

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Agosto—1911

Núm. 200

Sumario

Artículos originales: I) **Aristegui**. La inmunización de la rabia.—II) **Jesús de Arrese**. Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de la Epididimitis blenorragica.

Revista de Revistas.—Bibliografía: 1) Empleo del aceite alcanforado en cirugía.—2) Indicaciones y técnica de las inyecciones subcutáneas de oxígeno.—3) Tratamiento de la hipertrofia de la próstata.—4) Tratamiento de la tuberculosis pulmonar de la segunda infancia por el Nuclearsitol en inyecciones intramusculares.—5) La meningitis cerebrospinal en el niño de teta.—6) Diagnóstico y tratamiento de la uretritis posterior.

Bibliografía.

Sección profesional.

I.

LA INMUNIZACIÓN DE LA RABIA

por el

Doctor Aristegui

Jefe del Laboratorio Químico Municipal

El día 12 de Septiembre murió de rabia en el Hospital Civil de Bilbao, el joven José Apeztegui y Oscos, que fué mordido por un perro rabioso el 15 de Agosto pasado, y comenzó el tratamiento antirrábico en el Laboratorio Municipal el 19 del mismo mes, falleciendo en consecuencia á pesar del tratamiento á que fué sometido.

Las mordeduras le fueron hechas en el pabellón de la oreja, es decir, que eran graves por estar muy próximas al sistema nervioso central, por lo cual el Dr. García Ancos no aguardó para someterle al tratamiento, á la autorización por escrito que en casos por el estilo, suele extender el Sr. Alcalde, sino que lo sometió inmediatamente.

Está demostrado experimentalmente que, los efectos de la inoculación antirrábica, no se dejan sentir hasta los 15 ó 20 días

después del tratamiento, período indispensable para que haya tenido tiempo el virus antirrábico de inmunizar los centros nerviosos; es precisamente al cabo de ese tiempo, aproximadamente, cuando Kraus y Kreine han encontrado en la sangre del hombre sustancias rabicidas.

De las distintas teorías que se han expuesto para explicar el fenómeno de la inmunización por el tratamiento antirrábico, la más admitida es la de Marx; éste supone que el virus de las médulas es fácilmente destruído por el organismo, encontrándose entonces el contenido de los supuestos microbios en libertad; estas sustancias libres, excitan los órganos susceptibles de producir los anticorps específicos de la rabia (sustancias rabicidas), que son las que producen la inmunidad, neutralizando tal vez en el cerebro mismo el virus rábico inoculado por el animal mordedor.

Pero para que se realicen estas sucesivas evoluciones hace falta tiempo, el cual no es inferior á 15 ó 20 días, por lo cual los efectos del tratamiento no se dejan sentir hasta esa época, de donde se deduce que toda persona tratada y muerta de rabia antes de ese período de 15 días, es lo mismo que si no hubiese sido sometido al tratamiento antirrábico, no contándose por consiguiente en las estadísticas de mortalidad.

El fallecido en el Hospital Civil el 12 del actual, está precisamente en este caso, se terminó el tratamiento el 24 de Agosto, murió el 12 de Septiembre, pero es indudable que los síntomas rábicos se le habrían manifestado por lo menos tres ó cuatro días antes, es decir, el 8 ó 9, de suerte que sumando los días que hay desde el 24 de Agosto hasta el 8 ó 9 de Septiembre, resulta que son 13 ó 14 días, es decir, inferior al período de los 15 á 20 que hacen falta para llegar á producirse las sustancias rabicidas en la sangre y neutralizar el virus rábico en el cerebro, según está demostrado experimentalmente por Pasteur.

Pero por si esto no bastase, tenemos lo siguiente: es sabido que el período de incubación de la rabia, tiene estrecha relación con el peso del animal, y el punto donde se ha verificado la incubación.

El virus de serie, obtenido por sucesivos pasos en el cuerpo del conejo, va aumentando de intensidad virulenta, hasta llegar á un máximun, este momento se realiza cuando se obtiene una médula rábica de una virulencia tal que mata por inyección intra-craneana en 12 ó 13 días á los conejos siguiendo este pe-

ríodo indefinidamente, sin que disminuya ni aumente la actividad virulenta de las médulas.

Pues bien, los conejos á pesar de su pequeño peso, á pesar de hacérseles una inoculación intra-craneana previa trepanación, en donde el virus se encuentra desde luego con el sistema nervioso central, y á pesar, por último, de que el virus que se les inocula, es el de máxima virulencia ó sea el de serie, tarda en morir 12 ó 13 días, luego si el punto de inoculación del virus fuese otro más alejado de la cabeza, por ejemplo, en una pata ó en el vientre, y su peso de 30 ó 40 veces mayor, es natural y lógico que el animal tardaría muchísimo más tiempo en morir.

Por consiguiente ¿cómo admitir que una persona muera de rabia experimental en tan corto plazo como representa los 16 ó 17 días que ha tardado en morir el joven Apeztegui, á contar desde la terminación del tratamiento?

El admitir tal cosa sería no dar valor á todo lo que hoy tiene fundamento experimental en el tratamiento antirrábico, pues sería negar la importancia que tiene el punto de la inoculación más ó menos próximo al cerebro, así como el peso del animal y la modificación favorable respecto á la virulencia que indudablemente ofrecen para el hombre las médulas seriadas después de haber pasado por un número considerable de conejos.

Otro día hablaremos de la rabia experimental.

II.

Contribución al estudio del Tratamiento quirúrgico de la Epididimitis Blenorragica ⁽¹⁾

por el

Doctor Jesús de Arrese

Una de las complicaciones más frecuentes y de más importancia de la blenorragia, es la epididimitis. Esta sobreviene como consecuencia de la infección de la uretra posterior que se verifica con rapidez, pudiendo afirmarse con los autores alemanes que de 100 blenorragicos no tratados y su aparición date de más de 15 días, hay un 80 ó 90 con infección total de ambas uretras.

(1) Comunicación leída por su autor en el I Congreso de la Asociación Española de Urología; sesión del 17 de Mayo de 1911. Madrid.

Aparece la epididimitis en todos los períodos de la blenorragia, pero un 50 por ciento lo hacen en la fase aguda ó subaguda, es decir, entre la 1.^a y 4.^a semana de iniciada la gonorrea.

Englobando en una las dos estadísticas de Bergh, nos encontramos con un total de 916 epididimitis cuya fecha de aparición en 71 casos durante la primera semana, 329 en la segunda, 176 en la tercera y 135 en la cuarta.

Neuberger de 1889 á 1890 estudió á 141 blenorragicos con uretritis posterior, observando 52 epididimitis, cotejando sus datos con los de otros autores concluye afirmando que en la clientela hospitalaria hay un 30 por ciento de epididimitis y un 7 á 30 por ciento en la privada.

Dada la frecuencia de la blenorragia, las cifras indicadas son aterradoras si nos fijamos en las consecuencias tardías, la inflamación de los canales conductores de esperma por degeneración esclerosa producen la obliteración y estrechez de los mismos y como resultante final la astenozoospermia, azoospermia y aspermia, es decir, la esterilidad.

Quizás un día en alguna de nuestras reuniones tengamos ocasión de hablar de las anastomosis deferotesticulares como medio de curación de la esterilidad en dichas enfermedades, sin que por ahora dé valor positivo á la epididimotomía, pues á pesar del resultado satisfactorio observado en mi segundo operado, no hubo examen ni prueba alguna anterior sobre su potencia generadora.

Las epididimitis podemos clasificarlas en dolorosas ó indoloras ó de escaso dolor. Todos nosotros hemos visto y curado esta última forma de epididimitis. Su característica es una ligera molestia, hay algo en las bolsas que impacienta al enfermo y hace que os comunique sus sospechas de que se fragua en ellos la tan temida *orquitis*, examinamos el escroto que no presenta síntoma alguno de inflamación, palpamos el epididimo ligeramente aumentado, aumento uniforme del cuerpo á la cola exenta de nódulo. Existe deferentitis pero no se demuestra por síntoma alguno. Continuamos el tratamiento de la uretritis, pues el instinto práctico nos dice que aquello no pasará á mayores y á los tres ó cuatro días vemos que desaparece sin más consecuencia que la natural alarma del paciente que de otro modo hubiese pasado desapercibido.

Hay otro tipo de epididimitis justificable del tratamiento qui-

rúrgico cuya sintomatología es propia de todo proceso purulento.

Se anuncia por fuertes dolores en el epididimo que ascienden á lo largo del cordón hasta la fosa lumbar y otras veces se establecen zonas excepcionalmente dolorosas en la fosa iliaca que corresponde al epidimo inflamado, que hace pensar á una peritonitis por contigüedad. Estos son casos raros pero existen.

Junto con los dolores aparecen las alteraciones locales, cambio de coloración del escroto, aumento de volumen del epididimo y en su cola se marca voluminoso, nódulo, tan grande á veces que impide en absoluto palpar el testículo; el epididimo tiene en estos momentos la forma de una media luna, en su concavidad se aloja el testículo. A todo esto la vaginal y la cubierta propia del testículo toman parte en el proceso y en la cavidad de aquella se forma un exudado mucoso acompañado de ligero hidrocele.

Las alteraciones locales van acompañadas de reacción general: vómitos desórdenes intestinales con tendencia al estreñimiento, dolores generalizados con temperatura que oscila de 38 á 40°.

Como se ve el síndrome expuesto corresponde á la retención epididimaria sero-purulenta. El nódulo que llega al máximo del quinto al octavo día contiene pus y la fluctuación es imposible apreciarla por la peri-epididimitis concomitante.

Dura la enfermedad 20, 30 ó más días.

El foco purulento puede abrirse al exterior (sumamente raro) reabsorberse ó enquistarse en el centro de un nódulo leñoso.

Como consecuencias, la obliteración y estrechez de los conductos y de ahí las epididimitis á repetición, reinfecciones uretrales y la tuberculosis secundaria epididimo-testicular.

El tratamiento médico complicado, engorroso para el enfermo da resultados escasos; el hielo, las compresas húmedas calientes emplastos, pomadas aplicadas con inusitada rapidez en vista del insuceso, desarman pronto al médico que espera con impaciencia cure el tiempo, fórmula magistral única y de constante aplicación hasta hace diez años.

No se comprende como el bisturí del cirujano en abierta oposición con un principio quirúrgico haya respetado como cosa sagrada á las epididimitis purulentas blenorragicas.

En Octubre de 1903 Baerman de la clínica de Neisser trata 28 casos por la punción y encuentra al gonococo en el líquido

aspirado. Los resultados fueron la desaparición del dolor y la fiebre; no hubo accidente alguno pero la punción era dolorosa.

En Abril de 1905, Belfield, de Chicago, recomienda la incisión del epididimo; Baret, del Hospital Francés de San Francisco, practicó esta intervención en 1897 y publicó en Abril del 1906 el resultado de 65 observaciones. En Septiembre de 1906 el Dr. Scheindler, de Breslan, comunica al Congreso de Dermatología de Berna los resultados de la incisión.

Escat en Octubre de 1903 presentó al VII Congreso de la Asociación Francesa de Urología, seis casos de incisión; posteriormente Le Fuz, Duhot y su discípulo Hossiau, Hagner Martín y John Cunningham, de New-York, aportan nuevos casos con ligeras variantes en el método operatorio.

(A pesar de la rebusca en la bibliografía Española, no he encontrado nada sobre el particular, por tanto me perdonarán si alguno de ustedes ha escrito algo concerniente á la incisión de los epididimitis blenorragicos, y suplico me haga presente para citarle en el libro de actas).

Algunos de los autores citados operan con anestesia local ó incinden el epididimo al nivel de ligamento escrotal y la incisión abarca el escroto-tumescas y epididimo. En mi primer caso intenté hacerlo así, pero no me dió resultados, por lo que decidí la anestesia general y operar como si se tratara de la cura radical del hidrocele.

Por tanto el procedimiento es el siguiente: Incisión escrotal hasta la vaginal separación de adherencias que suelen ser fuertes al nivel del ligamento escrotal edematoso y duro; luxación del testículo fuera de la herida; incisión de la vaginal, examen de la cavidad donde se encuentra exudado mucoso fibrinoso, adherido en los repliegues vagino-epididimarios. Sutura de la vaginal y protección de la misma con gasas; inversión del testículo; incisión desde el tercio superior á la cola, profundizando lo suficiente si se tiene la suerte de caer sobre la pequeña cavidad purulenta se desaloja el pus, se lava con agua oxigenada y se procede á la sutura de los bordes del epididimo incindido ó bien puede dejarse abierta la herida interponiendo en los labios una mecha de gasa que se hará salir fuera por la parte inferior de la herida escrotal, cura aséptica, venda ó suspensorio plano.

1.^a OBSERVACIÓN

Ricardo O. de Z., 30 años, primera blenorragia Agosto de 1908; Septiembre 7 primeros síntomas de epididimitis, dolores pungitivos, pesadez escrotal.

Día 8. Aumentan los dolores por lo que viene á consultarse.

Examen: Supresión de la supuración uretral, escroto inflamado con lijera tensión (lado derecho) epididimo aumentado de volumen, nódulo del tamaño de una avellana grande en la cola, deferente aumentada, tacto doloroso. Se le recomiendan las cataplasmas Langlebert, reposo absoluto en la cama, dieta láctea y un purgante.

A las once de la noche me llama el enfermo que se queja haber tenido escalofríos, vómitos, malestar general, dolores locales intensos; el termómetro acusa 39°6.

Ha aumentado la tensión escrotal; imposible tocar el epididimo sin provocar fuertes dolores; apesar de esto se pudo apreciar el aumento de volumen de la cola del epididimo (doble que á la mañana) deferente engrosada y dolorosa en todo el trayecto. Vejiga de hielo é inyección de morfina. En las primeras horas calma el dolor, más luego aparece de nuevo y con mayor intensidad.

Día 9. Me propongo incindir y siguiendo el método de Duhot con la anestesia local por la estovaina, trazo una incisión al nivel del ligamento escrotal larga y profunda que á mí me pareció lo suficiente (3 centímetros) dejando una gasa en los labios de la herida abierta, le coloco una cura antiséptica y suspensorio plano. Resultados nulos. Siguen los dolores, el malestar general y la temperatura alta, por lo que al siguiente día le propongo la operación que se llevó á cabo el día 11 con anestesia general. Le amplió la incisión de abajo arriba pasando de la cara escrotal posterior á la anterior se incindieron las tunicas hasta la vaginal, separamos las adherencias, se extrajo el testículo, se incindió la vaginal, se limpió su cavidad, se suturó, procedióse al examen del epididimo abierto el primer día y vimos que el bisturí no había penetrado más que unos milímetros, continuamos abriendo en la línea media y se llegó á un pequeño absceso, se extrajo el pus, ligeros toques de agua oxigenada, dos ó tres puntos de sutura, se introdujo el testículo en la cavidad escrotal, sutura del escroto, cura y suspensorio plano.

Resultado: Desaparición inmediata del dolor y la fiebre; á los cinco días se levantó el enfermo, á los ocho se le extrajeron los puntos superficiales y al siguiente día se le dió de alta.

2.^a OBSERVACIÓN

Maximino N., 28 años. Blenorragia: hace 5, 8 y 2 años doble epididimitis con agudizaciones, tan pronto en uno como en el otro cuenta el enfermo un promedio de tres para cada testículo.

En Abril de 1910, día 10, epididimitis voluminosa, lado derecho. Dolores, imposibilidad de andar, malestar general, temperatura 37°4. Se le propone la operación, que no acepta. Tratamiento médico indicado.

Octubre: Nueva epididimitis izquierda; esta vez sumamente dolorosa á la palpación, epididimo enorme engrosada la deferente como un lapicero delgado, inapetencia, malestar general, ligera fiebre. Me suplica que le opere. El 10 epididiotomía. No se pudo encontrar ningún foco purulento en la incisión epididimaria; se tanteó por punciones sin resultado. Se interpuso una gasa en los labios, se introdujo el testículo en la cavidad, se suturó el escroto dejando una pequeña abertura por donde salía la mechita colocada en el epididimo, cura aséptica, vendaje sport. Resultados inmediatos excelentes; desaparece el dolor y las décimas de fiebre. A las 48 horas se extrae la gasa que se hace con dolores.

Mejora rápidamente y el cuarto día pudo levantarse. El quinto día marchóse del Sanatorio á su casa. Se levantaron los puntos escrotales á los diez días; durante los cinco días que no le vimos no salió de casa, tal como le aconsejamos con anterioridad.

A raíz de la operación contrajo matrimonio y tiene descendencia. Enero 1911: Nueva epididimifis lado derecho, no tan aguda como las anteriores.

No se le ha operado por no disponer de tiempo el enfermo.

3.^a OBSERVACIÓN

A. A., 27 años. Se trata de un enfermo de uretritis crónica con supuración natural. A consecuencia de excesos de mesa sobreviene una epididimitis izquierda dolorosa febril con inapetencia é insomnio. Su padre, distinguido colega, ha agotado todos los recursos médicos durante veinte días. Me llamaron para que le viera y le encontré al enfermo agotado de fuerzas con dolores insufribles y 38°8. Localmente aumento de volumen y rojo el

lado izquierdo escrotal casi imposible palparle el epididimo por provocar fuertes dolores, ligero hidrocele. Se le puso una irrigación gota á gota de agua helada é inyecciones de morfina á la noche. En vista del fracaso de la medicación, á los dos días de mi primera visita (Junio 1910) se le practicó la epididimotomía.

Procedimiento igual que los anteriores: en la vaginal se encuentra abundante exudado serofibrinoso tan adherente á los repliegues vagino-epididimarios que hubo que extraerlo con la cucharilla (existían también unos 50 gramos de líquido) sutura de vaginal, en el epididimo se encontró un diminuto foco purulento, se lavó, se colocó la mecha, se introdujo el testículo y se suturó el escroto.

Desaparece el dolor y la fiebre el mismo día de la operación, el enfermo puede conciliar el sueño aquella misma noche, mejora de día en día, el segundo de la operación se extrae la gasa (extracción dolorosa); al octavo día se levantaron los puntos de sutura y se le dió de alta.

4.^a OBSERVACIÓN

Roberto M., 28 años, 20 Septiembre de 1910.

Dos blenorragias, la última hace mes y medio tratándose con inyecciones de permanganato potásico.

Epididimitis complicada con un varicocele del mismo lado (izquierdo).

Se le propone la operación que no es aceptada. Tratamiento médico.

Pasan cuatro días agravándose su estado general y local. El quinto día se le opera.

Extirpación de las venas varicosas y epididimotomía con sutura completa (no se halló absceso alguno).

Resultados inmediatos, desaparición de la fiebre y el dolor el sexto día después de la operación se levantó, al octavo, se extraen los puntos de sutura y sale del Sanatorio para emprender al siguiente día un viaje á Madrid.

Como antes os dije hay un hecho que llama la atención en mi segundo operado, la fecundación, á pesar de sus dobles epididimitis.

¿Puede atribuírse á la intervención? No puedo inclinarme por una afirmación categórica, más tampoco divagar teóricamente.

Que las epididimitis dobles no llevan fatalmente á la esterili-

dad, es cosa sabida de todos nosotros y probada por Audry Danlos con piezas anatómicas de epididimos operados por epididec-tomía de epididimitis blenorragicas supuradas, en los que un examen histopatológico hizo ver á dicho autor que las lesiones de los conos y del canal epididimario eran semejantes y junto á partes destruídas esclerosadas se encontraban integra parte de la red vectora de esperma.

Sería incompleto este trabajo si no os diera cuenta del resultado post operatorio. El enfermo que sale de la clínica al quinto ú octavo día de la operación continúa con el epididimo aumentado de volumen y ligero edema escrotal no inflamatorio, no sienten dolores ni al andar ni á la palpación, no existe tampoco la sensación de peso ni tirantez, el epididimo va disminuyendo de volumen y á los 20 ó 30 días se resuelve por completo dejando ligero nodulillo (2.^a y 3.^a observación) no tan pronunciado como en las epididimitis no operadas y alguna vez (1.^a observación) normalidad completa.

Resumen: Deben ser operadas todas las epididimitis dolorosas febriles tan pronto se inicien los dolores y el aumento de temperatura; las de repetición y los portadores de gruesos nódulos epididimarios.

Posteriormente y días antes de entrar en caja esta comunicación, hemos tenido ocasión de hacer una nueva epididimotomía; al incidir el epididimo nos encontramos con numerosos abscesitos, tamaño de una cabeza de alfiler, bastó estrujar el epididimo entre los dedos para vaciarlos. Resultados idénticos á los anteriores.

Bibliografía

Ch. Audry Dalous.

Sobre el proceso histológico de las epididimitis agudas. (Archives provinciales de Chirurgie. Fevrier 1911).

Esmonat.

Contribución al estudio del testículo en diferentes infecciones: orquitis experimentales. (Zesis).

J. Escat.

Nota sobre las epididimitis blenorragicas y las epididimitis uretrales. Tratamiento quirúrgico de ciertas formas graves y rebeldes. (Assoiatiior Française d'Urologie. Seance du 23 Octb. 1903).

Belfield.

Tratamiento preventivo de la epididimitis blenorragica. (Chigaco Urological Society. 25 Octubre 1903).

Duhot.

Un caso de epididimitis blenorragica crónica curado por la epididimotomía. (Annales de la Rolichnique Central de Bruxelles 1906).

Hagner.

Tratamiento operatorio de la epididimitis blenorragica aguda (Medical Record, 13 Octubre 1906).

Neuberger.

La epididimitis evitada por el tratamiento de la gonorrea en su fase aguda y subaguda. (Dermatologische Zeistschrif E. 1907).

Hossiau.

De la epididimitis blenorragica y su tratamiento operatorio. Annales de la Policlinique Centrale de Bruxelles 1904 núm. 4).

John Cnninghan es glran.

(Boston meed record 16 nob. 1908).

Revista de Revistas.-Bibliografía

1) Empleo del aceite alcanforado en cirugía.

Además de su acción, muy eficaz y bien conocida, en la debilidad del corazón, atribúyese al alcanfor otras muchas propiedades. Ha sido empleado á grandes dosis por Seibert, de Nueva-York, por Oppeneihm y Crepin, en el tratamiento de la neumonía. Hirschel, de Heidelberg, lo ha utilizado con éxito en los casos desesperados de peritonitis aguda generalizada.

He aquí un método que desde hace dos años va dando á Mr. Baudet inmejorables resultados. Para luchar contra las grandes infecciones quirúrgicas, practica dos veces al día una inyección subcutánea de aceite alcanforado á grandes dosis. Continúase el tratamiento mientras dura el período crítico, ya se traté de choque postoperatorio ó de infección quirúrgica.

Ordinariamente cada inyección es de 20 c. c. de aceite alcanforado; pero, en algunos casos de infección muy grave, el A. ha llegado hasta 50 c. c. para cada inyección, ó sea 100 c. c. por día. El aceite

alcanforado del *Codex* es al 1 por 100: luego son 10 gramos de alcanfor puro lo que se ha inyectado.

Continúase el tratamiento mientras haga falta: cinco, ocho días, si es necesario.

Hácese la inyección con la jeringa de Rous, de 20 c. c. El modelo preferible es el que lleva en el cuerpo de la bomba dos varillas transversales que sirven de punto de apoyo, porque la inyección de aceite alcanforado necesita una presión bastante fuerte.

«El aceite que hay que emplear ha de haber sido preparado cuidadosamente. El aceite de oliva que servirá para la preparación debe lavarse al alcohol con el fin de quitarle la mayor cantidad posible de los ácidos libres que contiene. Mézclase 1 kilogramo de aceite con 300 gramos de alcohol de 95°. Después de agitarlo varias veces, se le deja posarse veinticuatro horas y se descanta. Comiénzase la operación tres veces consecutivas, cada vez con 300 gramos de alcohol de 95°. El aceite que obtiene al tercer lavado se calienta con mucha precaución en baño de arena para eliminar toda huella de alcohol. Obtiénese así aceite lavado. Sirve para preparar el aceite alcanforado según el *Codex* (*Codex* 1908, página 348):

Alcanfor	100 gr.
Aceite de oliva lavado	900 gr.

«Después de disolución del alcanfor, filtrase el aceite. Así obtenido el aceite alcanforado, métese bajo la campana vacía en ampollas de 10 á 20 c. c. que se esterilizan en el autoclave. Cada ampolla contiene por lo tanto, 1 ó 2 gramos de alcanfor».

La inyección de aceite alcanforado ha dado á Mr. Baudet resultados sorprendentes en enfermos gravemente infectados cuyo estado parecía ya desesperado, logrando verdaderas resurrecciones, que él atribuye á la acción antitóxica del alcanfor.

Aun con las grandes dosis de 100 gramos de aceite alcanforado por día, no ha observado jamás indicios de intoxicación. La tolerancia fué siempre absoluta.

Ciertos autores han observado síntomas de envenenamiento, es verdad, con dosis relativamente mínimas de alcanfor: 10 gotas de aguardiente alcanforado en enema (Trousseau); 50 centígramos de alcanfor pulverizado en un enema, en un niño (Dieu). Sin embargo las dosis masivas empleadas por el A. jamás dieron lugar á la ansiedad respiratoria, que es el fenómeno que predomina en los accidente tóxicos.

La duración de la intoxicación es, por otra parte, muy corta, y la curación se produce gradualmente en casi todos los casos.

2) Indicaciones y técnica de las inyecciones subcutáneas de oxígeno.

Las inyecciones subcutáneas de oxígeno, que por mucho tiempo se han tenido como sospechosas, desde hace muy poco parece que deben entrar en la terapéutica corriente. En un artículo razonado, Monsieur Ramond demostraba hace algunos meses, los servicios que pueden prestar en un cierto número de circunstancias. Más recientemente todavía, Mr. Maissonnet, y después Mr. Sacquépée y Mr. Pouy, volvieron á esa cuestión en la «Sociedad de Medicina Militar».

Las *indicaciones* se han determinado claramente por Mr. Ramond, según la *Gazette des Hôpitaux* (n.º 76, 1911, página 1172).

«Debemos recurrir á las inyecciones de oxígeno en casos de asfixia por obstáculo mecánico ó de asfixias consecutivas á infecciones graves (uremia, coma diabético), ó proviniendo de intoxicaciones gaseosas (ácido carbónico, óxido de carbono, vapores de éter, de cloroformo, etc.) Mr. Ramond las recomienda sobre todo en las variedades de asfixia procediendo de las dos precedentes, en que el elemento tóxico adiciona el elemento mecánico; en estas asfixias graves que sobrevienen en el curso de las infecciones por bronquitis simple, en un enfisematoso ó en un cardíaco, por bronquitis capilar, por bronconeumonía lobar ó lobular, por pulmonía masiva.»

La *técnica* ha sido admirablemente precisada por Mr. Pouy en su comunicación á la «Sociedad de Medicina Militar».

Citamos textualmente lo que dice este autor:

«El *procedimiento operatorio*—dice—no expone á ningún peligro. Consiste en hacer penetrar francamente la aguja de Pravaz en el tejido celular subcutáneo después de haber limpiado la piel. Para convencerse de que la aguja no ha penetrado en el calibre de un vaso, basta con aspirar ligeramente y cerciorarse de que el pistón no trae sangre al cuerpo de la jeringa. Quedando la aguja en permanencia, se la adapta al tubo de caucho del globo de oxígeno, consolidándolo todo por medio de vueltas de hilo apretadas. Este ajuste presenta, sin embargo, algunas dificultades en razón de la diferencia de calibre del pabellón de la aguja y del tubo de caucho. El Dr. Kieffer ha hallado un depósito ingenioso y de ejecución más fácil. Sirvese de una ampolla de vidrio llena de suero, autoinyectable, modelo muy conocido en el comercio y cuya extremidad afilada penetra, por frotamiento duro, en el pabellón de la aguja, y cuya otra extremidad, provista de antemano de una ligera capa de algodón para filtrar el oxígeno á su paso, se in-

troduce en el tubo de caucho. Ya no queda más que apoyar ligeramente, y después, por presión progresiva, en las paredes del pabellón, para ver como se forma un tumor gaseoso cuyo volumen alcanza muy pronto el grosor de una naranja y que se puede hacer llegar hasta las dimensiones de una cabeza de feto. Retírase entonces la aguja, y ciérrase el orificio de entrada con colodión.

Parece que no sea muy interesante buscar el determinar de una manera precisa la cantidad de oxígeno inyectada. Este gas no produce ningún accidente local, y no es nada tóxico, cualquiera que sea el volumen que se emplea. El tumor queda ordinariamente circunscrito, sin tendencia á la difusión, y disminuye sensiblemente, para reducirse en cuarenta y ocho horas aproximadamente. Persiste, sin embargo, durante algunos días, en el emplazamiento que ha ocupado, y algunas veces en su vecindad, un poco de crepitación nerviosa. Así es que es preferible elegir como sitio de inyección la cara lateral externa del muslo ó la pared abdominal, alejándonos cuanto sea posible de la región torácica para no ser estorbados, en las auscultaciones ulteriores, por el enfisema subcutáneo.» (1)

Puede deducirse, como opina Mr. Pouy que las inyecciones subcutáneas de oxígeno, modo eficaz de tratamiento, de aplicación fácil, parecen merecer sitio preferente en la terapéutica corriente.

3) Tratamiento de la hipertrofia de la próstata.

El tratamiento de la hipertrofia de la próstata puede ser *quirúrgico* ó *médico*. El primero propónese suprimir el obtáculo que la próstata hipertrofiada aporta á la excreción de la orina. La ablación parcial de la glándula no es practicable más que en casos muy limitados, y la ablación total es en la actualidad el método de la elección. Recomendase, en efecto, según M. Tuffier, por el número de casos publicados y los resultados terapéuticos obtenidos. La mortalidad global oscila cerca de 4 por 100; el restablecimiento de la micción espontánea y la desaparición de los accidentes infecciosos vesicales son la regla en los operados. La edad del enfermo y la antigüedad de las lesiones no constituyen contraindicaciones. Pero es necesario la integridad del funcionamiento renal, así como la ausencia de toda tara orgánica grave, tal como la diabetes ó la albuminuria, so pena de ver sucumbir al enfermo por el choque.

La vía perineal y la vía transvesical tienen ambas sus ventajas y sus

(1) *Boletín de la Sociedad de Medicina Militar Francesa*, año V, n.º 9. H Carlos Lavauzelle, París.

inconvenientes. La primera es quizás algo más penosa, pero de seguro es más difícil. Complicase frecuentemente con fistulas urinarias, y, de una manera general, los resultados terapéuticos parecen ser menos perfectos que con la prostatectomía transversal. Esta se ejecuta con mucha rapidez. Su técnica es fácil, la ablación completa, pero su peligro estriba en la infección perivesical por drenaje insuficiente. Sus resultados terapéuticos son perfectos; la evacuación completa, espontánea, de la vejiga es la norma; la polakiuria es rara, y muy frecuentemente consérvese la potencia genital.

Las *indicaciones operatorias*, según Mr. Tuffier, residen en la amenaza de una distensión definitiva ó de una infección de las vías superiores del árbol urinario; y esta indicación es imperiosa si esta retención es séptica. Pero no se debe comprender bajo esta denominación más que á los prostáticos que no pueden ser metódicamente sondados y cuya infección resiste á todos nuestros medios de acción. Es decir que la intervención debe ser la excepción, y no la regla, en el tratamiento del fibroadenoma senil de la próstata. Debe practicarse *en frío*, es decir fuera de los períodos de accidentes y complicaciones locales ó generales.

La elección entre la vía perineal y la vía hipogástrica debe inspirarse en múltiples comprobaciones: en primer lugar en la evolución vesical habitual ó perineal del neoplasma; después en el volumen de la próstata, siendo las pequeñas próstatas esclerosas susceptibles á la vía perineal; después en la robustez considerable de los operados que reclaman esta vía, y, por último, en la costumbre ó en la habilidad de cada uno.

En medianas condiciones las dos vías acusan los mismos fracasos; pero por ahora la vía perineal da resultados terapéuticos menos completos con una mortalidad ligeramente menor. Por otra parte, es infinitamente más importante saber *qué enfemos habremos de operar* que resolver el debate sobre la mejor vía por seguir. El porvenir, dice Mr. Tuffier, es más bien para las indicaciones que para la técnica operatoria.

Pasemos al *tratamiento médico*.

Comprende un conjunto de prescripciones higiénicas y medicamentosas, que el profesor Mr. Forgue resume de la manera siguiente (1):

La higiene de los prostáticos es la de los arterioesclerosos y la de los congestivos. Su régimen ha de ser sobrio, y excluirá las bebidas

(1) *Traité Duplay-Reclus*, 1.^a edición, t. VII, p. 1041.

alcohólicas, las especias, las carnes negras, los excesos. Su sueño debe limitarse á los justos límites: no dormir más de siete ú ocho horas. Durante el día, prescribid paseos cortos y repetidos. Antes de acostarse es conveniente haber dado un paseo corto. El prostático no debe temer el aire libre, pero debe evitar los enfriamientos. Hacer funcionar la piel por medio de fricciones secas, de baños alcalinos templados y cortos; ayudar la regulación circulatoria con el ioduro de sodio, tomado en dosis cotidiana de 20 á 30 centigramos. Las funciones sexuales «no merecen ningún estímulo». El estreñimiento obstruye los plexos prostáticos: se vaciará regularmente el recto, y su exoneración será facilitada con enemas calientes que alcancen muy arriba, en el recto, con la cánula flexible, con laxante ligeros. Las retenciones voluntarias son en extremo perjudiciales. El prostático ha de acostumbrarse á evacuar su vejiga cada dos ó tres horas. Para alejar las micciones noturnas no prescribáis jamás los narcóticos que adormecen el deseo, pero lo hacen más difícil de satisfacer.

En cuanto al tratamiento local propiamente dicho, consiste esencialmente en sondajes hechos con las mayores precauciones, porque lo que hay que temer sobre todo, en un prostático cuya vejiga y cuyos riñones están más ó menos adulterados, es una infección urinaria consecutiva á un cateterismo séptico, y que puede terminar por la muerte entre síntomas generales propios de la uremia.

Excepto en los casos en que se trata de una retención aguda, hay que sondar sistemáticamente á todos aquellos que hacen la retención crónica, á todos los retencionistas, para emplear la expresión consagrada. De este modo podrá prolongarse algunos años la vida de los enfermos.

¿Hay que recurrir, además á los balsámicos? Los clásicos opinan de diversos modos sobre este asunto. Sin duda alguna, dosis grandes de copaiba ó de cubeba están formalmente contraindicadas, porque todavía aumentan la congestión de las partes vexicales; pero, dado que casi siempre la hipertrofia de la próstata se complica con cistitis crónica, y que ésta se mejora rápidamente por el empleo de balsámicos elegidos, como el ARHEOL, será á menudo indispensable administrar esta sustancia en pequeñas dosis á los prostáticos.

4) Tratamiento de la tuberculosis pulmonar de la segunda infancia por el Nuclearsitol en inyecciones intramusculares. Observación concluyente.

Se sabe, de un modo general, que la tuberculosis pulmonar cróni-

ca es bastante rara antes de los diez años: se manifiesta, sobre todo, de los doce á los quince años, es decir, en las proximidades de la pubertad y con la mayor frecuencia, sucede á diversas afecciones como pleuresia, peritonitis, bronquitis rebelde, bronco-pneumonia, adenopatía. También se sabe que el pronóstico es más grave á esta edad que en el adulto, y que el diagnóstico suele ser difícil. Así, estamos especialmente reconocidos á uno de nuestros compañeros, que ha tenido á bien comunicarnos una observación de tuberculosis pulmonar de un niño de diez años, restablecido completamente por las inyecciones intramusculares de Nuclearsitol Robin

«Observación.—M. X., de nueve años de edad, sin antecedentes hereditarios lejanos, padre, madre y hermanos en buena salud. Roseola á los cuatro años, muy bien curada, sin complicaciones; pocas indicaciones sobre la posibilidad de un contagio directo. Temperamento bueno hasta los siete años; ni linfático ni escrofuloso. Hacia los 7 años el niño se ve atacado de una tos coqueluchoide espasmódica; signo de compresión de las venas, dilatación de las venas subcutáneas del cuello y del torax abotagamiento de la cara. A la percusión podía percibirse una matidez ligera en dos zonas normalmente sonoras: 1.^a, en la región external, detrás del manubrio, á nivel de los segundo cartilago y espacio intercostales; 2.^a, en la región interescapular, á nivel de las tres primeras vértebras dorsales, hasta el borde espinal del homoplato. Auscultando atentamente á este niño, se comprobaba una disminución marcada del murmullo vesicular en los diversos lóbulos del pulmón del lado derecho, y en la región ganglionar se comprobaba con la matidez un soplo expiratorio, distinguiéndose por su neta localización, y debido probablemente á la conductilidad establecida por el ganglio hipertrofiado entre el gran bronquio y la pared torácica. El diagnóstico de adenopatía traqueo-bronquial fué bastante fácil de establecer; gracias á estos síntomas y á la presencia de una cadena ganglionar en el cuello, á la persistencia de un estado disnéico, tos ronca, una especie de ruido, como de cuerno, en estado de vigilia y ronquidos durante la noche. En esta época, el niño fué tratado por yódicos al interior y por revulsivos al exterior. En este estado y con este tratamiento pasó un año, cuando una noche, después de un acceso de disnea mucho más intenso, lo llevaron á un hospital del Nordeste de París. El médico de guardia diagnosticó tuberculosis pulmonar crónica, y quiso que el enfermo se quedara en el hospital, pero los padres rehusaron y me trajeron el niño. Había enflaquecido considerablemente, y juzgué que este principio brusco de tuberculosis

coincidía, necesariamente, con el tratamiento insuficiente de la adenopatía bronquial.

»El estado general del niño era en esta época poco brillante; se notaba una circulación venosa muy aparente, sobre todo el tórax; podía comprobarse signos seguros de induración á nivel de ambos vértices; no obstante, podía afirmarse también que el conjunto del pulmón estaba invadido por lesiones tuberculosas. Evidentemente, los signos cavitarios no tienen en absoluto la significación que en el adulto; suelen notarse á veces en el niño sin que haya cavernas verdaderas; pero en nuestro joven paciente se percibían claramente estos ruidos pseudo-cavitarios, debidos, sin duda, á los ruidos pulmonares de la induración de los vértices, á la adenopatía y á la dilatación de los bronquios. Hablando en propiedad, no había cavernas, sino una notable dilatación de los bronquios. Existían, en fin, dolores *sub* y *supra* espinosos en las fosas claviculares, y la tos persistía, sobre todo por la noche, mala, espasmódica. La temperatura era muy irregular, normal durante el día; sufría grandes oscilaciones por la noche. Sudores bastantes profusos.

»Desde el principio, hemos hecho cesar todo tratamiento por los yódicos. Hemos dado sellos de 0,20 centígrados de criogenina contra la fiebre, un jarabe de thiochol y acetona contra la tos espasmódica, y prescrito un vejigatorio volante, delante ó detrás, á derecha ó á izquierda, del tamaño de un duro; se sucedían uno á otro, dejando solamente á la piel el tiempo de curarse. Después aconsejamos como régimen una sobre-alimentación razonada, cuatro á cinco comidas al día, cortas, pero sustanciosas; leche, manteca salada, frutas rojas, fricciones alcohólicas, lociones generales, baños salados muy calientes y reacción en cama. En fin, reposo lo más prolongado posible en cama y suspensión momentánea de los estudios. Todas las semanas, desde el principio, se ha procedido á una inyección intra-muscular de 5 centímetros cúbicos de nuclearsitol, conteniendo 5 centigramos de metilarsinato disódico puro unido á los nucleofosfatos vegetales que M. M. Robin se había servido poner á mi disposición.

»Los efectos de esta medicación han sido verdaderamente maravillosos. El apetito se ha hecho constante en poco tiempo, el estado general ha mejorado considerablemente y las lesiones pulmonares se han corregido. En fin, en ocho meses el niño ha aumentado 7 kilos. Este enorme aumento es debido al reposo prolongado, unido á la acción fagocitaria del Nuclearsitol Robin. El niño está en vías de curación.»

Esta observación, nadie podrá negarlo, tiene un gran alcance tera-

péutico. En efecto, puede verse cuán notable es la acción del Nuclearsitol Robin, y qué influencia puede ejercer sobre la nutrición general y sobre la función natural medicatriz de los grandes mononucleares, la fagocitosis, que así desembaraza la economía de los elementos patógenos y bacilares, permitiéndole triunfar de sus temibles enemigos. Este niño, que hemos vuelto á ver ayer aún, está verdaderamente casi curado; no se diría que está enfermo, sino se percibiesen todavía á la auscultación algunos soplos de lesiones no curadas; pero dentro de poco tiempo todo habrá entrado en orden, y á menos de circunstancias que jamás se pueden prever, puede considerársele como realmente curado.

5) La meningitis cerebroespinal en el niño de teta.

A propósito de un caso observado por él, Mr. Leger pasa revista, en *L'année médicale de Caen* (Julio 1911), á los signos habituales de la meningitis cerebroespinal en el niño de teta.

El niño está muy agitado en dicha meningitis. Los vómitos se calman conforme va progresando la agitación. En general, un poco de diarrea: *ausencia de estreñimiento*, hasta tal punto que el conjunto sistemático hace pensar en una gastroenteritis. Estrabismo, desigualdad pupilar. Fontanela abombada, signo de hipertensión del líquido céfaloraquideo; inflamación que desaparece con frecuencia después de la punción lumbar. Señalemos también la posibilidad de herpes, de eritemas, de púrpura. (Grenet.)

La duración de la enfermedad es de cinco, diez, veinte, treinta días, ó aun más: Lesage señala un caso que ha durado dos meses. La curación, en general, tiene lugar con lentitud, según este autor, y pueden observarse recaídas. Por el contrario, nótese con mucha frecuencia la evolución rápida hacia la curación sin la menor complicación.

No siempre ocurre lo mismo, Baboneix y Tixier han notado, como Terrien atrofia óptica y ceguera consecutiva. Courtellemont ha notado sordomudez debida á un edema ó á una neuritis del nervio auditivo. Señálanse también parálisis oculares y parálisis de los miembros.

La meningitis cerebroespinal del niño de teta no siempre reviste el mismo aspecto sintomático: existen formas que vamos á describir rápidamente, tal como la *forma tetánica* (Guinon y Viellard, Baboneix y Tixier), caracterizada por tetania clásica, rigidez especial, signo de Enwostek, y los trastornos digestivos. Luego la *forma convulsiva*, que explica la muerte de ciertos niños completamente sanos en apariencia, y en los cuales la temperatura llega rápidamente á 40°. Atri-

búyese la fiebre á las convulsiones. La necropsia demuestra que se trata de meningitis cerebro espinal.

Existe también una forma interesante señalada por Netter: es la *forma paralítica*. Los músculos del cuello no presentan rigidez alguna: por el contrario, están paralizados. La cabeza se mueve en todos sentidos á manera de la de un recién nacido cuyos músculos del cuello no han adquirido todavía su tonicidad normal. El bamboleo de la cabeza es de gran importancia desde el punto de vista del diagnóstico. Los otros síntomas son idénticos.

Es inutil señalar la *forma atenuada*, la «simple posterior basal meningitis of infants», de Still, Carr y Lees, cuyos caracteres son la marcha subaguda de la afección, la frecuencia de la ceguera y la rigidez del cuello, la pérdida de la vista. Mr. Lesage insiste también sobre la frecuencia de ciertos casos ciertamente desconocidos, de marcha sistemáticamente muy benigna, que se complican, sin embargo, con ceguera, con sordera, porque no se ha hecho el diagnóstico y no se ha aplicado la sueroterapia. «¡Cuántos sordomudos y ciegos deben quizás el origen de su mal á una de estas formas atenuadas!». Únicamente la punción lumbar es susceptible, á veces, de confirmar el diagnóstico.

El mismo autor indica un signo de gran valor. He aquí en qué consiste. Tómase al niño, desnudo, por debajo de los brazos, y se le tiene suspendido en el aire. El niño sano pliega las piernas, las extiende luego: el niño afecto de rigidez las mantiene plegadas. En presencia de este síntoma positivo, aconseja no dudar en hacer la punción lumbar, y concluye de este modo: es preciso estudiar sistemáticamente toda rigidez vaga, toda defensa que parezca algo anormal, sobre todo si estos signos son fijos y permanentes.

Hase señalado también una *forma caquética con fiebre á grandes oscilaciones* y acompañándose de caquexia meníngea. En este caso el niño conviértese, en pocos días, en un verdadero esqueleto. La fiebre presenta oscilaciones análogas á las que se encuentran en las supuraciones.

Finalmente, una forma muy curiosa lleva el nombre de *hiperestésica*. Cuando el niño descansa no parece estar enfermo: está trar.quilo; pero la menor excitación hace aparecer contracciones musculares, una verdadera trepidación epileptoide. Existe hiperestesia sin ninguna rigidez aparente. La punción lumbar permite diagnosticar. La enfermedad dura diez ó quince días, y, en general, el término es fatal.

Resulta, de estas consideraciones clínicas, que el diagnóstico de

la meningitis cerebroespinal del niño de teta es à veces muy difícil. Sobre todo no hay que estar obnubilado, como dice Lesaje, por la idea de que, todo niño de teta «es un vientre». Muchas afecciones han sido consideradas como gastroenteritis con fiebre, ó septicemia con diarrea; y, en realidad, no son más que cerebroespinales mal conocidas.

Luego, examinar siempre desde el punto de vista nervioso à todo niño de teta afecto de trastornos digestivos, y no descuidar el practicar la punción lumbar.

El signo de Kernig tiene gran importancia clínica. Verdad es que se le encuentra en otras afecciones, y en particular en la bronconeumonía, en la enfermedad de Barlow, en las septicemias, en la neumonía; pero en la cerebroespinal su carácter esencial es *la persistencia*.

Habrà que desconfiar de ciertos estados caracterizados por fiebre, *agitación intensa*, insomnio, gritos, signo de Kernig, rigidez del cuello. La punción lumbar es negativa. Este estado es à veces tan falaz, que puede observarse la prominencia de la fontanela y una disociación del pulso à 140-160, cuando la temperatura es normal. Trátase de niños que las más de las veces están bajo la influencia de la salida de retoños de los dientes.

En cuanto à la confusión con la meningitis tuberculosa, casi no es posible. En este segundo caso existe somnolencia: en la meningitis cerebroespinal todo es excitación. Únicamente en la segunda infancia es cuando el diagnóstico puede ser delicado.

El pronóstico de la meningitis cerebroespinal del niño de teta está subordinado al pronóstico precoz, puesto que la sueroterapia aplicada desde el principio de la afección darà à menudo buenos resultados, como en los casos relatados más arriba. En cuanto al tratamiento, ha de ser intensivo. No hay temor de emplear dosis sucesivas y repetidas: es el único medio de obtener la curación y evitar las complicaciones anafilácticas.

6) Diagnóstico y tratamiento de la uretritis posterior.

La localización de la blenorragia en la uretra posterior es digna de reconocerse y tratarse prácticamente. Ella es, en efecto, la que en los casos agudos es el intermediario casi forzoso y el precursor de las cistitis, prostatitis, epididimitis y vesiculitis; es la que, en casos crónicos, constituye el factor principal de la persistencia de la enfermedad.

En una comunicación à la «Sociedad del Internado de los Hospi-

tales», Mr. Luys ha recordado recientemente los caracteres y la terapéutica.

Urethritis posterior aguda.—Lo que más ha de llamar la atención del observador sobre esta afección insidiosa, aun en los casos agudos, es el hecho de que, con una secreción uretral mínima, las orinas son muy turbias. Compruébase luego: 1.º, el enturbiamiento uniforme de las muestras de orinas recogidas en el curso de la micción; 2.º, el dolor terminal y la polakuria más ó menos acusados; 3.º y último, el tacto rectal, inflamación dolorosa muy frecuente de la próstata, y á veces tumefacción de las vesículas seminales. Otros signos, como póluciones por irritación del *verum montanum*, pequeñas hematurias terminales y alteración más ó menos marcada del estado general (facies, apetito), son inconstantes y de orden secundario.

En tal caso importa mucho instituir ó proseguir los lavados uretrovesicales al permanganato, por ejemplo. Se llegará siempre á forzar el cuello inyectando, después de lavado de la uretra anterior á canal abierto, 10 cc. de estovaina á 1 por 100. En estas condiciones la inyección antiséptica consecutiva á canal cerrado penetrará siempre fácilmente hasta la vejiga. Estos grandes lavados, algunos masajes de la próstata, un poco de urotropina, aliviarán rápidamente estos síntomas agudos.

Urethritis posterior crónica.—Los signos reveladores, generalmente poco observados y poco conocidos por el enfermo, son, de hecho, de una benignidad habitual.

Comprenden:

1.º Los filamentos pesados en las orinas, sobre todo en la primera y última capas.

2.º Los dolores, consistiendo principalmente en sensaciones desagradables en la esfera urogenital: cosquillas, pesadez, quemadura en el canal ó en el periné en posición sentada ó al andar.

3.º Trastornos neurasténicos más conocidos y más frecuentes, por otra parte, y pudiendo llegar hasta la importancia y la hipocundría sexuales.

4.º Trastornos de la eyaculación consistiendo en pérdidas (prostatorea, espermatorea ó eyaculación prematuras «ante portas»), ó en eyaculaciones dolorosas, ó en hemospermia, ó en eyaculaciones retrogradas por reflujo vesical.

5.º Retoños de epididimitis ó de orquitis á báscula.

6.º Finalmente, los resultados suministrados por la exploración directa que hay que practicar siempre en caso parecido. De modo

que, después de tacto rectal y exploración de la uretra por la bola de oliva, practicar la uretoscopia, pero después de dilatación previa, para no hacer sangrar y ver con claridad hasta el *verum montanum* y más allá. En tal caso compruébanse entonces glándulas prostáticas rojas, inflamadas, rodeadas de un reborde saliente, y hasta papilomas del veru; todas ellas comprobaciones interesantes para el tratamiento.

Mr. Luys opina, en efecto, que la uretoscopia no sólo tiene un interés, diagnóstico, sino que lo tiene igualmente terapéutico. Cuando el masaje de la próstata y la dilatación uretral han fallado, podrán sernos de gran utilidad los toques directos de las partes enfermas con tintura de iodo, nitrato de plata, ó gálvano-cauterio á través del tubo uretrocópico.

Bibliografía

7) **Bruch.** Tratamiento de la forunculosis.—Después de numerosos ensayos hechos por Bruch con el ictiol en la forunculosis, ha determinado por recomendar el procedimiento siguiente: ya esté el forúnculo en sus comienzos ó en período avanzado, procede primeramente á rasurar toda la región en bastante extensión donde se asienta el forúnculo, condición que considera de absoluta necesidad. Con la parte ancha de una espátula de vidrio, cargada de ictiol, frota toda la zona enrojecida del forúnculo. Se limpia la espátula de vidrio del ictiol que aún se queda adherido, con una torunda de algodón empapada de alcohol. Se aplica directamente sobre la región enferma un trozo de suficiente magnitud de emplasto de aglutinante. Si el forúnculo, por su gran desarrollo, no queda completamente cubierto por el emplasto, se aplicarán varias tiras de aglutinante en forma imbricada. Es sorprendente ver con qué rapidez desaparecen los dolores una vez aplicado este vendaje, pues suelen bastar de tres á cuatro horas. Al cambiar el vendaje en los días siguientes, se encuentra el pus bajo el aglutinante. Con torundas de algodón empapadas en bencina se limpia el pus. Después se cubre de ictiol y de aglutinante la región como en los primeros días, y esto se repite diariamente, hasta que la supuración se agote. Entonces, y hasta que la curación termine, se aplica todos los días una tira de aglutinante en el orificio de salida del pus. Solo cuando éste es muy abundante ó el orificio muy amplio, coloca Bruch apósito con algodón.

Este método de tratamiento ofrece la ventaja de su sencillez, la su-



presión rápida de los dolores, permite trabajar al paciente, suprime los apósitos y es de resultados cosméticos excelentes. En cambio el tratamiento por las compresas húmedas calientes tiene el inconveniente de que por el calor se facilita la formación de otros forúnculos, aparte de que en ciertas regiones como en los genitales, no se sostienen bien los apósitos.

8) Rodaus y Cartier. Sífilis y embarazo.

I. Sífilis Maternal: Comenzar el tratamiento en una fecha tan próxima como posible sea del principio del embarazado, si la sífilis es anterior á la concepción: desde los primeros síntomas, si la infección es posterior á la concepción.

1.º Tratamiento mercurial:

Bicloruro de hidrargirio	} aa 0,01 centigr.
Extracto tebaico	
Polvo de jabón medicinal	} aa C. s.
Glicerina	

Para una píldora.

Una píldora en cada una de las principales comidas.

(Gaucher).

ó:

Benzoato de mercurio recién preparado	1 gramo.
Cloruro de sodio químicamente puro	0,75 centigr.
Agua esterilizada	100 gramos.

Una inyección de 1 cent. cúbicos todos los días en la masa carnosa de la nalga.

ó también.

Mercurio purificado	40 gramos
Lanolina anhidra esterilizada	12 —
Vaselina blanca	13 —
Aceite de vaselina médico purificado	35 —

Una inyección de 7 á 8 gotas todas las semanas, después de haber calentado ligeramente el frasco, después de agitarlo fuertemente.

Recurrir con preferencia al método de series alternadas de inyecciones subcutáneas de píldoras.

Inyecciones de benzoato	1 cada mes
Píldoras de sublimado	15 ó 20 días
Reposo	10 ó 15 —

(Gaucher).

9) Dr. Siguret. Tratamiento de la hiperhidrosis.

Para combatir la hiperhidrosis, es necesario en la mayoría de los casos, instituir de un golpe un tratamiento general y un tratamiento local.

I. Indicaciones del tratamiento general.— El tratamiento general lleva consigo:

a) La institución de un régimen apropiado (régimen de los antríticos, de los obesos, de los anémicos, etc., según los casos).

b) La administración de astringentes, de tónicos vasculares y de astisudoríficos. Así es que, según la edad del sujeto se pueden prescribir por día de uno á tres de los sellos siguientes:

Polvo de agárico	de 5 á 15 cent.
Biclorhidato de quinina.	10 —
Polvo de tizón	10 —
— digital	1 —
— nuez vómica	1 —

para un sello n.º 8, 16 ó 24.

Este tratamiento debe seguirse durante ocho días; conviene reposarse unos diez días, para volver á empezar si es necesario.

c) La vigilancia del buen funcionamiento del tubo digestivo y del riñón (compatir el estreñimiento y excitar la diuresis por los medios *ad hoc*).

II. Tratamiento local.— 1.º *Hiperhidrosis generalizada.*—Fricciones generales todos los días, y algunas veces hasta dos por día, sobre todo el cuerpo con franela impregnada de agua de Colonia, alcohol alcanforado, alcohol adicionado con jugo de ortigas en la proporción de 5‰ ó de una solución alcohólica de tanino.

Tanino	de 5 á 10 gr.
Alcohol á 90º	Q. S. p. 1 litro

Baños generales astringentes cada 2 días.

2.º *Hiperhidrosis localizada* (manos, pies, sobaco, frente, regiones inguinales y genitales, etc.).

a) Jabonado cuidadoso por la mañana y por la noche de las regiones enfermas con un jabón al ácido salicílico; b) en seguida lavado rápido con agua fría adicionada ó no de sustancias astringentes, según la intensidad de la afección. Los cocimientos de corteza de encina al 40‰ son de excelente práctica, lo mismo que las soluciones de alumbre á la dosis de 10 á 40 grs. de alumbre por litro de agua. El uso de baños de larga duración y la aplicación prolongada de com-

presas no deben aconsejarse; c) después del lavado, taponamiento con algodón hidrófilo, y después lociones con:

Naftol	5 grs.
Glicerina	20 —
Alcohol á 60°	100 —

ó bien:

Tanino	5 grs.
Aguardiente alcanforado	200 —

ó bien:

Permanganato de potasa	} aa 1 gr.
Timol	
Alcohol á 60°	20 gr.
Agua destilada	200 —

COMBY

que se emplea puras ó rebajadas con agua, según la edad del paciente, la intensidad del proceso ó el grado de resistencia de los tegumentos.

Brocq recomienda las fórmulas siguientes:

Naftol B	5 partes
Glicerina	10 —
Alcohol	100 —

ó mejor:

Formol del comercio	de 2 á 5 gr.
Alcohol 60°	200 —
Esencias de almendras amargas	Q. S. p. aromatizar.

que aconseja igualmente emplear puras ó rebajadas con agua, según los casos.

Ortega recomienda las lociones diarias con:

Hidato de cloral	1 gr.
Agua destilada	100 —

Ante una hiperhidrosis plantar ó palmar intensa, es preferible, en lugar de emplear las lociones anteriores, pincelar en seguida con un trozo de algodón empapado en solución acuosa de ácido crómico al 1, 2 ó 3%, ó solución hidroalcohólica de ácido crómico, preparada, por ejemplo, como sigue:

Ácido crómico	de 0,20 á 0,60 gr.
Alcohol	} aa 30 —
Agua destilada	

Estas pincelaciones al ácido crómico no deben repetirse sino cada dos ó tres días; además deben reservarse para los casos de hiperhidrosis palmar, ó mejor hiperhidrosis plantar. En efecto, en estos casos presentan la ventaja de hacer desaparecer no solamente la abundancia, sino también la fetidez de los sudores. Cuando se emplean las soluciones de ácido crómico, está recomendado no emplear dosis demasiado

débiles, si se quiere obtener resultados, lo mismo que no conviene servirse de dosis demasiado fuertes, porque pueden ocasionar un eritema traumático (SABOUREAUD); *d*) lociones ó pincelaciones terminadas, se enjega ó espolvorea con:

Naftol pulverizado	2 partes
Almidón	100 —
	(BROCO)

ó bien:

Talco	30 gr.
Subnitrato de bismuto.	35 —
Permanganato de potasa	2 —
Salicilato de sosa	4 —

(Formulario de Viena)

ó bien:

Ácido salicílico	2 gr.
— bórico	10 —
Talco	} aa 40
Almidón.	

(COMBI)

Si estos medios fracasen, conviene á recurrir á pomadas tales como:

Ungüento diaquilón (HEBRA)

ó:

Sulfo-ictiol de amoniaco	} aa 3 gr.
Trementina	
Ungüento de zinc	10 —

(Formulario clínico de Viena)

ó:

Ácido salicílico	1 gr. 50
Diadermina	100 gr.

ó bien las pomadas al litargirio (1/10) ó al óxido de hierro (1/10) (QUINQUAUD).

La roëntgenización débil da, según Kromaye, una curación rápida y durable. Por último, hay algunas recomendaciones particulares útiles en algunos casos, tales como llevar guantes espolvoreados, de talco ó polvos de alumbre, llevar medias ó calcetines espolvoreados de naftol ó de ácido bórico cuidadosamente pulverizado.

10) **MM Louis Ramond y Chiray.** Curación del reumatismo blenorragico por las inyecciones de suero antimeningocócico.

Admirados de los buenos efectos obtenidos por MM. Pissavy y

Chauvet (1) en la cura del reumatismo blenorragico por el suero antimeningocócico, y seducidos por la simplicidad de este tratamiento, lo hemos aplicado á nuestra vez en cinco enfermos. Los resultados obtenidos nos han parecido merecer su publicación. Quizás contribuyan á vulgarizar un método terapéutico á la vez práctico y muy eficaz contra accidentes para los que, hasta aquí, estábamos casi desarmados (2).

Nuestras cinco observaciones se refieren á monoartritis agudas ó subagudas que presentaban todos los caracteres clínicos atribuidos clásicamente al reumatismo blenorragico (fijeza, ataque del tejido periarticular, resolución lenta, ausencia de antecedentes artríticos, sudores, trastornos cardiacos, etc.) En dos de estos casos, el origen gonocócico era cierto (derrame vaginal abundante y verduoso, y dolores en la micción). Nuestros enfermos (todas mujeres) se nos presentaron en una época diferente de su enfermedad: quince días, un mes, tres meses y cinco meses y medio después del principio de los accidentes articulares. Todas habían seguido sin éxito los tratamientos diversos habitualmente utilizados contra tales artritis.

Nuestra terapéutica consistió esencialmente en la inyección de suero antimeningocócico de Dopter facilitado por el Instituto Pasteur (3). La cantidad de suero empleada y el número y sitio de las picaduras han variado según los casos. En tres enfermas (Obs. I., III, IV), hemos inyectado una sola vez 20 cc. de suero bajo la piel del flanco; en otro caso (Obs. II) hemos hecho, con 8 días de intervalo, dos picaduras de 10 cc cada una; en fin, en la última enferma (Obs. V), hemos practicado una primera inyección para articular (10 cc.), y cuatro días más tarde una segunda intraarticular (10 cc.). Esta última manera de obrar seductora porque introduce el suero *loco dolenti*, no nos ha parecido llevar consigo ningún inconveniente, y su acción fué muy rápida. Los efectos del tratamiento se manifestaron de la misma manera en nuestras 5 enfermas y la dosis, relativamente débil, de 20 cc. de suero antimeningocócico, se mostro siempre suficiente para producir la curación.

Desde los primeros dias después de la inyección, los dolores espontáneos, intensos, rebeldes á todo tratamiento, y persistiendo después de varias sema-

(1) Pissavy y Stephen Chauvet. *Bull. y Mém. de la Soc. méd. des hóp.*, 1909, p. 435^{2.º} sem.

(2) Justo es recordar que en estos últimos años, cierto número de autores, en particular MM. J. Rogers y Mainini (en el laboratorio y el servicio de M. Vidal), han tratado con éxito artritis blenorragicas sirviéndose el primero de un suero antigonocócico, y el segundo de vacunas especificas preparadas según el método de wright. Estos procedimientos necesitan preparaciones múltiples y delicadas que se oponen á su aplicación práctica. (Véase J. Rogers, *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 1906, vol. XLVI, n.º 4, p. 263.— Carlos Mainini, *Presse medicale*, 16 de enero de 1909, n.º 5, p. 40)

(3) MM. Pissavy y Chauvet han empleado el suero de Flexner.

nas ó varios meses, desaparecieron casi completamente. El edema y el empastamiento periarticular se atenuaron progresivamente; ya no eran apreciables al cabo de 8 días. Por último, los dolores á la presión, más resistentes, se extinguieron á su vez; á los 15 días ya no existían.

Habiendo desaparecido desde este momento todo fenómeno agudo, la enfermedad se podía considerar como terminada. Desgraciadamente, la *restitutio ad integrum* estaba lejos de haberse obtenido, y en todas nuestras enfermas existía una anquilosis de la articulación atacada, tanto más marcada cuanto más tiempo había durado la enfermedad. Muy ligera y rápidamente mejorada en las enfermas de las observaciones I y V, resistió más en nuestra segunda enferma, pero concluyó por ceder. Por el contrario, se acentuó mucho en las enfermas de las observaciones III y V, que no volvieron á la consulta sino después de tres y cinco meses de sufrimientos.

Los inconvenientes de esta medicación son de débil importancia en comparación de sus ventajas. No hemos observado más que una sola erupción suérica. Es verdad que no hemos repetido las inyecciones y que tomábamos la precaución de ordenar durante ocho días la ingestión de sales de cal (4 grs. de cloruro de calcio en las 24 horas).

De estos hechos cremos poder sacar las conclusiones siguientes:

1.º La inyección de suero antimeningocócico determina una mejoría rápida y considerable del reumatismo blenorragico en su forma monoarticular, aguda ó subaguda. Puede hacerse bajo la piel, en la inmediación ó lejos de la juntura aun en el interior de la articulación cuando se quiere obrar directamente *loco dolenti*.

2.º La dosis de 20 cc. de suero es habitualmente suficiente. Podría aumentarse ó repetirse si fuera necesario.

3.º La sueroterapia del reumatismo blenorragico tiene por efecto hacer desaparecer rápidamente y en el orden de su enumeración, los dolores espontáneos, la tumefacción y el edema y los dolores provocados. No pone al abrigo de la anquilosis y esta es tanto más marcada cuanto más tardíamente haya sido hecha la inyección suérica.

11) Dr. Rodriguez Mendez. Calomelanos y alimentos salados.

Los accidentes observados alguna vez cuando se administran juntas ambas substancias, no son debidos, en concepto de Pollacci (*Revista Médica*), á que se forme sublimado, si no sulfacionato de mercurio, gracias al ácido sulfocianico de nuestros tejidos.

Admitiendo esto, el peligro del cloruro sódico está en que favorece mucho la solución del sulfocianato. Si aquél ingresa poco á poco en cantidad normal, éste sólo se disolverá en pequeña dosis y habrá la acción terapéutica, graduada y regular. Es decir, cuanto más sala-

dos estén los líquidos orgánicos, mayor cantidad se disolverá del sulfocianato. En caso contrario hay la acción tóxica y de aquí sus diferencias de acción. Se ha de tener en cuenta que este compuesto mercurial es tan enérgico como el sublimado. Por tanto, debe darse los calomelanos con alimentos poco salados.

Lo mismo que con el cloruro sódico pasa con los bromuros y ioduros de sodio y de potasio, en los cuales el sulfocianato de mercurio es extremadamente soluble.

12) **J. Mindes.** Investigación de la glucosa en la orina.
(*Pharm. Port.*, 1910).

Este nuevo método para la determinación cualitativa y cuantitativa del azúcar en la orina, merece llamar la atención de los prácticos. Consiste en emplear el reactivo de Fehling en forma de tabletas rigurosamente dosificadas. La solución en el agua destilada de la tableta de cobre y la del álcali corresponde exactamente, desde el punto de vista de su valor reductivo, á 0'01 gramo de glucosa. Haciendo hervir durante un minuto la solución de una tableta de cobre y de álcali en 2 cm³ de orina exenta de albúmina, la coloración amarilla ó amarilla rojiza aparece si el líquido contiene azúcar; se colorea de azul si no la contiene. Si en caso de reacción positiva la filtración del líquido ensayado da una coloración verde ó azul, la riqueza en azúcar es más pequeña que la cantidad de glucosa que corresponde á la del azúcar empleado; es más grande, si lo filtrado tiene un color amarillo ó negro. Se continúa investigando según el primer resultado obtenido en mayor cantidad de orina y con mayor número de tabletas hasta que se obtiene el producto filtrado de un color ligeramente amarillo verdoso: contiene todavía un exceso mínimo de cobre. Se calcula la riqueza por ciento de azúcar según la cantidad de orina y según el número de tabletas empleadas.

La casa Merck, de Darmstad, que prepara las tabletas en cuestión, envía un folleto conteniendo una tabla en colores que permite conocer fácilmente las diversas gradaciones que pueden presentarse, lo mismo que una tabla indicando la riqueza en azúcar que corresponde al empleo de determinadas cantidades de orina y de tabletas de reactivo.

Sección Profesional

El Dinero de la Sanidad.—*Gravísima denuncia.*— Con profundo asombro hemos leído en los importantes periódicos *Diario de Reus* y *Mercantil Valenciano* del día 16 del corriente, el siguiente suelto, capaz de escandalizar al más condescendiente; este último colega lo

reproduce del primero, con el alarmante título «Escandalazo... sanitario.»

Dice así:

«Ha causado profundo asombro y honda indignación lo ocurrido en nuestra ciudad (Reus) en la noche de anteayer y madrugada de ayer.

Según las versiones que hemos podido recoger, he aquí lo ocurrido, que narraremos sucintamente, y sin detalles que puedan ofender el pudor de nuestros lectores:

»Anteanoche llegó á esta ciudad, procedente de Tarragona, el automóvil de Sanidad que el Gobierno ha puesto á disposición del Doctor Bejarano.

»En dicho auto no iba el citado doctor, sino algunos señores de Tarragona, varios de ellos agregados á la Comisión sanitaria.

»Después de cenar opíparamente, según afirman algunos, organizaron los expedicionarios una juerga, á cuyo efecto hicieron subir el tren que á las once había ido á Salou.

»Mientras tanto, el automóvil recorrió las casas de lenocinio de esta ciudad, reclutando todas las mujeres de vida airada, y, á eso de las doce, partió un tren extraordinario, formando la expedición unos cuarenta juerguistas, entre hombres y mujeres.

»El automóvil partió también para Salou, y ya en el vecino barrio marítimo, la juerga tomó proporciones escandalosas, invadiendo el restaurant de la estación, rompiendo botellas y consumiendo los desahogados juerguistas, más de treinta duros de licores y toda clase de bebidas alcohólicas.

»A las primeras horas de la madrugada regresaron los excursionistas, unos en el tranvía y otros en el automóvil, al que abarrotaron de botellas, llegando á Reus la mayor parte de los juerguistas en el estado que es de suponer.

»Al conocerse ayer los detalles de la hazaña, fueron durísimos los calificativos con que se obsequiaba á los desahogados héroes de esta censurable aventura, lamentando y protestando de que un automóvil que se ha puesto á disposición de la Sanidad y la Higiene, haya servido para reclutar mujeres de vida airada y para una juerga tan escandalosa.»

Repetimos que hemos sentido rubor al leer estas abrumadoras líneas, el mismo que sentirá sin duda la clase médica española que vela por los prestigios y el buen nombre de la Sanidad y de los sanitarios. Aunque no lo dijera el suelto que transcribimos, fácil es suponer que una personalidad tan respetable como el Sr. Bejarano, por su ciencia y por su cargo, fuera ajena á éste escándalo. Pero por eso mismo entendemos que tanto el ilustre Inspector de Sanidad como el Sr. Ministro de la Gobernación, deben abrir una información para depurar responsabilidades y castigar duramente á los funcionarios que de tal modo arrastraron por los suelos el alto concepto de la Sanidad y de la Higiene.

Porque además, resulta bochornoso que cuando en este país no se

pagan sus atrasos á Inspectores provinciales ni á los titulares, vaya una comisión sanitaria y sus agregados, como señala el suelto de referencia, despilfarrando el dinero en juergas, alcoholes y prostitutas.

Al lado de estas bacanales de los privilegiados, ¡cuánto resalta la noble conducta de los sufridos y olvidados médicos rurales!

La Sanidad Civil, que vela constantemente por los prestigios de la Sanidad y de toda la altruista familia sanitaria, protesta enérgicamente contra tales desmanes, y pide al Sr. Bejarano que intervenga con entereza; si resultan falsas las acusaciones, para exigir á la Prensa una inmediata rectificación, y si se confirman, para castigar duramente á los escandalosos.—(De *La Sanidad Civil* de 24 de septiembre de 1911.)

La casa Salvat y C.^a, de Barcelona, acaba de publicar la traducción del *Compendio de Bacteriología práctica*, del Dr. J. Courmont, utilizando para dicho objeto la tercera edición francesa, corregida y aumentada.

Ilustrada la obra con 396 figuras en negro y colores, forma un volumen de cerca de 900 páginas, excelentemente impresas, de gran utilidad y fácil y amena lectura, que refleja el estado actual de esta interesante y nueva rama de la Medicina.

Felicitemos á los editores, que han sabido escogitar tan buen libro para propagarlo entre la clase médica española, y les auguramos un buen negocio, pues el libro se vende á 12 pesetas el ejemplar en rústica y lo han de adquirir la mayoría de los médicos y de los alumnos. — F.

Revista Médica. — Hemos recibido el primer número de la *Revista Médica Española*, publicación mensual que dirige el doctor D. Ramón Villegas y Bermúdez de Castro, del Real Dispensario Antituberculoso de María Cristina, Médico del Hospital de la Princesa y Secretario de la Liga popular contra la tuberculosis.

Saludamos cordialmente al nuevo colega, y muy de verdad le deseamos larga y próspera vida.

En la Villa de Ondárroa falleció nuestro querido amigo y expresidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, D. Diego Espada. Era el finado distinguido farmacéutico que supo captarse las simpatías y el cariño de sus profesores, tanto por la bondad de su carácter como por su amor al trabajo.

Descanse en paz y reciba su distinguida familia nuestro pésame más sincero.