ocho días siguientes á los primeros síntomas: creo que esto es alargar demasiado el aborto tergiversando su concepto en terapéutica.

La actividad del medio local debe ser inversamente proporcional á la agudeza inflamatoria: cuanto más intensa la inflamación menos concentrada la inyección y al contrario. Esta no debe hacerse sin previa micción; se lanzará suave y uniformemente, manteniéndola cierto tiempo y no ha de ocasionar más dolor que una ligera sensación de quemazón á lo sumo. Su número, que empezará por uno al día (á poder ser de noche) no excederá de cuatro en los días siguientes.

Desde que la uretritis posterior se muestra, y hasta el momento en que haya pasado su período agudo, debe interrumpirse todo tratamiento local de la uretritis anterior. Comprobada aquélla, toda inyección ordinaria hecha con jeringa solamente es inútil ó perjudicial: su acción no pasa de bulbo. El tratamiento entonces, sale del cuadro que nos hemos impuesto.

B. Tratamiento local de dentro afuera (interno de los autores.) También es abundoso. A la copaiba, cubeba, sándalo, ya veteranos y de reputación general, hemos de añadir:

Bálsamos de tolú, del Perú; gurjun, mático, trementina, brea kava kava; colchico, digital, hachich, hydrastis (Mac Cau) geranium maculatum propuesto por M. Egasse; el clorato potásico (10 y 20 gr.) por M. Gamir; alcohol Riviere, esencias de boldo, y álamo negro, cantáridas, cocimiento astringente; elixir de bucco; gayuba, macerado y vino de topaiba, mixtura de erigeron; píldoras de bromuro de plomo, de los tres diablos, de Berton, Fort, Merat, pociones de Handel, Sigmund, Chopart (la reina de las pócimas), tostones de Henrolay, extracto fluido del heplopus llareta, el salol; emulsiones alcanforada nitrada, atemperante, clorurada, de cañamones: bolos astringentes (*catecú*) sedantes, etc., etc. A estas sustancias hay que añadir el procedimiento de Pellisier (si bien para la uretritis posterior): inyección de 400 gr. de solución cítrica en la vejiga por medio de sonda y seguida de micción, repitiendo la maniobra hasta 1.500 gr. á fin de que el agente medicinal limpie por completo la parte posterior de la uretra. Tal es también el procedimiento de la Escuela de Necker, en París, y aconsejado ha tiempo por Bodin, si bien empleando el permanganato potásico.

¿Qué decir de todas estas sustancias sino que son demasiadas para buenas todas? Sin embargo no queremos ir tan lejos con los alemanes al creer tan completamente inútil el llamado tratamiento interno. Por nuestra parte hemos visto excelentes resultados con el sándalo, preferible á la copaiba en razón de su menor alteración gástrica. A nuestro juicio su indicación principal es:

En el acmé inflamatorio, esto es un par de días antes de comenzar las inyecciones: su rápida eliminación permite (salvo tenesmo vexical) administrar una ó dos cápsulas de 0,20 á 0,30 gr. á continuación de cada micción, suspendiendo su uso si ocasiona dolores lumbares (congestión renal).

Si la blenorragia cura, al parecer, debe tenerse al enfermo en observación unos 15 días en cuyo tiempo puede emplearse unas 4 á 6 cápsulas diarias de sándalo también.

En caso contrario, es decir en que una vez aminorado el flujo retoñe de nuevo, averígüese si la causa no reside en algún exceso del paciente; de no ser así suspén-

dase uno ú otro tratamiento local. Si apesar de todo, balsámicos é inyección exterior, el flujo persiste, *ensáyese no hacer nada* en ciertos días: muchas veces el mal desaparece gradualmente, como lo comprueban todos los autores y prácticos.

Aún dado de alta un blenorragico, debe hacérsele volver al cabo de 15 á 20 días para sondarle: de este modo se comprueba ó no la existencia de estrechez ó algún punto dolorido uretral cuyo tratamiento clásico no es otro que la dilatación gradual sobre todo y alguna instilación en el punto mismo resentido.

VI. ¿Deben emplearse los alcalinos en la blenorragia? Varios autores, entre ellos Finger (y últimamente Pellisier que por eso propone la solución de ácido cítrico) partiendo del principio que admite la acidez de la orina como medio menos apto á la pululación del gonococo proscriben de un modo absoluto el empleo de los alcalinos en la blenorragia. Aparte de que después de escrita su obra el Sr. Finger ha notado (inversamente á lo sentado en ella) que «los gonococos no se desarrollan sobre los medios alcalinos, *mientras que pululan sobre los medios ácidos*» (Dr. Schnirer, *Semana Médica*, Mayo de 1894), aparte de esto, no vemos la razón de su proscripción. La simple razón de que Venus y Baco son parientes cercanos, que dice el autor, no nos convence tampoco de que el agua de Seltz misma deba proscribirse también. Yo por mi parte sé decir que empleada ésta en las comidas y el bicarbonato de sosa ora solo (1 á 1,50 gr. diarios) ora asociado al sulfato de sosa ó carbonato de magnesia, si hay cierta pereza intestinal, y diluido en 1 á 2 cuartillos de agua azucarada ligeramente limonada para tomar en el día, me ha parecido dar siempre resultado: obsérvase con su uso un ligero aumento en la cantidad de orina emitida, disminución del ardor y mayor facilidad en la micción, además de mayor bienestar por parte de las repugnancias gástricas del paciente. ¿Es por que alcaliniza la orina? No debe ser así por cuanto Rabuteau apenas si consiguió alcalinizarla temporalmente con 5 gramos diarios! Sin embargo, el resultado apuntado es cierto y de fácil comprobación. Inclínome así á creer que su acción es más bien sobre el estado general del blenorragico, ya que, como dice el Dr. Souquet del Hospital de San Luis (París) la concepción de la blenorragia como enfermedad general se impone cada día más. (1) Y ciertamente que aunque así no sea no es menos evidente que en el blenorragico hay un algo de general respuesta orgánica que hace difícil seamos tan localicistas como lo desea la escuela alemana. Y digo así porque si bien es cierto que en adolescentes que *gallean* suele ser *hombrada* el fumar,

(1) En un trabajo reciente *De la gonorrea, sus manifestaciones*, etc., del Dr. G. Pagenstegher, de San Luis de Potosí (Méjico) trata este autor de la blenorragia cuando se propaga por el organismo entero, esto es verdaderamente constitucional. En ésta se incluyen la endocarditis, pericarditis, nefritis, mielitis, flebitis y conjuntivitis constitucional.

echarse novia ó pescar purgaciones ó hacer las tres cosas, cierto es tambien que no pocos quedan con tal bautismo canlidatos para ulteriores infecciones; en el adulto desde luego, la blenorragia es afección que *descompone* á tal punto, que Ch. Mauriac hace notar con muy buen sentido, el hecho de que se ven enfermos en quienes dulcificada la sífilis por la higiene, la maldicen mucho menos que á la blenorragia. Dulcifiquémosla, pues, también y no seamos localicistas puros.

En un blenorragico hay fiebres que moderar, gástricas repugnancias que combatir; quebrantamiento de fuerzas que restaurar; y evitando congestiones renales y huyendo de humedades y frialdad de pies (precepto de todo urinario), aún es preciso atender la denunciadora palidez amarillosa de su facies, cierta debilidad física, y con todo ello no pocas veces (si bien esto suele ser más á la larga) hasta nervosismos, verdaderos estados neurasténicos. Y aquí termina nuestro ya largo estudio crítico sugerido por la lectura de la citada obra del Doctor Finger, principalmente.

Obra práctica y utilísima, sin duda fruto de pacientes investigaciones, no tiene á mi humilde juicio otra falta que, como alemana, el ser demasiado localicista: su divisa pudiera muy bien ser esta: todo por el gonococo y para el gonococo. De ahí su proposición siguiente: «La investigación del gonococo en un flujo uretral es para nosotros lo que es para el médico que trata de enfermedades internas, la demostración del bacilo tuberculoso en los esputos». De aquí su terapéutica lógica en consecuencia. Sin embargo, para terminar, hagamos nuestras las recientes palabras de uno de nuestros mejores clínicos, el Dr. Robert: (1) Si para conocer la enfermedad, y sobre todo *aplicar la terapéutica* bastara acudir á lo que nos dice el microscopio, la Patología se convertiría en un tratado de Zoología.

M. VALDÉS.



SECCIÓN CLINICA

MENINGO-MIELITIS AGUDA

CURACIÓN

En la tarde del día 5 de Noviembre próximo pasado, fuí llamado para prestar mi asistencia médica á un individuo que habitaba calle Castaños, y que dijo llamarse R. B., tener 29 años de edad, y ser de oficio cargador.

Manifestó, haber gozado excelente salud en su infan-

(1) De una Conferencia sobre la difteria en el Ateneo Barcelonés (Febrero 1895).

cia, y solo recuerda oír á sus padres que padeció el sarampión á los cinco años, y á los ocho la viruela, que fué con él benigna; y sin que ninguna de las dos enfermedades le dejase tristes recuerdos. Nada de particular hay en este sujeto que se relacione con enfermedades hereditarias.

Las primeras manifestaciones de indisposición que notó, dice, fueron la mañana de este mismo día, que estando ocupado en las taenas de su oficio, ya notó cierto malestar acompañado de frío, seguido á muy luego de escalofríos que le duraron un buen rato, obligándole á retirarse á su casa. Metido en la cama, fueron substituidos los escalofríos por un calor general, tronzamiento, dolor de cabeza, sed, y un dolor localizado, que partía de debajo de los riñones (según sus palabras) y que se extendía hacia abajo, al vientre y extremidades inferiores.

Estado actual. Se trata de un hombre joven, en cuyo físico se ven las huellas del trabajo duro de su oficio en la lucha por la existencia; de regular estatura, pocas carnes, piel madurosa, y facies que indica el dolor.

Anorexia, sed, lengua húmeda, ancha y saburrosa, astricción y dolorido el vientre á la presión. Vías respiratorias normales. Pulso algo duro, 100 pulsaciones por minuto. Temperatura, 39,5.

Dolor molesto en el raquis (region lumbar) que se aumenta por los movimientos, á la percusión, y pasando una esponja empapada en agua caliente. Dolor que se irradia al vientre. Siente hormigueo, calambres, dolores ligeros, é hiperestesia cutánea en las extremidades inferiores, con alguna peresia.

Orina normal en su expulsion. Decúbito lateral y en flexion por serle dolorosa otra posición. Intranquilidad.

Diagnóstico. Meningo-mielitis aguda.

Pronóstico. Grave.

Tratamiento. Dieta láctea. Limonada para bebida. Calomelanos al vapor medio gramo, en dos papeles iguales, para tomar en dos dosis con una hora de intervalo. Ventosas escarificadas número 16, ocho en cada lado del raquis, region lumbar.

Día 6. Una deposición. Su estado general y local el mismo. Sulfato de quinina gramo y medio, en tres dosis, con dos horas de intervalo por dosis.

Día 7. Cede la fiebre: 38,2. Los dolores continúan y abrazan como una faja circular el tronco en todo el vientre. Se presentan contracciones fibrilares en las masas musculares del vientre. Paralisis de las extremidades inferiores, en particular de la derecha. Hay que sondear al enfermo tres veces por día para extraer la orina. Ventosas escarificadas número 20, diez por cada lado del raquis, en la citada region.

Día 9. Los dolores han cedido algo. El enfermo no consigue dormir, está excitado y permanece en decúbito lateral. Temperatura 38,3. Se repiten los calomelanos.

Día 11. Una deposición. El mismo estado general. Se le da una inyección hipodérmica de cloruro mórfico, un centígramo.

Día 13. Poca mejoría. Aplicación del termo, 24 botones de fuego á los lados de la espina dorsal, region lumbar, 12 por lado y supresion de la morfina.

Día 16. Alivio. Cede la parálisis. Los dolores son más moderados así como la hiperestesia y calambres. Expulsion voluntaria de la orina, pero difícil; reaccion alcalina. Leche y caldos.

Día 20. El mismo estado. Duerme mejor.

Día 26. Se le aplican 30 botones de fuego con el termo, á los lados del raquis, region lumbar. Ioduro potásico un gramo por día en dos dosis.

Día 30. Su estado general y local es mejor. Nueva aplicación del termo, 12 botones, 6 por banda.

Día 5 de Diciembre. Alivio más manifiesto. Cambia el enfermo de posición voluntariamente.

Día 12. El alivio es progresivo, habiendo desaparecido por completo las contracciones fibrilares, la hiperestesia, si bien persisten los dolores musculares, pero mucho más moderados. Se le aumenta el régimen dietético más nutritivo.

Día 19. Muy mejorado. Las funciones digestivas normales. Es fácil la progresión, si bien nota debilidad en las extremidades inferiores y se cansa en la marcha.

Con los movimientos se despiertan algunos ligeros dolores musculares. Ha quedado algo demacrado este sujeto. Supresion del ioduro.

Alimentación reparadora, vida de campo, ejercicio moderado, privación del trabajo propio de su oficio por una larga temporada. Vino de quina ferruginoso.

Con tal prescripción, se le da el alta el día de la fecha para marchar á su casa (Galicia) ocho días después.

ENRIQUE DE ECHEVARRIA Y SUSO,
Médico del 2.º Distrito.

INFORMACIONES CRÍTICAS

La Sociedad del New York Hospital y su nueva Casa de Socorro.—Tomamos del *Scientific American* (Febrero 95) los siguientes datos respecto á tan importante institución, que bien puede calificarse de soñada si se la compara con muchos de nuestros similares establecimientos. El edificio, á prueba de fuego en todas sus partes, se halla situado entre las calles Hudson, Jay y Staple, teniendo á su vez por el cuarto costado una pequeña calleja ó patio de entrada para las ambulancias. De este modo, la casa constructora bajo la razón social de Cady, Berg and See, los tan conocidos arquitectos de New York han atendido primeramente á la libre circulación de aire y de luz por los cuatro costados del edificio. En él, que como dice el articulista, se compilan todos los últimos refinamientos de una construcción hospitalaria, en la que la anti-sepsia es reina absoluta, clasificanse en tres distintas las operaciones departamentales.

La 1.ª es para el tratamiento urgente de accidentes y casos de insolación: forma, por decirlo así el rasgo distintivo de la casa.

La 2.ª comprende el dispensario de medicamentos.

La 3.ª se destina al tratamiento limitado y puramente pre-

ciso de pacientes que no pudieran, sin peligro, ser conducidos á sus casas ú otros hospitales.

La Ambulancia se sitúa en la calleja existente entre las calles de Hudson y Staple; su puerta de entrada se cierra y abre fácilmente por la electricidad. Cuando la Ambulancia llega, el cochero toca un timbre de alarma que suena en el interior del edificio: ábrese la puerta y una vez penetrada la Ambulancia esta puerta se cierra tras de ella automáticamente.

El cuarto de operaciones se halla en la planta baja, en cuyo piso está también el cuarto llamado de «insolación.» Este último es probablemente el único en su clase: allí se emplea el «heróico tratamiento» de los norte americanos, consistente en la inmersión del paciente en baño frío (á veces se usa agua helada) sin despojarle de sus ropas. A este efecto existen en el cuarto una potente grúa eléctrica y una hamaca de red con cuyos medios se introduce y se saca al paciente de su baño, ganando tiempo y sin molestias.

El Dispensario distribuye gratuitamente los medicamentos tanto á los enfermos en la casa, como á los no hospedados en ella.

El cuarto quirúrgico, al cual conducen ascensores eléctricos está en el tercer piso, y en él se hacen las amputaciones y otras operaciones quirúrgicas de importancia bajo la dirección y órdenes del Dr. Lewis A. Stimson, el cirujano de espera, ó de guardia.

En el mismo piso están las salas de enfermos cuya conducción á otros hospitales no puede garantizarse: algunos de ellos sin embargo, no solo salen de estas salas convalecientes, sino curados.

En el establecimiento hay un local (á cierta altura sobre el nivel del terreno) destinado para convalecientes ó enfermos en quienes aire y luz son de primera necesidad. Carriles de hierro le rodean, así como igualmente comprende toldos muy bien dispuestos.

El pavimento del edificio es de mármol ó baldosa en mosaico en su mayor parte. La limpieza se efectúa por mangueras que se adaptan fácilmente y con libertad. El suelo de las salas es de madera de pino cuarteado á prueba de agua mediante cerote de parafina y el correspondiente barniz.

La ventilación (dos grandes ventiladores) es estudiada de tal modo que en ella se realizan: la entrada del aire sin percibirse corriente alguna, y pudiendo entrar ora á la temperatura exterior, ó ya calentado antes de su acceso en las salas, obteniendo así la temperatura que se desea. Otros ventiladores á su vez despiden el aire de las salas á distancia conveniente de las embocaduras del aire fresco. Tanto los ventiladores como las bombas, trenes de lavado, ascensores, etc., etc., todo funciona por la electricidad.

Existen además el «cuarto de aislamiento» para sospechosos ó tumultuosos, el de almacenaje de ropas, ocho cuartos de examen ó inspección, comedores y cuarto de estudio para médicos y enfermeros, y muy cerca la cocina y el tren eléctrico de lavado.

La obra hospitalaria de esta Sociedad data ya de más de un siglo y su capital comprende el obtenido por pagos de pacientes por pensión y tratamiento y el de rentas y bienes raíces de la Sociedad así como el de donativos, suscripciones, etc., etc.

La asistencia facultativa animada del sano principio del propio sacrificio es gratuita por parte de los médicos. Donativo tan espontáneo de servicios que así realiza una verdadera caridad del tipo más perfecto hace que tales hombres se vean después altamente recompensados, en cambio, en su práctica privada. Entre los profesionales que así unen su alto nombre al de esta humanitaria obra debemos mencionar los Dres. Thomas M. Markoe, L. Duncan Bulkley, Robert F. Weir, William T. Bull, William H. Draper, James W. Mc Lane, y Lewis A. Stimson. Mr. George P. Ludlam es el superintendente de esta obra hospitalaria.—M. V.

Mortalidad en el Cuerpo médico.—Nuestra profesión parece tener el triste privilegio de ocupar en punto á longevidad uno de los últimos rangos de la estadística. En la *Rev. Scientif.* (16 Marzo 93) aparece una estadística de M. Zelande relativa á la mortalidad de los médicos en Rusia durante el trienio 1891-93.

En un total de 15 á 16.000 médicos rusos se ha comprobado una mortalidad media anual de 14 por 100! Entre las causas principales de muerte vienen en primer lugar las contagiosas, muy probablemente contraídas á la cabecera misma de la cama (difteria, fiebre tifoidea, cólera, piohemia, etc.)

En 2.º rango viene la tuberculosis, en una proporción mucho más elevada que para el resto de la población adulta. En los cuadros se vé también que aun el suicidio parece ser una causa bastante frecuente de muerte entre los médicos rusos.

A esta estadística debemos añadir que en las tuturas precisará se tenga en cuenta igualmente el peligro nuevo que los estudios bacteriológicos hacen correr al cuerpo médico en general. El papel etiológico de los trabajos de laboratorio es, en efecto, muy probable: únense en ello, á nuestro juicio las causas de infección, poco ejercicio y además las condiciones de local de trabajo que por su índole misma suele ser poco amplio en general y de escasa ventilación.—V.

Asistencia quirúrgica instantánea. De la intervención inmediata en las lesiones traumáticas del estómago por Marc. Baudouin (*Le Progres Medical*, 16 Marzo 95) «M. Laurencin ha publicado recientemente un caso de *desgarro traumático del estómago* que no solo merece atención por su rareza, sino que es de lo más instructivo bajo el punto de vista de la asistencia quirúrgica instantánea. Demuestra una vez más que *nada hay organizado* para tratar, como conviene, los heridos de esta categoría.

«Hé aquí un breve resumen de esta observación muy digna de meditar! Un hombre de 60 años cae de un coche á las tres de la tarde; el vehículo le pasa oblicuamente sobre el vientre de la cresta iliaca izquierda á las falsas costillas derechas. Levantado, *tiene fuerzas para subir unos treinta pasos* para llegar á su habitación. No vá al hospital hasta las cinco, siendo visto por M. Laurencin á las seis, después de *haberse tragado un gran plato de sopas!* Se le prescribe una pocion calmante. Muerte á las *once de la noche*. En la autopsia: rotura del estómago en una extensión de 8 centímetros!

«Ahora bien, hé aquí lo que debió hacerse: Transporte del herido *inmediatamente* por una ambulancia *extra rápida* al hospital de socorros urgentes, y sobre todo no andar 30 pasos! Visita *instantánea* de un *cirujano de guardia*, en la sala de operaciones del hospital. *Laparotomía instantánea* y sutura del estómago. En estos traumatismos, en efecto, *precízase siempre* hacer una exploración *inmediata*, y sobre todo no administrar nada al interior! El herido se hubiera muerto acaso de todos modos, si bien esto no está demostrado; pero al fin y al cabo el honor quirúrgico poníase á salvo. De ese modo se hubiera obrado científica y racionalmente.

«Nuestro colega, por supuesto, en las condiciones en que se encontraba, se abstuvo de toda intervención, (1) y no le faltaba razón. Sin instalación suficiente, es más científico no hacer nada.

«Pero se nos permitirá repetir que es bien sensible que ni en Lyon ni en París exista algo siquiera parecido á un organizado servicio de socorros rápidos.»—¿Qué diremos nosotros?

Las infecciones urinarias.—El Dr. Bazy de la Sociedad de Cirujía de París (*Semana Méd.*) da cuenta de un instructivo caso de infección urinaria en un diabético.

Quiero referiros, dice, lá observación de un anciano de sesen-

ta años diabético, el cual habiéndose quejado á uno de nuestros colegas de trastornos vagos en las vías urinarias fué sondado produciendo el cateterismo una ligera uretrorragia, siendo acometido á las 48 horas, de repetidos y violentos escalofríos.

Llamado en consulta acerca de este enfermo, diagnosticué, creí ver una infección urinaria de origen uretral, sin síntoma alguno en el peritoneo, en la próstata, ni en el resto de la uretra.

En la región renal pequeño dolor á la presión, las orinas limpias, claras, lengua seca, pulso frecuente, la temperatura casi normal.

Ví al enfermo varias veces y formulé un pronóstico sumamente grave; pues el estado general iba siendo cada día más alarmante. Llamado de nuevo quince días después, noté todos los síntomas de un flemon difuso periuretral que se había desarrollado rápidamente (tres días) sin causa aparente.

Tuve que limitarme á axtirpar una placa de esfacelo del lado del pene, lo cual dió salida á una cierta cantidad de pus cremoso, y, al día siguiente habiendo sido aceptada la intervención propuesta practiqué cierto número de grandes incisiones las cuales no dieron paso en ningun momento al menor vestigio de orina.

Empezaba á esperar la curación, cuando á los ocho días, mi operado se debilitó y sucumbió á las 36 horas.

Ha habido, pues, en este enfermo dos períodos distintos en la evolución del mal: el primer período de accidentes generales y el segundo perfectamente caracterizado por fenómenos locales. El punto de partida era el mismo, á saber, una ligera erosión de la uretra, bastando esto para demostrar la identidad de los dos órdenes de fenómenos observados. Poco insistiré en el hecho de que el enfermo era glucosúrico y, sin embargo, la observación que acabo de resumir en breves términos demuestra con sobrada claridad la gravedad de las intervenciones aun las más nimias, en los diabéticos; es indudable que el cateterismo practicado causó la muerte de este anciano, el cual puede considerarse entre los falsos urinarios diabéticos por mí descritos y á propósito de los cuales la comprobación de trastornos urinarios indeterminados pueden bastar para llamar la atención sobre las glucosurias é impedir el cateterismo.

Los accidentes infecciosos de que pueden ser asiento las vías urinarias tienen un mismo origen, ya se trate de lo que se llama fiebre urinosa ó bien infiltración de orina. Estos accidentes á pesar de cuanto se ha dicho, son de todo en todo independientes de la orina, la cual no desempeña otro papel que el de vehículo de los microbios infecciosos en su emigración hacia las profundidades de los tejidos, hacia el mundo exterior.

Las infecciones urinarias pueden estar localizadas en el aparato urinario y dar ó no lugar á una infección secundaria del organismo: pero no siempre son primitivas, es decir, nacidas en el aparato urinario; á veces pueden existir primitivamente en otros órganos y secundariamente fijarse en el aparato urinario; finalmente, hay ciertos casos en los cuales son á la vez primitivas y secundarias, es decir que, nacidas en un punto del aparato urinario, pueden volver á él después de haber determinado la infección general.

Es imposible actualmente admitir por completo la concepción de Velpeau, el cual consideraba como un envenenamiento especial lo que él llamaba envenenamiento urinoso, ya que los conocimientos que hoy poseemos nos obligan á hacer figurar las infecciones urinarias en el mismo cuadro que las infecciones de los demás órganos ó aparatos y el estudio de las infecciones del aparato urinario deben comprender todas las infecciones incluidas la gonococcica y tuberculosa.

No es siempre la fiebre el elemento más importante de la infección del aparato urinario, sobre todo desde el punto de vista del pronóstico la expresión «fiebre urinosa» debe ser borrada de la nomenclatura nosológica, y si fuese preciso conservarla, debería únicamente para esa forma que es análoga á la fiebre intermitente y que es acaso especial del aparato urinario; como

(1) «Bien sé yo que no era posible hacer un diagnóstico. Pero, en casos de traumatismos viscerales, en la duda, no debe abstenerse jamás.»

esa fiebre parece ser debida á la penetración en la sangre de las ptomainas disueltas en la orina, esta expresión «fiebre urinosa» podría serle aplicada, en espera de una denominación más patogenética.

La evolución de la infección urinaria variará según sean su punto de partida, su localización, su extensión y su generalización; según los agentes de infección, y, finalmente, según el estado anatómico de los órganos atacados y del tubo digestivo.

El tratamiento consistirá en aumentar la resistencia del organismo por medio de los tónicos, en favorecer la eliminación de toxinas y de los microorganismos con ayuda de los diuréticos, de la leche sobre todo; en emplear los antisépticos locales y generales; en practicar drenajes á lo largo de los conductos naturales (sonda permanente, etc.) ó artificiales (incisiones múltiples, ablación de los focos infecciosos, talla hipogástrica, uretrotomía externa é interna).—A. A.

Traumatismo ocular y salida de una catarata senil.—Sabido es de todos que, de las membranas del ojo, la menos elástica, la más friable pudiéramos decirlo así, es la esclerótica, deduciendo de esto como consecuencia lógica que en los traumatismos que afectan á la totalidad del globo ocular dicha membrana sea la más comunmente dividida, dando lugar á la salida de los medios del ojo, totalmente unas veces y parcial otras.

Un ejemplo curioso de este último caso ha sido presentado á la Academia Médico Quirúrgica de Madrid por nuestro amigo el ilustrado y hábil operador oculista Sr. Mansilla.

Una señora de 71 años padecía desde hacía 10 una catarata del ojo izquierdo. Cierta día llevando en las manos un botijo de agua, cayó al suelo en forma tal que la boca del botijo chocó con el ojo, choque que le produjo dolor intenso y sensación como de salida de algo del fondo de dicho ojo. Este accidente no le preocupó grandemente por cuya razón prescindió de toda consulta de médico aplicándose por inspiración propia paños de agua fría.

Con algunos dolores pasó doce ó más días sin ocuparse siquiera en ponerse un vendaje ocluser, cuando al cabo de este tiempo notó, cerrando el ojo derecho, que veía perfectamente con el que había sufrido el golpe. Desde entonces ha seguido viendo sin que la haya sobrevenido accidente alguno, sirviéndose admirablemente bien del ojo operado tan prodigiosamente.

La presencia en la consulta del Dr. Mansilla con el ojo derecho afecto de catarata dió lugar á que dicho señor recogiese los datos apuntados é hiciera un estudio del estado del ojo izquierdo el cual, dice, pareció haber sido objeto de operación reglada y ejecutada por hábil operador.

El hecho fué contusión del globo ocular en su totalidad, rotura de la esclerótica y salida del cristalino más duro que el resto de los medios del ojo colocándose debajo de la conjuntiva en cuyo sitio, sin provocar molestias, fué descompuesto y aburrido.

La mano de M. Berthelot, y la quiromancia.

Hé aquí el juicio libre y espontáneo que la célebre quiromántica Mme. de Thébés, de París, ha emitido al estudiar la copia fotográfica solamente de la mano de M. Berthelot, el célebre químico y hombre de Estado francés, sin duda uno de los espíritus más fecundos y variados de nuestro tiempo «Es la mano de un hombre notablemente dotado, que no se paga de palabras cuyas convicciones no se establecen más que sobre pruebas absolutas: el meñique, dedo de Mercurio, es largo y estriado... Hombre de costumbres simples, poco deseoso de brillar, desdeña los goces materiales: pasa el día entre los dedos. El pensamiento madura en la reflexión: los dedos son de articulaciones nudosas. Perseverancia más bien que voluntad, deseo de obrar más bien que necesidad de actividad: el pulgar es mixto. Prefiere á los goces del orgullo el contento de sí mismo y de la gloria íntima; el dedo de Júpiter (índice) es mucho más corto que el de Apolo (anular). La suerte no ha favorecido mucho es-

ta mano; el éxito se debe al talento y trabajo. Hay cierta falta de confianza en sí que hubiera podido embarazar su carrera si cierta fé en los sucesos no hubiera mantenido la esperanza y el optimismo: la línea de vida y la de cabeza se juntan sin anudar. se. Un bello surco sobre el monte de Apolo prometía reputación si bien algo tardía.» J. Leclercq, cuyo es el interesante artículo de que tomo estos datos, (1) añade por su cuenta el siguiente informe: «M. Berthelot, en su dominio científico, procede por intuición: debe *presentir* y *soñar primeramente*, viniendo después la observación minuciosa y la teoría para satisfacer su *necesidad de pruebas absolutas y de generalización.*» Según Leclercq, y este juicio sobre tan eminente químico lo confirma, *hay que creer en la quiromancia* aunque se duda de los quirománticos. El estudio de la mano, en efecto, que ha sugerido á M. Francis Galton tan minuciosos análisis y consecuencias prácticas sobre identidad, sólo fundado en gráficas que marquen las huellas de las estrias digitales (*Fingerprints*, vol. in-8º, Londres 1892), no puede ser descuidado ciertamente bajo el punto de vista psicológico. Dirigiéndonos más á la razón que á la superstición, valiéndonos de un método experimental y riguroso basado en conocimientos psicológicos y una filosofía social (manos de presos, clientela hospitalaria, alienados, etc. etc.) podría seguramente arrancarse la quiromancia de entre los charlatanes: del empirismo pasaríase á la teoría, y á fuerza de práctica seria y razonada, podría hacerse de ella una rama de la verdadera ciencia antropológica.—V.

Tratamiento de los dolores fulgurantes en la ataxia.—Un nuevo modo de calmar los dolores fulgurantes de los atáxicos ha sido comunicado por el Sr. Blondel al cual ha servido de fundamento la suspensión que tan buen resultado presta en muchos casos.

El procedimiento consiste en tender sobre la cama al enfermo y, puestas las piernas dobladas sobre los muslos y éstos sobre el abdomen hasta tocar en la barba del paciente, mantener esta posición á beneficio de un lazo que pase por la nuca y por las corvas por espacio de cinco minutos (*Semana Médica*).

El tratamiento transcrito ha sido ensayado por dicho señor Blondel habiendo obtenido alivio en los ocho primeros días y curación al cabo de dos meses.

Este proceder al igual que el de la suspensión produce el estiramiento de la médula y es más cómodo y menos expuesto, produciendo idénticos resultados ya que hoy por hoy no vemos más que el estiramiento medular no dándonos cuenta del porqué de su efecto curativo ó mejor paliativo.—A. A.

Grippe y reumatismo.—Continúa debatiéndose en la Sociedad de Terapéutica (París) la relación de causa á efecto entre la grippe y el reumatismo. Estos afectos, así como el resfriado vulgar, se han considerado como entidades distintas si bien en todas las épocas ha habido quien les considera como unidos por ciertos grados de parentesco.

El Sr. Weber ponente, dice haber visto relación directa entre el resfriado vulgar al cual se refería al hablar de la grippe, descartándole de aquella infección de síntomas tan ruidosos, de complicaciones múltiples á veces tan graves; que es hasta el presente lo que todos entendemos por grippe.

No puede negarse que todos estos padecimientos tienen de común el presentarse bajo ciertas condiciones atmosféricas precécidas, atacar muchos individuos á la vez, localizarse de preferencia en tejidos similares y el de curarse casi siempre con una medicación igual (sería, pues, aventurado pensar que son una misma afección en medio de su aparente variedad y que ésta depende de cambios de virulencia del germen productor común á todas y de condiciones de terrenos hoy desconocidas? Yo he podido observar la eficacia casi específica del salicilato de sosa en la grippe, años 1890 y 91, en el reumatismo en el cual es considerado por todos como remedio único, y en el resfriado fiebre catarral vulgar en la cual, si bien es verdad que tiende en toda ocasión y con todo remedio á la curación rápida, he creído notar mayor rapidez en su curso hacia la curación.

(1) *Rev. Encyclop.* La Chiromancie et ce qu'il faut en croire.