

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVIII

Bilbao—Octubre—1912

Núm. 214

Sumario

Sr. Bolívar. El agua, el tifus y la sueroterapia antitífica. Disertación en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Artículos originales: **Sr. Soltura.** La Helio-Marinoterapia.

Revista de Revistas.— Bibliografía.—1) **Carlos R. Cabello.** Algunas consideraciones acerca del vértigo en general.—2) Tratamiento del reumatismo agudo por las inyecciones intravenosa de sublimado.—3) **Doctores Samuel Ecrnheim y Enrique Parmentier.** Las escuelas al aire libre son un factor poderoso de profilaxia y curación de la tuberculosis.—4) **Dr. G. Barbier.** La práctica de la zomoterapia en la tuberculosis.—5) Contagio del reumatismo.

Sección profesional.

El agua, el tifus y la sueroterapia antitífica en Bilbao

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

SEÑORES ACADÉMICOS:

Con el título «El agua, la fiebre tifoidea y la sueroterapia antitífica en Bilbao», hemos oído una brillantísima disertación del eminente clínico y elocuentísimo orador Sr. Ledo, la cual, en mi concepto, pudo tener lugar, no sólo en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, sino en otro Centro análogo de cualquiera otra población importante, pues nada nuevo que afecte á las aguas de la Villa hemos oído en tan notable conferencia.

Esta conferencia ha motivado la intervención, siempre brillante, de los Sres. Areilza y Echave-Sustaeta; el primero, estudiando las fiebres, y en especial la tifoidea, desde la antigüedad hasta nuestros días; y el segundo, demostrando los grandes conocimientos que posee en lo que concierne al problema de las aguas, tanto en su aspecto geológico como en el químico y bacteriológico.

Grandísimo interés ha despertado este asunto, no sólo entre las Académicos, sino también entre los individuos pertenecientes á nuestras Corporaciones y en el público todo de Bilbao, que con marcada impaciencia espera las conclusiones que de aquí salgan y que yo no dudo que el Sr. Ledo someterá á la consideración de la Academia.

Esta impaciencia es una derivación lógica de la alarma, injus-

ta en mi concepto, que produjeron precisamente las autoridades sanitarias, cuando pregonaban por medio de la Prensa la existencia en Bilbao de una *terrible epidemia de fiebre tifoidea* que causaba víctimas diarias, y pedían que el Laboratorio Municipal emitiera á diario—nada menos—dictamen sobre el estado bacteriológico de las aguas que alimentan la población.

En esa época, contagiados acaso por los alarmistas y olvidándose de la existencia de un Laboratorio oficial, en el que con grandísimo celo y competencia trabajan dos distinguidos compañeros nuestros, se hablaba de hacer venir á Bilbao al ilustre Jefe del Laboratorio de Madrid, Sr. Chicote, ó á los distinguidos bacteriólogos Sres. Mendoza ó Pitaluga, para que investigasen en las aguas de la Villa las bacterias patógenas que pudieran contener, pero sobre todo para que nos dijeran en qué proporciones se encontraban el bacilo de Eberth y los paratíficos A y B. Pero ya que estos deseos no se realizaron, se utilizó la permanencia en nuestra Villa del sabio Catedrático de Histología y Técnica micrográfica de la Facultad de Medicina de Valladolid, Dr. López García, para efectuar el examen bacteriológico de las aguas, previa autorización, si no oficial, oficiosa, de la Alcaldía, para la recogida de las mismas. Estos pasos oficiales ú oficiosos, en los que se prescindió en absoluto del Laboratorio Municipal y de su Jefe, fueron pronto conocidos por parte del vecindario, y no es de extrañar que al tener conocimiento de que á esta Academia ha venido el asunto, se espere con impaciencia nuestra última palabra sobre problema que tanto interesa á todos.

Me felicito de que se encuentre ya entre nosotros mi querido amigo y compañero, el competentísimo Jefe del Laboratorio Municipal, al cual debemos reconocer verdadera autoridad para tratar este asunto, pues nadie con más asiduidad y mejor acierto ha seguido durante los diez y ocho años últimos el problema de la potabilidad de las aguas de Bilbao y sus relaciones con la epidemiología de la Villa, como lo demuestran sus trabajos publicados todos los años, así como los informes que semanalmente emite, sobre la materia, ante el Excmo. Ayuntamiento.

Me propongo tratar de las cualidades de las aguas de Bilbao peligros de contaminación que las amenazan, estadística de morbilidad y mortalidad en la fiebre tifoidea y de la inculpabilidad de las aguas en los casos habidos de esta afección durante los seis ó siete meses últimos.

Las condiciones de potabilidad en que á nuestra Villa llegan las aguas, han sido en general buenas, si bien hay que reconocer que en algunas circunstancias, y así lo ha hecho constar el Laboratorio, han acusado la presencia del «*B fluorescens fiquefaciens*» y del «*Coli comunis*», bacterias á las que se concede importancia en los casos en que coinciden con un aumento en la proporción de materia orgánica. El Laboratorio, constantemente ha llamado la atención de la Corporación municipal acerca de las condiciones del agua en su traída, de las influencias del medio ambiente, por venir al descubierto en algunos puntos, variaciones en el rendimiento de su caudal, que originan notabilísimas variaciones en la composición de la misma agua.

Esta variabilidad de composición, dependiente del estado del tiempo, seco ó lluvioso, es un peligro constante que nos amenaza, y expuestos á contaminación, como están, los cauces y arroyuelos que constituyen nuestro caudal de aguas, es lógico admitir la posibilidad de una epidemia de origen hídrico. Ante esta amenaza, el Sr. Arístegui, en su Memoria del Laboratorio, correspondiente al año 1907, dice: «que es necesario tomar las medidas pertinentes para evitar toda contaminación y proceder á una preventiva filtración que modifique las condiciones físicas y biológicas del agua». Para ello «propone que se cubra todo el trayecto en que las aguas vienen al descubierto, haciendo que vengan por tubería cerrada, y si no fuera esto posible, que se establezca una zona de protección, la cual será cerrada con alambrado, y que vigilando escrupulosamente los arroyos convergentes se evitaría que el agua pudiera contaminarse. También manifiesta su convicción sobre la necesidad de la filtración, pues es frecuente que nuestra agua potable llegue opalina y aun turbia en la época de sequia». En trabajos posteriores insiste el Sr. Arístegui en patentizar el peligro de contaminación que á nuestras aguas amenaza, señalando una vez más en 1909 y en 1910 cómo en determinadas circunstancias deja bastante que desear el agua, tanto bacteriológicamente como en lo que á la proporción de materia orgánica se refiere, y propone el medio de evitar tales peligros.

Todo esto nos demuestra:

1.º Que el agua de Bilbao, aunque en general de buenas condiciones de potabilidad, se halla expuesta á una posible contaminación, señalada insistentemente por el Laboratorio Municipal, y que, según parece, se va á evitar procediendo á su filtración.

2.º Que el Laboratorio Químico Municipal ha trabajado, en cuanto á las aguas se refiere, con un celo y competencia dignos del mayor elogio, señalando los momentos del peligro de contaminación.

Así que no ha dejado de extrañarme la oficiosidad que ha revestido cuanto á la recogida de muestras para la realización del análisis bacteriológico de las aguas se refiere, preescindiendo de la cooperación del Laboratorio Municipal, que cuenta con personal tan familiarizado con estos trabajos y donde se encuentran cuantos elementos exige hoy la bacteriología para el examen de las aguas.

Valor de la estadística

Es preciso reconocerlo, muy grande é indiscutible, pues aun en el supuesto de que en ocasiones, como hizo mención el señor Ledo, por lo que se refiere á las que afectan al Cuerpo especial de Médicos Directores de Baños, adolecen de defectos, siendo éstos en su repetición y proporción semejantes, no deja de tener su importancia la estadística, siempre que abarque varios ejercicios, pues su diferencia ó semejanza nos orienta sobre el asunto á que la clasificación se refiere.

En el caso concreto de que nos ocupamos, la estadística es la única que nos acusa la verdadera situación sanitaria de nuestro pueblo, pues tanto el servicio de desinfecciones como la Inspección municipal de salubridad y la Inspección de cadáveres, se preocupan de consignar en sus estadísticas todos los casos de enfermedades contagiosas, así como las defunciones habidas por este concepto. Nos dijo el Sr. Ledo que en lo que se refiere á la fiebre tifoidea, existen omisiones en la declaración, debidas á la dificultad de diagnóstico que á veces ofrece; pero yo supongo que, aun en estos casos, el Médico incluirá el caso dudoso en el grupo de infecciones intestinales ó en el de fiebres gástricas ó en fiebres infecciosas, pues de todas estas enfermedades se hace mención en las estadísticas sanitarias que en Bilbao se publican oficialmente; y algún valor concede el Sr. Ledo á la estadística cuando él invoca, precisamente, la de cuatro distinguidos compañeros nuestros.

En Bilbao, juzgando por los datos que yo he podido proporcionarme, creo que no es alarmante el número de víctimas que la fiebre tifoidea hace, observándose, como en todas las poblaciones

civilizadas, que disminuye el coeficiente de mortalidad por fiebre tifoidea de un modo notable; así vemos que dicho coeficiente, que durante el quinquenio de 1897 á 1902 fué de 7,9 por 10.000, en el de 1902 á 1907 bajó á 4,96 por 10.000 y en el último de 1907 á 1912 ha llegado á 3,3 por 10.000, y es de observar que absolutamente todos los años la exacerbación de la epidemia corresponde á los cinco meses últimos, sin que ningún año de los diez últimos, por lo menos, haya revestido caracteres epidémicos. Conviene tener en cuenta que durante estos diez años los distritos habitados por la clase acomodada son los que mayor tributo de morbilidad han pagado á la fiebre tifoidea, correspondiendo á los de la Gran Vía y Estación el 12,50 y el 10,40 por 10.000, respectivamente, de promedio anual, mientras que á los distritos pobres de las Cortes, Bilbao la Vieja y San Francisco, no ha correspondido más que el 6,84, 7,21 y 7,81 por igual número de habitantes.

Esta predilección del bacilo de Eberth por la clase acomodada se ha acentuado aún más en Bilbao durante esta última época, como nos demostró el Sr. Ledo, pues mientras cuatro ó cinco Médicos que visitan en la clase acomodada contaban con cuarenta ó cincuenta casos, veintitrés Médicos municipales manifestaban que entre todos ellos no contaban más que con *dos* casos solamente.

El recrudecimiento de la fiebre tifoidea que nos apuntaba el Sr. Ledo puede considerarse inapreciable, pues vemos en Bilbao y en todas las poblaciones que durante el otoño aumenta el número de invasiones tifoideas y decrece durante el invierno, y, á pesar de ello, el coeficiente de mortalidad por fiebre tifoidea en Bilbao durante el año de 1911 no ha sobrepasado la cifra de 3,89 por 10.000 habitantes, cifra que hay que compararla con la de otras poblaciones.

Vitoria	= 3,03	×	10.000	habitantes.
San Sebastián	= 6,04	×	»	»
Santander	= 4,33	×	»	»
Zaragoza	= 4,34	×	»	»
Barcelona	= 7,53	×	»	»
Valencia	= 3,43	×	»	»
Madrid	= 2,70	×	»	»
Marsella	= 4,47	×	»	»

El Havre	= 2,18	×	10.000	habitantes.
Brest	= 2,36	×	»	»
Montpellier	= 2,50	×	»	»
París	= 1,35	×	»	»

Por estos datos vemos que Bilbao, á pesar de haber sobrepasado á los tres años anteriores en mortalidad por fiebre tifoidea, no tiene por qué alarmarse en la actualidad, pues á nadie puede ocultársele que la excepcional sequía experimentada durante el verano y otoño últimos, ha podido ser un factor capaz de contribuir al aumento de las invasiones habidas durante los meses últimos; pero no es de creer que el agua sea la culpable, porque en este caso hubiera sufrido fatales consecuencias la población entera, y en proporción aterradora, sobre todo en aquellos populosos barrios, en los que la higiene privada y aun la pública están tan abandonadas, y á pesar de lo cual no han sufrido alteración en el contingente de morbilidad ni en el de mortalidad por fiebre tifoidea desde el año de 1898, en que ésta revistió carácter epidémico, alcanzando la mortalidad en aquel año hasta el 14 por 10.000 habitantes, correspondiendo el recrudecimiento, también entonces, á la estación otoñal, y observándose en mayores proporciones en los distritos pobres.

Epidemias hídricas y portadores de gérmenes

Hace treinta años se consideraba el origen hídrico como el más importante en las epidemias de fiebre tifoidea; en esa época causaba en las poblaciones grandes estragos. El mal se extendía con rapidez; causaba numerosísimas víctimas y desaparecía pronto. «*Gravedad y marcha rápida* son los caracteres de las epidemias de origen hídrico», dice Machoux. Ahí tenemos en prueba de ello las epidemias de tifus de Lonville-le-Chenard, Fünfkirchen, Cherburgo, Plymouth, Besançon, Rouen, etc., que en todas ellas aparece con innumerables invasiones y luego de causar una mortalidad tremenda, desaparece en cuanto se ha evitado el empleo del agua que contenía el germen específico de la fiebre tifoidea. Hoy son rarísimas las epidemias hídricas de fiebre tifoidea, merced á la enérgica campaña de Brouardel y Chantemesse, en Francia, campaña que ha repercutido también en España, y en virtud de la cual los Municipios se preocupan de la pureza de

sus aguas, procurando se haga el captado en buenas condiciones y vigilando los canales aductores, aunque aún es preciso en nuestro país trabajar por llegar al perfeccionamiento que es de desear.

Sin embargo, podemos considerarnos en el comienzo de una nueva era: la de la desaparición de las epidemias hídricas.

Las pequeñas epidemias, las exacerbaciones de los estados endémicos, no son de origen hídrico; cada día se afianza más la creencia de que éstas son debidas casi exclusivamente á los llamados portadores de gérmenes, alrededor de los cuales aparecen contaminaciones escalonadas, que se repiten á veces durante largo tiempo. Felizmente, los bacilos así diseminados no son siempre peligrosos.

Sacquépée, Marchoux y Vaillant, estudian recientemente la importancia de estos portadores de gérmenes, señalando el caso de un colono que contaminó al personal que tenía á su servicio; una criada que sembraba la fiebre en las casas donde servía; un lechero que distribuía, en lugar del precioso alimento, un líquido de cultivo en el que pululaba el bacilo ebertiano,

Se concibe la importancia de los portadores si éstos son cocineros, criados, lecheros, panaderos ó portadores de pan y fruteros.

Las más apetitosas legumbres se recogen en aquellos campos en que el agricultor las ha rociado con abonos líquidos, tan ricos á veces en microbios patógenos. Las ostras y otros moluscos son á menudo acusados, á veces sin motivo; es cierto que han causado epidemias tíficas, pero esto es debido á encontrarse sumergidas en aguas infectadas; cuando se crían en parques bien atendidos, son inofensivos dichos moluscos.

En la actualidad, puede considerarse que ha desaparecido el peligro de la contaminación de la fiebre tifoidea por medio de las ostras, pues recientemente ha ideado Mr. Fahre-Domergue, Inspector general de Pesca en Francia, unos depósitos de estabulación, capaces de facilitar al consumo diariamente 1.000 ostras por cada depósito, perfectamente depuradas y sin que hayan perdido sus cualidades.

Servicio municipal de desinfecciones

También nos ha hablado el Sr. Ledo de las condiciones defectuosas en que el servicio de desinfecciones funciona en Bilbao, pues que sus empleados se limitan á recoger la ropa sucia y á devolverla lavada.

Yo soy el primero en reconocer, y conmigo el digno Jefe de fumigadores, Sr. Aristegui, que existen deficiencias en dicho servicio, que convendría una instalación apropiada de un Centro fijo con abundancia de material, establecimiento de un espléndido servicio de conducción de ropas, enfermos y cadáveres, aumento en el personal, etc.; pero todo esto lo viene solicitando insistentemente el Sr. Aristegui de la Corporación municipal; sin haberlo conseguido hasta el presente. Por lo demás, yo puedo asegurar al Sr. Ledo que el Cuerpo de fumigadores no se limita al cambio de ropas, sino que tan pronto como el Médico comunica la existencia del caso de enfermedad infecciosa, y *esto no siempre ocurre*, se practica la desinfección de los retretes, se recoge la ropa que en la casa entregan, se regala un paquete de cloruro de cal y unas instrucciones para que la familia, al ponerlas en práctica, evite la contaminación de la enfermedad; todo ello se repite á diario hasta el término de la enfermedad, y entonces se efectúa una desinfección general y enérgica en todas las habitaciones.

CONCLUSION

Ahora nos falta averiguar cuál es la causa que no nos permite desterrar esta afección, como endemia, de nuestro pueblo.

¿Es el agua? ¿Es la leche? ¿Son las ostras? ¿Son las legumbres y frutas? ¿Son las condiciones atmosféricas especiales de la estación otoñal? ¿Es la deficiencia en las desinfecciones? ¿Son los portadores de gérmenes?

Es esto lo que la Academia debe estudiar, y si con sus conclusiones alienta á las Corporaciones á que trabajen para evitar el mal, se habrá conseguido realizar una grandiosa obra de humanidad.

HE DICHO.

I. LA HELIO-MARINOTERAPIA

por el
DOCTOR SOLTURA

La antigua y acreditada cura marina, consistente en tomar aires y baños de mar en las playas ó embarcándose en veleros de largo viaje, ha sido la base que actualmente ha guiado á los Médicos para recomendar la helioterapia combinada. Parece que se ha ejecutado una reacción contra el cúmulo incesante de medicamentos nuevos, muchos de ellos de moda, para tener crédito y fama, evitando fracasos é intoxicaciones crónicas.

La asociación de los métodos talasotérapico y heliotérapico constituye, pues, la cura heliomarina simple ó íntegra, según que se use ó no de los baños de mar.

Estos serán eliminados en los casos de heridas, trayectos fistulosos y aparatos que se aplican con el objeto de inmovilizar una región.

Ahora bien; ¿cómo obran el sol y la mar, agentes de esta cura?

El sol actúa sobre el organismo por sus rayos caloríficos y químicos. Los primeros, en efecto, elevan la temperatura de la piel provocando la hiperemia, aceleran la cicatrización de las lesiones locales de una manera natural, como se consigue empleando el aire caliente ó el recalentamiento luminoso artificiales. La temperatura del sol en forma de baño alcanza algunas veces á 40° ó más.

La acción de los rayos caloríficos se halla demostrada, aun en el caso de hacerlos pasar á través de cristales que detienen en parte los de carácter químico. Su acción, por este hecho, es menos eficaz y rápida, como quiera que los rayos químicos ejercen una acción bactericida importante. De aquí la necesidad de que intervengan ambas clases de rayos, si ha de ser completa la terapéutica solar. Los rayos azules, violetas y ultravioletas son los más activos, y por eso la cura solar ejecutada en el borde del mar tiene un gran interés, por cuanto la superficie de él, actuando como un espejo, los refleja como si fuera un prisma.

El baño de sol puede ser local ó general. Salvo algún caso raro, como el de tratar la laringe, no debe usarse más que del general.

Para que el baño solar sea eficaz, he aquí cómo debe procederse:

«Durante los ocho primeros días de estancia el enfermo no »deberá estar sujeto á ningún tratamiento. A este período se le »considerará como de adaptación climatérica.»

Pasado éste se someterá al individuo diariamente á tres sesiones de insolación, de cinco minutos cada una, al nivel de los miembros inferiores solamente; á continuación estas regiones serán soleadas diez minutos y los muslos con las caderas, cinco minutos. Al tercer día de ejecutar lo dicho, se exponen al sol en tres sesiones de quince minutos para las piernas, diez á los muslos y cinco al tronco. Se continuará en los días sucesivos, subiendo hasta los hombros, á menos que aparezca un eritema solar que obligue á suspender las sesiones. Estas se prolongarán en la medida de tolerancia de los enfermos, hasta la pigmentación de la piel. Llegado este fenómeno, el baño de sol puede durar, sin inconveniente, algunas horas, si no hubiese aire fresco que lo hiciera desagradable.

Los Médicos naturistas, en Alemania Malgat y Montenis en Francia, recomiendan que el baño debe durar de 20 á 40 minutos, según la edad y condiciones del paciente. Debe evitarse en los que tienen lesiones pulmonares y cardíacas, que la duración del baño sea largo. En general, el organismo humano es muy tolerante con el baño de sol, y es asombroso el resultado que se obtiene en los débiles y tuberculosos óseos.

El mar con el sol es un agente maravilloso en esta cura naturista, pues permite alternar con la hidroterapia y un aire excitante para modificar el organismo en su resistencia.

El baño de mar puede tomarse, como se sabe, en la playa, piscina ó bañera. El primero, cuando la suavidad del clima es á propósito, como ocurre en el Mediterráneo, puede tomarse todo el año por los sujetos que carecen de lesiones en evolución en la pleura, pulmones, huesos y articulaciones, y sólo son convalecientes de manifestaciones óseas, articulares, ganglionales, etc. En invierno este baño debe ser corto, tres á cuatro minutos, seguidos de una buena reacción al sol por ejercicio metódico. En el verano su duración puede llegar á quince minutos, según los casos.

El baño en piscina suele ser tibio (30 á 32°) y es aplicable á todos los débiles para quienes el baño frío parezca brutal, especialmente en el invierno; á los niños de circulación sanguínea lenta y de difícil reacción. Si la natación se ejecuta en el baño contribuye á su mejor modo de actuar.

El baño en bañera suele ser caliente y es por excelencia el que más conviene á los muy pequeños, raquítics, atrépsicos, bebés y tuberculosos múltiples. En los adultos da buenos resultados en las inflamaciones tórpidas del peritoneo y en los reumatismos tuberculosos. Su duración debe ser larga (media hora ó tres cuartos).

Ahora bien: ¿cuáles son las indicaciones y dosis precisas de ambos medios ó de su asociación en esta cura? ¿Bajo qué forma debemos prescribir la helioterapia local y general, baño de playa, piscina, etc.?

Todo ello es una cuestión de tanteo y no puede precisarse en absoluto. Sin embargo, señalaremos algunas bases generales.

1.^a Los enfermos de osteo-artritis en evolución, trátense de coxálgicos, escapulálgicos, mal de Pott ó de otro tumor blanco, bien inmovilizados en aparatos á propósito, serán sometidos al baño de sol cotidiano.

2.^a Los óseos, los osteo-articulares póticos ó coxálgicos curados, portadores ó no de aparatos amovibles; los ganglionares, peritónicos, anémicos, pleuríticos afebriles, tomarán diariamente el baño de sol y el de mar en playa.

3.^a Los raquítics, óseos curados cuyo estado general haya quedado en mediano funcionamiento, todos los débiles, en una palabra, serán tratados por el baño de sol y el de mar, según las indicaciones individuales, en piscina ó bañera.

Estas bases nos dan una idea de las indicaciones y contraindicaciones de la cura helio-marina.

Los casos combatibles por medio de esta cura son numerosos y complejos, y, por tanto, no son susceptibles de una clasificación. Sin embargo, trataremos de agruparlos en escala, empezando con los más claros y frecuentes y terminando con los más raros y poco definidos.

Las tuberculosis óseas y articulares con localización única, constituyen la indicación más general y menos discutida. La

coxalgia, mal de Pott y el tumor blanco de la rodilla, sometidos á la cura helio-marina, curan en un tiempo relativamente corto y sin abcesos fistulizados, por su acción resolutive y sin atrofia ni anquilosis.

La tuberculosis ganglionar cura también mejor que con otros medios, pero á condición de que la cura dure por lo menos dos meses, si no hay supuraciones; pero si existen éstas es menos brillante el resultado. Los linfomas tuberculosos sufren una metamórfosis que los hace aptos para una intervención quirúrgica, aislándose el tumor del ambiente inflamatorio que le rodea.

Las tuberculosis quirúrgicas múltiples se modifican ó curan admirablemente.

Diversas localizaciones de la tuberculosis externa son dominables por esta cura: la peritonitis tuberculosa, en la cual el tratamiento solar simple da buenos resultados; la tuberculosis genital, cutánea, pleural afebril, reumatismo tuberculoso, entran igualmente en esta categoría, así como ciertas afecciones cuya etiología bacilar no es bien clara, ganan mucho con la cura helio-marina. Se obtienen grandes mejorías en las anemias é inflamaciones crónicas de la región rino-faríngea.

En este estudio hemos omitido las afecciones médicas, porque casi siempre la cura de sol es la única que se emplea. Tratándose de la tuberculosis pulmonar, está probado el desastroso efecto que esta cura helio-marina produce en los enfermos, y por tanto no debe emplearse. También deben ser eliminados los bordes del mar, ciertos tuberculosos locales caquetizados por largas supuraciones, pues se acelera su muerte por generalización pulmonar ó meníngea de su enfermedad.

Teniendo en cuenta estas particularidades, la cura helio-marina está llamada á prestar grandes servicios en el tratamiento de las tuberculosis externas, y á su aplicación metódica deben tender las Corporaciones administrativas que puedan sostener Sanatorios marítimos. Afortunadamente, Vizcaya ha empezado á construirlos por el pueblo de Górliz y con cargo á los fondos provinciales.

Ahora bien; donde no haya posibilidad de instalarlos, ¿no podría organizarse la cura helio-marina en forma reducida y artificial, tanto á domicilio como en un Hospital? Creemos que

sí. El baño de sol puede tomarse sobre una terraza ó campo seco; el baño salado, en el servicio hidroterápico, sin causar grandes dispendios. Por tanto, es un servicio que debe preverse al construir nuevos Hospitales, y especialmente los destinados á niños.

Esta medida no dispensaría de ningún modo el que la Administración pública tuviera asilos marinos, porque la cura helio-marina íntegra no puede hacerse más que en el mar.

De todos modos, la cura helio-marina será el tratamiento del porvenir en las tuberculosis quirúrgicas, como quiera que se verán reducir cada vez más las intervenciones y los aparatos enyesados cederán su puesto de una manera casi exclusiva á inmovilización sobre catre ó hamaca con aparatos amovibles muy ligeros. Veremos desaparecer esas atroñas graves al salir el paciente de su aparato enyesado; no habrá de discutirse el valor de las substancias fundentes ó resolutivas empleadas en suturas ó inyecciones. El sol, en sus aplicaciones externas, es sin duda alguna el mejor resolutivo, hasta el punto de que en muchos casos evitará las anquilosis, si el enfermo y Médico se acuerdan á tiempo del empleo de tan benéfico medio.

En suma, la cura helio-marina completa consta: de aire oxigenado en exceso, sol y agua mineralizada, que metódicamente empleados, según los individuos y lesiones que padezcan, merece toda la atención de los prácticos, prefiriéndola á todos los medios farmaco-quirúrgicos en la medida de lo posible, con lo cual se aproximarán más al naturalismo médico, que es la tendencia más racional en el presente tiempo.

Revista de Revistas.—Bibliografía

1) **Carlos R. Cabello.**—Algunas consideraciones acerca del vértigo en general.

En la clínica del profesor Vidal, de París, he tenido ocasión de observar varios casos semejantes al que voy á relatar, cuyo recuerdo me ha inspirado algunas consideraciones respecto al asunto que da nombre á este artículo.

Se trataba de un sujeto de cuarenta años, de constitución robusta, de apariencia aplopética, sin antecedentes específicos ni historia patológica del oído. El enfermo se presentó en la clínica en un estado ver-



HEMEROTECA
MUNICIPAL
MADRID

tinginoso, constante, que hacía difícil é insegura la marcha, semejante á la del ébrio con cefálea intensa y también constante y vómitos frecuentes. El examen oftalmoscópico dió un resultado negativo; la prueba del vértigo voltaico acusó una acentuada resistencia para la producción; la tensión arterial, que ya clínicamente se sospechaba elevada por el aspecto congestivo del paciente, medida con el oscilómetro de Pachon, señaló una cifra muy elevada, 28.

Tal era á grandes rasgos el cuadro clínico: á pesar del resultado negativo del examen oftalmoscópico y de la ausencia de fenómenos de localización, los trastornos cerebrales eran tan intensos, que hicieron pensar en un tumor cerebral ó cerebeloso. En la clínica del eminente profesor Babinski, á donde el enfermo, en virtud de este diagnóstico fué trasladado, fué rectificado el juicio clínico. La hipertensión arterial extraordinaria del enfermo, la falta de éxtasis papilar y la observación de algunos otros casos anteriores semejantes á éste, inclinaron el ánimo á pensar en un estado vertiginoso por hipertensión arterial y consecutivamente cerebral y laberíntica.

En su consecuencia, y como medio curativo, le fué practicada una punción lumbar. Con ella, confirmando el diagnóstico, desaparecieron todos los fenómenos cerebrales (cefalalgia y vómitos), cesaron los vértigos y el enfermo desde el siguiente día, empezó á marchar con paso seguro.

En esta misma clínica tuve ocasión de ver algunos enfermos más, análogos al relatado. Eran sujetos con vértigos y trastornos cerebrales más ó menos intensos, debidos á un exceso de tensión arterial. En los casos que ví, la punción lumbar había hecho desaparecer los síntomas de una manera rápida. En alguno de estos enfermos se hace preciso repetir la punción al cabo de un plazo mas ó menos lejano (varios meses, generalmente) porque en tanto no se combata con éxito la hipertensión arterial, cuyo tratamiento debe comenzarse inmediatamente, el cuadro clínico puede volver á producirse.

La historia clínica precedente muéveme á hacer alguna consideración acerca del vértigo en general, del vértigo voltaico y su importancia para el diagnóstico de los auriculares, y de la punción lumbar como tratamiento de algunas de sus modalidades.

Es el vértigo una sensación ilusoria de desplazamiento de nuestro cuerpo con relación á los objetos circundantes. En realidad para que haya verdadero vértigo es necesario el estado consciente del individuo; la caída del pequeño ataque epiléptico, la pérdida brusca de conocimiento en la apoplejía son denominados impropriamente vértigos.

La sensación de desplazamiento ó caída puede producirse en todos los sentidos: en unas ocasiones el enfermo tiene la impresión de que el mundo exterior gira á su alrededor; en otras, el suelo parece hundirse y faltar bajo sus pies, en algunas se siente proyectado hacia adelante ó hacia atrás, etc., etc.

Todas estas sensaciones, aunque el enfermo tenga casi siempre la noción de que no son reales, provocan instintivamente movimientos de compensación y de protección por parte de la cabeza, brazos y piernas. La noción de la irrealidad del vértigo desaparece otras veces ante el temor de la caída, y una sensación de angustia más ó menos intensa, á veces lo bastante para obnubilar momentáneamente la conciencia y aun para determinar un síncope, le acompañan con mucha frecuencia.

Son asimismo frecuentes los trastornos sensoriales: impresiones luminosas, nieblas, obscuridad, entre los visuales; silbidos, zumbidos, ruido de campanas, entre los auditivos; trastornos gástricos, tales como náuseas, vómitos, pesadez de estómago; y laríngeos, cosquilleo, tos, constricción de laringe. Todos ellos pueden preceder ó seguir al vértigo; siguiéndole no tienen importancia etiológica; precediéndolo pueden constituir una indicación que permita clasificarle.

La noción de la situación exacta de nuestro cuerpo y de sus diferentes partes en el espacio se forma por la reunión de un sin número de sensaciones: los músculos, huesos y articulaciones, la piel, el sentido del oído y de la vista reciben impresiones que al hacerse conscientes en el sistema nervioso cerebral, le dan idea de la situación de las diferentes partes del cuerpo entre sí y con relación á los objetos del mundo exterior.

Pero hay un órgano especialmente absorto á darnos idea de nuestra situación en el espacio, órgano que en todos momentos y de una manera inconsciente marca y registra nuestra orientación é instintivamente provoca los movimientos necesarios á su equilibrio. De tal función está encargado el laberinto.

Constituido por los tres canales semicirculares, perpendiculares y comunicantes entre sí por el vestíbulo, en el líquido que los baña flotan las extremidades del nervio vestibular. Los cambios de posición de la cabeza y cuerpo determinan movimientos en el líquido que los llena y, por lo tanto, distintas excitaciones del nervio vestibular, cuyas fibras en su mayor parte terminan en el cerebelo.

El caracol está bañado por el mismo líquido que los conductos se-

micirculares; al servicio exclusivo de la audición recibe el nervio co-clear, que unido después al vestibular, pero conservando sin embargo, sus fibras independencia anatómica y funcional, formarán el auditivo. El uno es nervio del espacio, el otro de la audición; se concibe, pues, que dada la estrecha intimidad de sus relaciones anatómicas, los trastornos de uno de ellos afecten fácilmente al otro.

Del acuerdo perfecto de todas estas impresiones táctiles, visuales, auditivas y del laberinto, nace la noción del equilibrio, de su desacuerdo el vértigo, pero claramente se comprende la distinta influencia que para su producción tienen unas y otras. Así las sensaciones musculares táctiles ó periósticas la tienen insignificante, es más marcada la influencia de las visuales y auditivas, pero sobre todas le provocan frecuente é intensamente las alteraciones que recaen directamente sobre el sentido de la orientación en cualquiera de sus partes: laberinto, nervio vestibular ó cerebello.

El capítulo de los vértigos es uno de los más extensos de patología. No es mi propósito, ni cabe en los estrechos límites de estas líneas, hacer su descripción; basta para dar una idea de su infinita variedad, la siguiente enumeración de los más importantes:

Entre los que pudiéramos llamar normales ó fisiológicos, se encuentran el vértigo rotatorio, el vértigo voltáico, el de las alturas, etc.

Dentro de los llamados auriculares, por ser debidos á una lesión que recae directamente sobre el oído, hay una infinita variedad; desde el simple tapón de cerumen hasta las más extensas destrucciones del laberinto, todas las lesiones del oído pueden producirle más ó menos intenso, desde un simple desvanecimiento pasajero hasta la forma apoplética del vértigo de Meniere.

En casi todas las infecciones, fiebre tifoidea, viruela, escarlatina, etcétera, puede observarse, probablemente debido á una irritación anormal del aparato laberíntico por toxinas microbianas. A este grupo corresponde la enfermedad de Garlier ó vértigo paralizante que se observa en algunas localidades del Japón, enfermedad caracterizada por vértigos acompañada de trastornos visuales y parestias ó parálisis pasajeras de los miembros, que sobrevienen por accesos de dos á tres minutos de duración que se repiten durante una hora, separados por intervalos de días ó meses de salud completa.

Se presenta con carácter epidémico, lo que ha hecho que se la considere como enfermedad microbiana, aunque hasta la fecha no ha podido aislarse el germen productor.

Las intoxicaciones (alcohol, tabaco), la arterioesclerosis, muchas veces consecuencia de aquéllas, dan frecuentemente lugar al vértigo, que en este caso suele presentarse por la mañana al levantarse de la cama ó con ocasión de un movimiento brusco de la cabeza, de donde el nombre de vértigo de salto de cama, descripto por Rejis.

En las cardiopatías se observa á menudo de preferencia en las lesiones aórticas, con menos frecuencia en las mitrales.

En las lesiones del cerebelo y del cerebro: en las primeras frecuentemente por aquel órgano la parte central del sentido de la orientación; los segundos, por modificaciones de la presión inhalaberintica.

Se observan, en fin, con ciertas afecciones gástricas y laríngeas (vértigos reflejos) en la tabes y en la neurosis (histerismo y epilepsia).

El vértigo voltáico, citado entre los primeros, ha adquirido una importancia considerable en semeiología nerviosa, gracias á los interesantes trabajos de Babinski, que ha consagrado á su estudio una profunda labor investigadora.

El vértigo voltáico es fisiológico, es el que produce el paso de una corriente continua, colocando los electrodos en regiones determinadas de la cabeza, cuando aquella adquiere suficiente intensidad; conocido por Purkuige Brenner é Hiteig entre otro, las investigaciones de Babinski le han dado importancia capital en semecología nerviosa.

He aquí en qué consiste:

Cuando sobre las sienes ó apófisis mastoides de un sujeto se colocan los electrodos de una corriente continua, se observa siempre, en los sujetos normales, cuando ésta alcanza una intensidad de tres á cinco milliamperes (de uno á dos en los jóvenes), una inclinación de la cabeza *de lado donde está situado el polo positivo.*

Un movimiento de rotación de la cabeza, más ó menos marcado, acompaña casi siempre á este movimiento de rotación, es debido á que los electrodos no se colocan en puntos completamente simétricos y puede aumentarse exagerando aquella asimetría.

Tal es la descripción del fenómeno. Balbinski ha hecho interesantes trabajos experimentales y de investigación clínica con respecto á él. Le ha estudiado en palomas y cobayos, á los que de antemano había producido destrucciones más ó menos extensas del oído; le ha explorado sistemáticamente en la clínica, y de su concienzuda labor resumo las conclusiones siguientes, que le dan una importancia grande como medio de investigación clínica:

1.º En las lesiones del oído la inclinación de la cabeza tiene lu-

gar siempre, ó predominantemente del lado de la lesión, cualquiera que sea la situación del polo positivo.

2.º Cuando los dos oídos están enfermos, la inclinación se verifica á veces del lado más enfermo, puede faltar otras (en las destrucciones extensas y bilaterales), ó se hace hacia atrás. En todos estos casos, se observa generalmente una resistencia exagerada al vértigo voltáico, que á veces necesita el paso de una corriente de diez á quince milliamperes.

3.º La resistencia al vértigo voltáico se observa, asimismo, en los casos de exceso de tensión del líquido céfalo raquídeo (hipertensión arterial, tumor cerebral).

4.º En las sorderas de causa psíquica no existe de ordinario modificación del vértigo voltáico, ni tampoco en aquellos vértigos que no dependan de lesión del oído.

La exploración del vértigo voltáico puede pues evidenciar la naturaleza auricular del vértigo, es un valioso elemento de juicio para diagnosticar la causa psíquica ú orgánica de ciertas sorderas, pudiendo poner de relieve lesiones del oído que no hubieran dado lugar á grandes trastornos funcionales.

Todas las enfermedades del oído interno, y aún algunos del oído medio ó externo, traumatismos, trastornos vasculares, infección, tumores, etc., pueden modificar el vértigo voltáico.

En cambio, la presencia del vértigo voltáico normal indica la integridad del laberinto.

Pero esta regla no es absoluta, existen casos excepcionales de persistencia del vértigo voltáico normal ó con ligeras modificaciones, con lesiones pequeñas y unilaterales del oído; en estos casos, antes de afirmar la naturaleza neurósica de la afección, debe completarse la exploración la prueba del nistagmus calórico ó reflejo de Barany.

La circulación en el conducto auditivo externo de una corriente de agua caliente ó fría provoca la excitación de los canales semicirculares y la aparición de sacudidas nistágnicas. En las destrucciones del laberinto, la corriente de agua queda sin acción y la prueba es negativa.

Para su producción se utiliza un chorro de agua fría á quince grados, inyectado á unos ochenta centímetros de presión en el conducto auditivo externo, durante cuarenta ó sesenta segundos; al cabo de este tiempo, en los casos normales, mandando mirar al enfermo á derecha é izquierda, se produce un nistagmus cuando el individuo mira del

lado del oído no inyectado. Si la prueba se hace con agua caliente (es menos constante), el nistagmus tiene lugar cuando el sujeto mira del lado que se inyecta.

El vértigo voltaico debe completarse con el reflejo de Berany, ambos normales indican la absoluta integridad del laberinto.

Dos palabras para terminar acerca de la función lumbar: el enfermo que encabeza estas líneas fué curado con ella, é igualmente lo habían sido algunos más, que tube ocasión de ver. Erigida por Balbniski en práctica curativa de algunas modalidades de vértigos auriculares, ha dado excelentes resultados en gran número de casos.

Es eficaz, sobre todo, en lesiones del laberinto y en los vértigos por hipertención arterial é influencia también favorablemente los otros trastornos auriculares del síndrome de Meniere (zumbidos de oídos, hipoacusia), pero de una manera menos frecuente.

2).—Tratamiento del reumatismo agudo por las inyecciones intravenosas de sublimado.

Todo el mundo está de acuerdo actualmente en considerar al reumatismo articular agudo como una afección microbiana, debida á los gérmenes ordinarios (estafilococcus blancos) ó al bacilus específico (Klebs, Wilson, Leyden, etc.), ó á la asociación de gérmenes específicos y de gérmenes vulgares (Triboulet); por esto el reumatismo articular es, juntamente con el paludismo y la sífilis, una de esas raras enfermedades contra las cuales puede dirigirse un tratamiento específico que, como veremos, se limita á la administración del sublimado por las inyecciones intravenosas.

Las inyecciones intravenosas fueron introducidas en la terapéutica del reumatismo por Medel, generalizando las inyecciones localizadas de Bouchard; ambos emplearon el salicilato de sosa. Singer y Baccelli al mismo tiempo prescribieron las de bicloruro de mercurio, y éstas son el objeto del presente trabajo.

Aunque la práctica de las inyecciones intravenosas sea muy corriente, es conveniente tener en cuenta algunas precauciones y reglas, sin las cuales serían de temer, no grandes accidentes, pero sí pequeñas complicaciones sensibles para el enfermo y para el Médico. El instrumental es muy sencillo: una jeringa, una aguja y una venda, que puede ser de tela de hilo ó de franela. Respecto á la jeringa, debe preferirse la de cristal Luër, por tener la ventaja de ser perfectamente aseptizable y de una capacidad de dos centímetros cúbicos. La aguja

que debe emplearse es la de platino iridiado y fina; de este modo la herida es lo más pequeña posible, se penetra más fácilmente en la luz del vaso y la sangre no entra en gran cantidad en el interior de la jeringa. Finalmente, la aguja deberá ser corta, porque la vena está inmediatamente debajo de la piel, y de punta muy afilada para penetrar sin producir dolor.

Antes de practicar la inyección es necesario tener presentes las siguientes prácticas, que son las generales en las más sencillas prácticas quirúrgicas: explorar la región donde se ha de operar, esterilización de esta región, de las manos del operador y de los instrumentos.

En el caso particular que nos ocupa, puesto que se trata de penetrar en una vena, ¿cuál de ellas ha de elegirse? En términos generales, cualquiera vena puede ser objeto de una inyección medicamentosa. Desde luego, elegimos las venas del pliegue del codo, y sobre todo la *mediana cefálica*, porque las venas de esta región están muy marcadas por ser la piel muy fina, haciendo que aquéllas se transparenten con toda limpieza por la forma circular del brazo, que permite ejercer una compresión gradual suficiente para impedir el retroceso de la sangre en las venas sin detener su marcha en las arterias; y, finalmente, las venas de esta región son muy voluminosas y descansan sobre una capa de músculos muy espesa, para que no haya ningún peligro en introducir una aguja á través de sus tónicas.

Para ponerla de relieve es necesario hacer una ligera compresión sobre el biceps, próximamente unos 12 centímetros por encima del sitio de la inyección, con la venda colocada alrededor del brazo y apretada por medio de un nudo que sea fácil de quitar.

Una vez escogido el punto donde ha de practicarse la inyección, será minuciosamente lavado con agua jabonosa y friccionado con alcohol ó éter. La jeringa y aguja habrán sido previamente hervidas; se carga la jeringa de la substancia medicamentosa, haciendo salir una pequeña cantidad de líquido para asegurarse que la aguja está permeable. El operador, teniendo la jeringa cargada en la mano derecha, hará penetrar suavemente la aguja bajo la piel y á través de las paredes de la vena. Toda la dificultad de la operación estriba en esta manobra, que con un poco de costumbre y de prudencia es fácilmente vencida.

Es conveniente no hacer penetrar la aguja paralelamente al eje de la vena si se quiere evitar que aquélla penetre en las tónicas venosas, y tampoco en una dirección perpendicular, para no atravesar el vaso

completamente, sino en una posición ligeramente obligua, en relación con el eje del brazo.

Una sensación particular advierte al operador que la aguja ha penetrado en la luz del vaso, pues fácilmente podrá imprimir movimientos de lateralidad, lo que no podrá obtener si se hubiera penetrado en el espesor de las tónicas.

El Dr. Darier aconseja como medio más seguro de que se está en la vena, el practicar una ligera aspiración y observar la entrada de algunas gotas de sangre en el líquido de la jeringa.

Una vez observadas estas precauciones, el operador quitará con la mano izquierda la venda que rodea al brazo, y entonces se inyectará el líquido muy lentamente, operación que recomendamos con mucho interés por ser la más importante de toda la inyección intravenosa, como luego veremos. Hecha la inyección, debe retirarse la aguja rápidamente y aplicar sobre la picadura un trozo de algodón impregnado de colodion. La inyección bien hecha no debe dejar ninguna induración en los alrededores de la picadura.

Durante el tratamiento, las inyecciones deberán practicarse alternativamente en cada brazo, á fin de no alterar las tónicas venosas.

Las dificultades son imputables más bien al operado que al operador. Aquél, por el mismo temor, puede ejecutar algunos movimientos que dificulten la introducción de la aguja; pero la verdadera y única dificultad estriba en el escaso desarrollo del sistema venoso subcutáneo, bien porque las venas sean pequeñas y por estar poco marcadas, ó bien porque estén ocultas en un tejido adiposo muy abundante. Pero en este caso el práctico escogerá la vena más á propósito, cualquiera que sea la región.

Frecuentemente se habla del peligro de introducción del aire en el interior de las venas, pero este peligro no existe. Según el Dr. Darier, se pueden inyectar en las venas del brazo, sin ningún temor, jeringas enteras de aire. Este peligro existe en las grandes venas, por ejemplo, en las venas yugulares.

Hemos insistido sobre la precaución verdaderamente fundamental de introducir el líquido con gran lentitud en el interior de la vena, porque la inyección hecha bruscamente en la circulación venosa lleva al corazón derecho un aflujo de sangre anormal, destruyendo el equilibrio hidráulico del corazón y provocando el espasmo.

Podremos, pues, decir en conclusión, que las dificultades de las inyecciones intravenosas no existen para el Médico experto, y que no

hay que temer ningún accidente, ni grave ni ligero, si se inyecta cuidadosa y prudentemente.

Las ventajas de este procedimiento son la de todas las inyecciones intravenosas: la introducción inmediata y absorción total de la dosis medicamentosa en todos los puntos del organismo. La introducción es inmediata por su modo de penetración en el torrente circulatorio; la absorción es total, puesto que toda la dosis medicamentosa es lanzada á la circulación y repartida por la sangre á todos los centros que ésta riega. La gran superioridad de este método consiste en que se puede dosificar exactamente la cantidad de medicamento introducido en el organismo, y, además, en que esta dosis, como hemos dicho, es totalmente absorbida.

Los bienhechores efectos de este tratamiento consisten en la sedación rápida del dolor, en el descenso de la temperatura, en la supresión de las complicaciones viscerales y en la pronta curación de la enfermedad, pues bastan de cuatro á seis inyecciones para conseguir esto último.

La fórmula que usamos es la siguiente:

Bicloruro de mercurio. 20 miligramos.
 Agua destilada. 10 gramos.

(Para diez ampollas.)

Dosis: dos miligramos por día, que corresponde á una ampolla (1).

Con objeto de no molestar al lector, presentaremos sólo tres casos (2) de los más interesantes que hemos tenido ocasión de observar en las salas del Hospital General, números 13 y 14, durante este verano.

Pero antes de hacerlo consignaremos con verdadero gusto que donde empezamos á practicar el tratamiento objeto de este modesto trabajo, fué en la Clínica de nuestro querido maestro el ilustre Doctor Huertas, en el año 1903.

Observación primera.

C. F., de diez y nueve años, soltera, sirvienta, ingresa en la Clínica el día 29 de Agosto de 1906.

Se presenta en la Clínica con todas las articulaciones tumefactas, enrojecidas y acusando dolores espontáneos y considerablemente au-

(1) Singer ha empleado con éxito la dosis de *un centigramo* en casos graves, con complicaciones viscerales y en individuos en que había fracasado el salicilato de sosa; bastaron también en estos casos de seis á ocho inyecciones.

(2) De los 100 que hemos tenido ocasión de tratar en nuestra práctica profesional.

mentados por la presión y por el menor movimiento; sudores abundantes, orinas escasas; encendidas y cargadas de uratos y carbonatos. Temperatura del día de su ingreso por la tarde, 39°,9. Aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio, en completa integridad.

Diagnóstico: Reumatismo poliarticular agudo.

Tratamiento: Dieta de leche y una inyección intravenosa diaria de dos miligramos de sublimado.

Día 30.—Primera inyección: la mejoría se inicia por tener la enferma menos dolores, por poder mover algo los brazos.

Temperatura de la mañana: 39°,5; la de la tarde, 39°,2.

Día 31.—Segunda inyección: son menos los dolores y la hinchazón de las articulaciones; la temperatura baja también, como vemos.

Temperatura de la mañana, 38°,7; de la tarde, 38°,4.

Día 1.º de Septiembre.—Tercera inyección: desaparecen por completo los dolores y la enferma puede moverse y adoptar toda clase de posiciones (antes no podía más que la de decúbito supino).

Temperatura de la mañana, 38°; de la tarde, 37°,5.

Día 2.—Cuarta inyección: sigue la mejoría.

Temperatura de la mañana, 37°,7; de la tarde, 37°,1.

Día 3.—Quinta inyección: temperatura de la mañana, 37°; de la tarde, 37°.

Día 4.—No se pone ya ninguna inyección en los siguientes días, y la temperatura es normal; se pone a la enferma ración de gallina, vino y leche, y así sigue hasta el día 20 de Septiembre, que es dada de alta por curación.

Observación segunda.

G. O., de cuarenta y tres años, soltera, sirvienta, ingresó en la Clínica el día 13 de Agosto de 1906.

Se presenta en la Clínica con dolores en la pierna derecha y brazo izquierdo, hinchazón en la articulación de la mano izquierda, cuya piel aparecía brillante; los movimientos de la mano y brazo izquierdo no los podía realizar la enferma por los dolores que se la provocaban al más ligero movimiento y presión.

El día de su ingreso por la tarde tenía de temperatura 38°,4.

Diagnóstico: Reumatismo articular agudo.

Tratamiento: Dieta de leche y una inyección intravenosa diaria de sublimado de dos miligramos.

Día 14.—Primera inyección: se inicia la mejoría con menos dolores y baja la temperatura, como más adelante veremos.

Temperatura de la mañana, 38°,4; de la tarde, 38°.

Día 15.—Segunda inyección: ya se la puede hacer algunos movimientos en la articulación de la mano.

Temperatura de la mañana, 37°,8; de la tarde, 37°,2.

Día 16.—Tercera inyección: desaparecen los dolores del brazo y pierna derecha.

Temperatura de la mañana, 37°,1; de la tarde, 36°.

Día 17.—No se pone ya ninguna inyección, y la enferma no tiene dolores y mueve la articulación de la mano izquierda; temperatura normal.

Se la pone á ración de gallina, vino y leche, y se la da de alta el día 10 de Septiembre de 1906.

Observación tercera.

P. M., de veintitún años, soltera, sirvienta, ingresa en la Clínica el día 26 de Septiembre de 1906.

Se presenta en la Clínica con grandes dolores por todo el cuerpo; la articulación de la mano derecha tumefacta, hinchada y con grandes dolores á la presión cuando se la trata de hacer algún movimiento.

El día de su ingreso tiene de temperatura 37°,9.

Diagnóstico: Reumatismo articular agudo.

Tratamiento: Dieta de leche é inyección diaria de sublimado.

Día 27.—Primera inyección: se inicia la mejoría con menos dolores y la temperatura baja.

Temperatura de la mañana, 38°; de la tarde, 37°,4.

Día 28.—Segunda inyección: adquiere movimientos en la articulación de la mano derecha.

Temperatura de la mañana, 37°; de la tarde, 36°,5.

Día 29.—Tercera inyección: desaparecen por completo los dolores y la articulación de la mano aparece normal, habiendo desaparecido la hinchazón.

Temperatura de la mañana, 37°; de la tarde, 36°,8.

Los demás días sigue bien sin inyecciones y se la pone á ración de gallina, vino y leche, dándosela de alta el 10 de Octubre.

*
* *
*

Terminamos este trabajo estableciendo las siguientes conclusiones:

1.^a La acción del bicloruro de mercurio es debida á su poder mi-

crobicida; introducido por la vía intravenosa se salvó de la influencia del hígado, lo que impide que se combine con el glucógeno, que atenuaría probablemente su toxicidad para los microbios (1).

2.^a Su manual operatorio es fácil al alcance de todos los prácticos y sin peligro si se toman ciertas precauciones.

3.^a Obra inmediatamente sobre la marcha del ataque reumático, calmando los dolores, haciendo desaparecer la temperatura, abreviando el período inflamatorio y el tratamiento, lo que es muy importante, porque previene ciertas lesiones graves que persisten habitualmente después de un ataque.

Y presenta, además, las ventajas que indicamos más arriba, de todas las inyecciones intravenosas.

El satisfactorio resultado que nos ha dado siempre hace que recomendemos con gran interés este tratamiento, de seguro éxito, de preferencia al salicilato de sosa.

3) Dræz. **Samuel Bernheim y Enrique Parmentier.** Las escuelas al aire libre son un factor poderoso de profilaxia y curación de la tuberculosis.

Los autores recuerdan las estadísticas de niños que el profesor Grancher y sus discípulos han hecho y que demuestran hay en las escuelas de París y de las grandes ciudades 15 por 100 de escolares tachados de tuberculosis. Generalmente se trata de manifestaciones latentes (adenitis, osteitis, tuberculosis cutánea, articular, etcétera), que no constituyen, sin embargo, lesiones patológicas graves para el porvenir del sujeto. Otras veces se trata de simple debilidad del organismo, que se halla en mal estado de defensa y que pueden ser debidas a una concepción defectuosa ó a malas condiciones higiénicas ó alimenticias. De todos modos, los niños pretuberculosos, ó tuberculosos ya, aprovechan muchísimo de la permanencia de las escuelas al aire libre. Curioso es observar que su instrucción no se retarda, aunque el programa es allí poco extenso y la mayor parte del tiempo lo absorbe la gimnasia, el deporte y los paseos.

Las escuelas al aire libre son fundaciones que deben difundirse más y más, considerándolas desde el punto de vista sanitario y pedagógico.

La escuela de externado tipo es la colonia escolar de Vesinet, fundada por la Caja de las escuelas del XVI barrio de París.

(1) E. Iglesias: *Anales de la Sociedad Española de Física y Química*, núm. 78.

Hay que fijar con precisión la duración de la permanencia de los niños allí para que aprovechen lo más que puedan.

La elección de los niños que deben aprovechar de las escuelas al aire libre, debe ser muy minuciosa.

Los escolares deben, por supuesto, recibir los cuidados necesarios, si su garganta y oídos son defectuosos.

Para facilitar su inspección, los niños serán repartidos en muchos grupos, según su morfología fisiológica.

Es de desear que en cada establecimiento haya un profesor de gimnasia racional ó un institutor especialmente educado.

Para estos ejercicios se agrupará á los alumnos según su morfología funcional, y los ejercicios serán apropiados para cada grupo.

Este método de adiestramiento físico, único racional, es el que acaba de ensayar en 70 regimientos el Ministro de la Guerra francés.

Los resultados obtenidos hasta hoy en las escuelas al aire libre, y especialmente en la escuela del Vesinet, son de los más satisfactorios.

Las estadísticas demuestran que las constantes físicas, peso, perímetro torácico, prueba dinamométrica, han aumentado en la generalidad de los casos.

Durante los dos primeros años que ha funcionado el sistema, la escuela al aire libre del Vesinet ha recibido 800 escolares que se hallaban en malísimas condiciones de salud, y con pocas semanas de permanencia en dicha escuela, estos alumnos han mejorado muchísimo.

La escuela al aire libre debe considerarse como uno de los agentes eficaces para la lucha contra la tuberculosis.

4) **Dr. P. Barbier, de París.** La práctica de la zomoterapia en la tuberculosis.

Estudiando primero los diferente extractos de carne, desde el punto de vista alimenticio, el autor demuestra: 1.º, la superioridad del jugo de carne fresca sobre los demás productos que se extraen de carne; 2.º la superioridad de la carne de caballo (riqueza en nitrógeno, en hemoglobina, presencia de glicóceno) sobre las demás carnes de matadero.

Por otra parte, los experimentos fisiológicos de Richert y Héricourt han demostrado que el plasma muscular era la única parte verdaderamente activa de la carne, y, últimamente, los experimentos de S. Bernheim y Rousseau, de Petit, han comprobado la superioridad del plasma muscular equino en el tratamiento de la tuberculosis.

En fin, la clínica está de acuerdo con la química y la fisiología

para demostrar: 1.º, la superioridad de la carne de caballo sobre las demás que se consumen crudas (ausencia de larvas de tenia, rareza suma de la tuberculosis caballar); 2.º, la superioridad del jugo de carne sobre la carne cruda misma (ausencia de repugnancia de parte del enfermo). Tolerancia perfecta.

El plasma muscular equino ú *horsina*, preparación industrial que presenta todas las garantías necesarias (animales bien descansados y reconocidos perfectamente sanos por el servicio de Sanidad, carne metida en prensa y esterilizada, por lo menos dos horas después del degüello), corresponden enteramente á todos los desiderata que el autor expresa; en su trabajo son relatadas unas treinta observaciones clínicas, que justifican enteramente la confianza que se puede acordar á esta preparación.

5) Contagio del reumatismo.

Se han preguntado algunos autores si se podía considerar el reumatismo articular agudo como contagioso, á lo menos en ciertas circunstancias. El Dr. Luis Monnier ha hecho en su *Tesis* el estudio de esta cuestión, habiendo reunido buen número de documentos que tienden á resolverla por la afirmativa.

Del *Journ. de Méd. et de Chir. prat.* tomo un extracto de la notable publicación del Dr. Monnier.

Por de pronto, hay un hecho que parece no admite duda y es que el reumatismo, por su origen microbiano probable, aunque no demostrado todavía, por algunas de sus manifestaciones, tales como la angina inicial, la endocarditis, la fluxión de las grandes serosas, etc., se conduce como una enfermedad infecciosa.

Por otra parte, el reumatismo se porta también como una enfermedad epidémica. Tanto es así que, en una estadística referente á los hospitales de Lila, el Dr. Monnier ha demostrado que, en 1911, el reumatismo había sido unas tres veces más frecuente que en los años precedentes. Además, marcando sobre un plano las habitaciones de todos los enfermos del citado año, el Sr. Monnier ha encontrado que el mayor número de casos de reumatismo estaban agrupados en núcleos muy circunscritos.

De la noción epidémica á la noción de contagio no hay gran distancia. El autor cita varias observaciones personales, en que se ve á los diversos miembros de una misma familia atacados sucesivamente en tales condiciones, que la trasmisión por contagio puede, verdaderamente, sospecharse.

Por otra parte, Thoresed afirma haber visto en un caso, hacerse la transmisión, sirviendo de intermediario terceras personas.

Felrkamp y Friedlander afirman igualmente haber observado casos de contagio en el hospital, añadiendo el segundo que el contagio era tan manifiesto, que en el hospital de Leipzig se creó un servicio de aislamiento para los enfermos de reumatismo.

Hay que citar también las estadísticas de Edlefsen, que ha observado que en Kiel el reumatismo como el tífus y la pneumonía, daba lugar á epidemias que invadían toda una casa.

Finalmente, Fiessinger ha visto en Oyonnax, departamento del Ain (Francia), cebarse el reumatismo articular agudo durante varios años en una docena de habitaciones.

Si todos los hechos citados no permiten afirmar la contagiosidad de reumatismo, á lo menos son muy favorables á esta hipótesis.

Sección Profesional

IV CONGRESO NACIONAL DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

Extracto de las sesiones, por el Dr. Fernández Vellilla

Bilbao, 26, 27, 28 y 29 de Agosto de 1912.

Presidente: Dr. Castañeda.

PRIMERA SESION CIENTÍFICA

F. Rueda (Madrid).—*Error posible en la interpretación del signo llamado de la fistula.*—Expone un caso de un otorrético otónico antiguo, el cual, en el curso del tratamiento post-operatorio de una radical, cuando sólo faltaba por epidermizar la región vestíbulo-facial, siempre que se hacía el menor contacto en la región comprendida entre la fosa de la ventana oval y el conducto semicircular externo, se producía en el enfermo un vértigo intenso. Fuera del contacto no había fenómeno alguno laberíntico espontáneo ni provocado por las inyecciones de agua fría ó caliente. La sensación de vértigo se provocaba cuando se hacía presión con el espéculum neumático ó con una bolita de algodón, no ocurriendo nada cuando se enrarecía el aire. Con el estilete no se tocaba ningún punto de osteites. Después de epidermizada por completo, el fenómeno no tenía lugar.

El signo de la fistula no es patoneumónico de supuración laberíntica, pero sí un dato más dentro de un cuadro sindrómico.

Lo que sí nos indicará siempre que exista es que hay una congestión laberíntica.

La conclusión práctica del Dr. Rueda es que debemos siempre extremar la sepris del oído medio, en caso de presentación del fenómeno.

DISCUSION

Olavarría (Bilbao).— Dice que el signo de la fistula se presenta en todos los casos de destrucción del canal semicircular externo.

Botey (Barcelona).— Observa que hay casos de individuos que con laberíntico normal tienen nistagmus y vértigo. Se trata en estos casos de una hiperescitabilidad extraordinaria del laberinto.

G. Tapia (Madrid).— Cree que la falta de reacción calórica implica que el laberinto no es irritable, y esto indica, á falta de otras pruebas complementarias, que se trata de una laberintitis serosa con fistula.

R. Botey (Barcelona).— *¿Qué método de trepanación del laberinto debemos preferir?*— Presenta varios temporales muy demostrativos en los que se han hecho trepanaciones laberínticas por los métodos de Wenmann, Bourguet, Botey, Hautant y Rutinn.

Establece las conclusiones siguientes:

I.—Jamás se abrirá el conducto semicircular por encima de la caja, por el peligro que se correría de herir el séptimo par.—II. En la supuración del laberinto limitado al parecer al conducto externo, al vestíbulo ó al caracol, no se ejecutará la laberintectomía parcial anterior.—III.—En todos los casos de supuración crónica del laberinto, el método de Rutinn.—IV. Toda laberintectomía irá precedida de amplia radical á la gubia; el laberinto, á la fresa fosa.—V. Debemos preferir para los casos comunes el Rutinn, y para cuando hay complicaciones ó falta espacio, el Wenmann.—VI. Hay que abrir todo laberinto que no reacciona, aunque no tenga pus.

J. Falgar (Barcelona).— *Indicaciones y técnicas de la laberintectomía.*—Presenta un temporal transparente preparado por el procedimiento del Dr. Spalteholz. Deduce de su comunicación las siguientes conclusiones:

I.—En las laberintitis agudas, proceder inmediatamente al drenaje del oído medio, para luego, si no remite el proceso, hacer la laberintectomía.—II. En las prolaberintitis crónicas, trepanar el laberinto, estando sólo contraindicada la intervención en las tuberculosas.—III. En la elección de técnica, atender á la localización y extensión del daño.—IV. Para las laberintitis simples, los procedimientos de Hautant y Rutinn.—En las complicadas, el de Wenmann.—VI. No rehuir la práctica de los demás procedimientos siempre que con ellos se llene una indicación.

R. Castañeda (San Sebastián).— *Consideraciones acerca de tres casos de prolaberintitis.*—Expone detalladamente las historias de tres casos, deduciendo de ellas que la laberintitis serosa aguda sólo se diferencia de la purulenta por la reintegración de las funciones del laberinto, y que la parálisis facial que acompaña algunas veces á la laberintitis purulenta puede ser producida independientemente de ella, aunque concomitante.

E. Botella (Madrid).—*Investigaciones sobre los pretendidos efectos del salvarsan en el nervio acústico.*—Reseña cinco casos de individuos tratados por el salvarsan, deduciendo de ellos dos resultados prácticos:

I.—Que el salvarsan es un medicamento que, como todos los enérgicos, debe ser manejado con gran cautela, debiendo hacer comprender á los enfermos que la inyección no implica la curación inmediata, ni excluye para siempre todo tratamiento.—II. Que no debe hacerse inyección alguna de salvarsan que no vaya precedida de un examen otológico minucioso, no considerando apto para ser inyectado todo individuo que tenga lesión reciente del acústico en cualquiera de sus dos ramas.

Abierta discusión sobre las comunicaciones que preceden, interviene en ella los Doctores Falgar, Botella, Tapia y Jiménez Encinas.

J. Llorente (Madrid).—Presenta una numerosa colección de membranas diftéricas, y pronuncia una interesante conferencia sobre *«Causas de la mortalidad por difteria que aún se observa, no sólo por las estadísticas nacionales, sino también por las extranjeras»*, resumiendo los medios de evitar la mortalidad por difteria y garrotillo, en los siguientes:

- 1.º Hacer que las familias acudan al Médico ante el menor síntoma sospechoso, para lo cual ha repartido más de 20.000 cartillas con consejos para conocer los primeros síntomas.—2.º Que el Médico practique todos los recursos de la Ciencia que tenga á su alcance para un diagnóstico acabado.—3.º Tener presente que, aun cuando es hoy verdad adquirida que el suero antidifitérico cura la difteria, se requiere, además, en cada caso proceder de un modo distinto en cuanto á la dosis á inyectar y á la vía de elección.—4.º Que sólo el estudio en la Clínica y el Laboratorio pueden proporcionarnos las convicciones indispensables en que debe basarse un acertado tratamiento.—5.º Que del divorcio de estas dos fuentes de conocimientos nacen gravísimos errores, á veces de funestas consecuencias.

El Doctor Lucas-Champonnière, del Instituto de Francia.—En el momento en que desaparece el ilustre Lister, el Instituto de Francia llama á su seno al sabio que se ha convertido en ardiente apóstol del método antiséptico creado por el cirujano inglés. Tal vez hay que ver más que una coincidencia entre estos dos acontecimientos; la muerte de Lister y la elección académica de Lucas-Champonnière.

Lo haya ó no pretendido, la Academia de Ciencias ha demostrado con esta acertada elección, que considera inmortal el admirable descubrimiento que ha revolucionado toda la cirugía contemporánea, permitiendo intervenciones hasta entonces prohibidas, arrojando el espectro de la infección operatoria y transformando el parto en una vulgar operación quirúrgica. Ciertamente el método de Lister, propa-

gado por Lucas-Champonnière ha sufrido ya modificaciones; algunos llegan á afirmar que ha cedido el puesto á la asepsia. Es posible, pero el principio general sigue siendo el mismo, y este gran principio es el que ha de dominar siempre en la práctica quirúrgica.

Ya se ha dicho en qué circunstancias se hizo el Sr. Lucas Champonnière el apóstol del nuevo método. Siendo aún interno, en 1868, viaja por Escocia y hace conocimiento, en Edimburgo, con el profesor de clínica quirúrgica, José Lister. Este era, por decirlo así, un predecesor de Pasteur.

Este último, que por aquella época era profesor de Química en la Sorbona, no había iniciado aún el estudio de las enfermedades virulentas, pero había determinado ya el modo de aparición de las fermentaciones y demostrado la inanidad de las teorías de la generación espontánea. Adoptando estas ideas desde un principio, Lister las aplicó inmediatamente á la Cirugía y creó la célebre cura fenicada que debía hacer su nombre tan popular en Inglaterra y aquende el Estrecho. Hacía ya tres años que el clínico inglés podía lisonjearse de los resultados de este método, cuando se los expuso al joven interno francés, que se hallaba de paso en su servicio; Lucas-Champonnière quedó entusiasmado. Con el ardor de la juventud y con todo el entusiasmo de una fe ardiente en el porvenir de este método que, según él preveía, había de trastornar la práctica quirúrgica, Lucas-Champonnière se dedicó á propagarlo y á imponerlo á pesar de todo y contra todo.

Todo el mundo sabe las dificultades que encontró. La cura sucia tenía partidarios resueltos, cegados por la rutina; uno de ellos era en un clínico de primer orden, de diagnóstico casi infalible, pero que se negó hasta el último extremo á admitir la necesidad de la antisepsia. Murió impenitente, no sin que su obstinación causase más de un escándalo en la Asistencia Pública. Armando Deprés, pues tal era su nombre, fué uno de los últimos rezagados en la lucha de los rutinarios contra los listerianos; pero en la época en que Lucas-Champonnière publicó su *Cirugía antiséptica*, eran numerosos los tradicionalistas que, educados en el culto de las hilas y de la supuración, no querían admitir la revolución promovida por Pasteur.

Es un gran título de gloria para el nuevo académico el que su nombre sea inseparable de los de Pasteur y de Lister. Estos dos últimos alcanzaron, y con justo título, los más elevados honores; era muy justo que el Instituto consagrara la fama del único superviviente de esta trinidad científica, á la que debe todos sus progresos la cirugía contemporánea.

Y no es ésta sola la obra de Lucas-Champonnière, pues ha inventado, por decirlo así, la cirugía del cráneo. Desde 1878—escribe Mauricio de Fleury—en el momento en que Charcot hubo revelado definitivamente la historia de las localizaciones cerebrales motrices, el Doctor Lucas Champonnière comprendió que la cirugía antiséptica dirigida por datos anatómicos precisos, iba á poder atacar resuelta-

mente las exóstosis, los tumores, el espesamiento de las meninges hasta en sus últimos escondrijos intracraneales. Sabido es todo el partido que la neurología ha sacado de la cirugía de los centros nerviosos, especialmente en el tratamiento de la epilepsia Jacksoniana: se debe á Lucas Champonnière.

El eminente cirujano ha unido igualmente su nombre á un nuevo modo operatorio de las hernias, hoy clásico; ha demostrado de qué modo resultaban benignas las artrotomías, en otro tiempo tan peligrosas; por último, ha inventado ese paradójico procedimiento del tratamiento de las fracturas por medio de la movilización y el masaje precoz, procedimiento que ha demostrado su eficacia y que es diariamente adoptado por los Médicos practicantes.

Lucas Champonnière que, sin embargo, nunca ha sido profesor en la Facultad de Medicina es, no obstante, el tipo perfecto del maestro que vulgariza su enseñanza con la práctica, la palabra y la pluma. ¿Podemos olvidar que es uno de los decanos del periodismo médico? Dirige siempre el excelente y modesto periódico que se llama *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, uno de los decanos de nuestros órganos científicos, creado en 1830 por el padre del nuevo académico.

Agreguemos, en fin, que en otro orden de cosas, Lucas Champonnière ha dado una prueba de su infatigable actividad. Fué uno de los primeros en predicar en Francia la cruzada para la renovación de la educación física, y la boga contemporánea de los deportes le debe en parte su extraordinario desarrollo. Ha dado pruebas de un patriotismo prudente tomando parte en el desarrollo del turismo francés.

En resumen, es una hermosa figura de sabio, atrevido, pero prudente, altruista y bondadoso, cuya carrera acaba de coronar la Academia de Ciencias, ofreciéndole el sillón del llorado Lannelongue.

