

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE VIZCAYA

Año XV

Bilbao—Junio—1909

Núm. 174

## LIGERAS CONSIDERACIONES

SOBRE

### MIS ENFERMOS DE SUPURACIONES DEL OÍDO

Tratados quirúrgicamente

Comunicación leída en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

(CONCLUSION)

#### IV

Los escollos peligrosos que el cirujano puede tocar durante las maniobras en la región petro-mastóidea son principalmente tres: si va muy atrás rasga el seno lateral; si muy arriba penetra en las meninges y el cerebro; si muy adentro secciona el nervio facial. Han sido necesarias numerosas investigaciones para conocer precisamente la situación de estos órganos, y pese á tanta labor, jamás puede uno estar seguro del terreno que pisa, por las anomalías y modificaciones anatómicas frecuentísimas de la región. Todo cambia y se altera según los individuos y edades; el mismo antro, punto de partida operatorio, varía de volumen hasta casi desaparecer en algunos individuos, y varía también de posición con los años, descendiendo desde el cráneo al compás de la apofisis.

La herida del seno lateral ha sido un accidente de relativa frecuencia, originada en parte por errores consignados en obras

de anatomía. Era costumbre dividir la apofisis mastoidea con una línea imaginaria desde la base á la punta, considerando la mitad posterior como perteneciente al seno, y la mitad anterior al cirujano. Los trabajos de Poirier disiparon este error, cristalizado en varias generaciones de anatómicos; el seno ocupa, en condiciones normales, el centro de la mastoidea y en alguno su mitad anterior, separándose muy poco del conducto. Yo he pagado tributo á estos errores y he abierto el seno á varios de mis operados, causándome entonces gran extrañeza las frecuentes anomalías en la situación del vaso; en los primeros accidentes taponaba y comprimía la vena con gasa, suspendiendo la intervención hasta unos días más tarde; y convencido posteriormente de que ello es más aparatoso que grave, continúo hoy la operación sin aplazarla, una vez cohibida la hemorragia. Se citan casos y yo conozco alguno de muerte por desgarró del seno, mas ha de ocurrir algo extraordinario al operador ó al enfermo para dejarse dominar por este accidente.

El peligro real de la herida del seno estriba en su infección consecutiva; por tratarse de campo operatorio infectado parece facilísimo injertar en sus paredes los gérmenes morbosos, y ocasiones se citan donde la flebitis estalló sin otro traumatismo que la simple denudación vascular, como en las historias de Koerner Freitag y Hansberg. En ninguno de mis casos de herida del seno lateral, ni tampoco en las numerosas veces que quedó descubierta he visto estas inflamaciones venosas; y quizá este sea el principal motivo para no dar importancia máxima á semejante complicación del acto quirúrgico.

Así mismo me ha preocupado poco el segundo escollo de las intervenciones mastoideas, ó sea la apertura de la cavidad craneal. He puesto con frecuencia á la vista la dura madre, especialmente al pasar del antro á la caja: unas veces con propósito deliberado de examinar la superficie de dicha membrana, otras para penetrar con más seguridad en el ático, y nunca he tenido contratiempo por tal causa. Por una maniobra torpe puede ciertamente perforarse con el cincel la dura madre y el cerebro, pero esto es fácil evitarlo si la erosión ósea se hace lentamente con la cucharilla. En cuanto al peligro de meningitis, al ponerse en contacto

con el ambiente operatorio sembrado de gérmenes purulentos, lo creo algo teórico, pues no apareció en ninguno de mis enfermos; sin duda la cara externa de la dura ofrece seria resistencia á estas invasiones, hecho ya probado en las fracturas abiertas sin perforación dural, donde es poco frecuente la meningitis.

El verdadero, el gran escollo de la cirugía del oído es el nervio facial; sus traumatismos no matan ni perturban funciones esenciales á la vida, pero marcan en el rostro del enfermo una afrenta pública para el cirujano. Y por esta afrenta hemos pasado todos.

¿Mas es siempre el operador responsable de la parálisis facial? ¿Puede con absoluta seguridad hacerse en todos los casos la cura radical ó la simple antrotomía sin lesionar el nervio? Debemos contestar resueltamente que no, sin dejarnos llevar de hipócritas fanfarronerías profesionales. Koerner, autor de obras clásicas en la materia, confiesa que el 6 por 100 de sus operados sufrieron la parálisis postoperatorias; y en un Congreso científico celebrado no ha mucho, donde se discutió el tema de las anastomosis nerviosas como medio de curar la parálisis, declararon haberla provocado no pocas veces ilustres cirujanos, entre los que se contaban autores de trabajos anatómicos especialmente destinados á evitarla.

No faltan, en verdad, estudios y guías para operar seguramente sin tocar el nervio, y entre ellos abundan los de aritmética anatómica, marcando en milímetros su profundidad. ¡Excelente aritmética en una región donde los detalles se borran por las fanfrosidades, por el pus y por la sangre, si fuera exacta y pudiéramos trabajar al milímetro! Hay mucho de ilusorio en estas descripciones y métodos que ignoran por fuerza las variaciones individuales y los cambios que imprimen los trastornos anatomopatológicos.

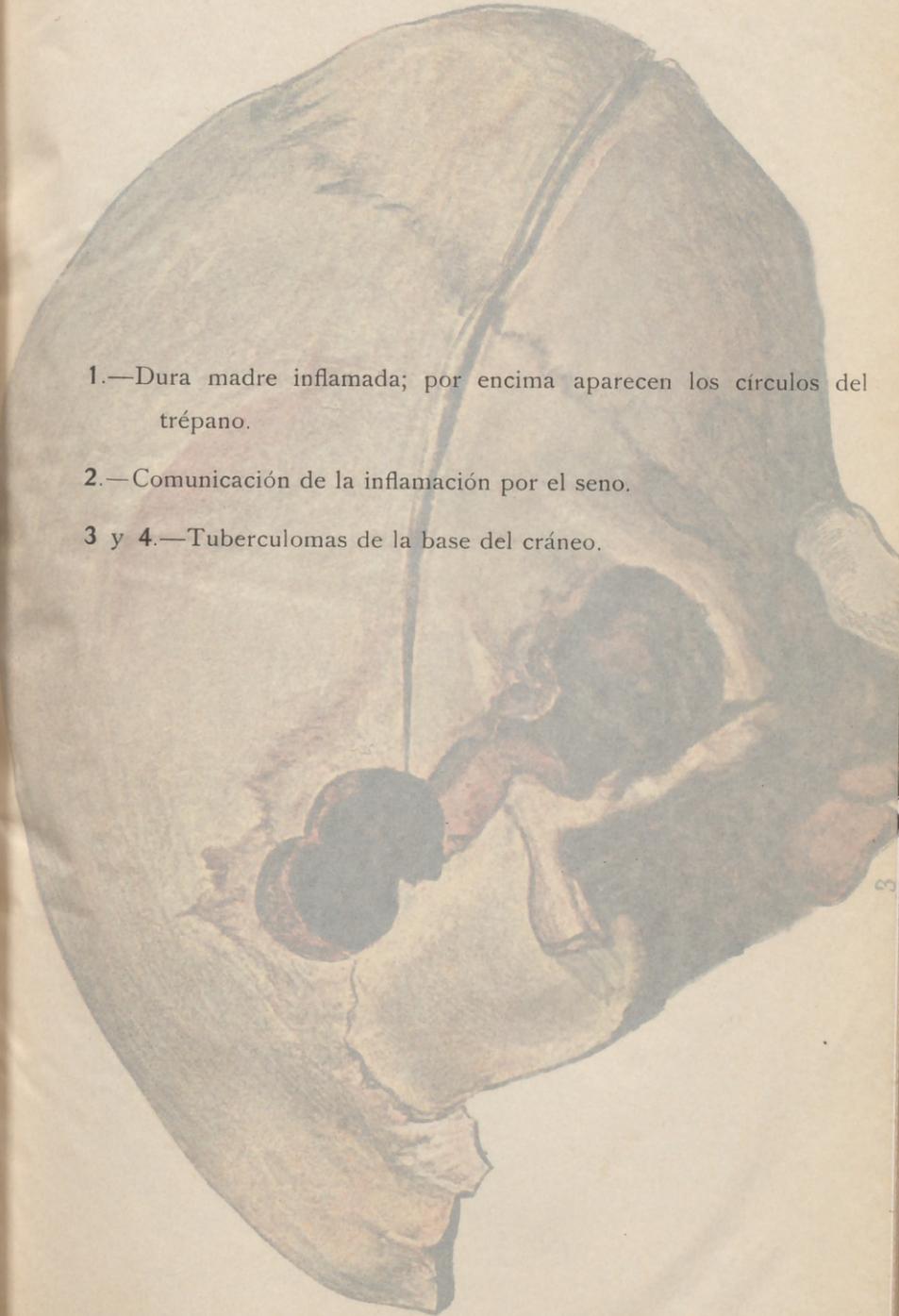
El sitio donde más amenudo se hiere el facial es en la misma caja, cuando se quiere hacer una limpieza prolija y un raspado completo de las fungosidades; el nervio descubierto ó ligeramente protegido por una laminilla tenue, es fácilmente seccionado ó contundido por la cucharilla. En mis primeras operaciones ocurrió alguna vez el accidente, y por eso, y por las razones anteriormente expuestas, he renunciado á estos primorosos raspados.

También se hiere en el antro y su prolongación timpánica, bien por llevar el escoplo á demasiada profundidad, ya por venir el nervio superficial, y dehiscente; aquí disponemos de alguna defensa con el protector de Stake, pero declaro que en dos ocasiones de parálisis fué culpable el protector, al apoyar fuertemente su talón en el acueducto nervioso. Es, pues, dicho instrumento arma de dos filos, cuyo manejo exige cierta serenidad.

Peligra finalmente el nervio en el llamado macizo del facial, ó lámina arqueada intermedia entre la pared del conducto y la mastoidea; una resección que comunique rasa y directamente ambos puntos la juzgó temeraria. Veo con asombro algunos tratados que representan la cura radical por dos círculos, uno timpánico, otro mastoideo, unidos por canal horizontal que atraviesa por su mitad la pared posterior del conducto; yo nunca penetro en la caja por esta pared y voy desde el antro á la superior, sin preocuparme de tocar las meninges al caer sobre el ático. Los dos círculos quedan unidos por medio de un arco, y á su seno corresponde el macizo del facial.

A pesar de todas las precauciones, el alerta debe ser constante para suspender ó cambiar el rumbo operatorio si se nota el espasmo de los músculos de la cara; aparece éste alguna vez á los primeros golpes de la gubia, plenamente confiados de hallarnos lejos del nervio. En dos niños lo he percibido sin aplicar el martillo, al comprimir el hueso con la cucharilla para levantar las primeras astillas; tratábase de huesos inflamados y blandos, y una pequeña presión sobre la superficie se transmitía con facilidad al acueducto nervioso subyacente, por idéntico mecanismo, á las paresias que originan las gasas comprimidas excesivamente sobre las cavidades operadas.

Las parálisis de mis enfermos desaparecieron rápidamente salvo alguna que persistió más de un año, pues se trataba de contusiones, más que de verdaderas secciones nerviosas.

- 
- 1.—Dura madre inflamada; por encima aparecen los círculos del trépano.
  - 2.—Comunicación de la inflamación por el seno.
  - 3 y 4.—Tuberculomas de la base del cráneo.

Tacábase se hiere en el antro y su prolongación timpánica, bien por llevar el escoplo á demasiada profundidad, ya por venir el nervio superficial, y dehiscente; aquí disponemos de alguna defensa con el protector de Stake, pero declaro que en dos ocasiones de parálisis fué culpable el protector, al apoyar fuertemente su talón en el acueducto nervioso. Es, pues, dicho instrumento arma de dos filos, cuyo manejo exige cierta serenidad.

Peligra finalmente el nervio en el llamado macizo del facial ó lámina arqueada intermedia entre la pared del conducto y la mastoideas; una resección que comunique rasa y directamente

ambos puntos de la pared del conducto, es una operación temeraria. Veo con asombro algunos tratados que representan la cura radical por dos círculos, uno timpánico, otro mastoideo, unidos por canal horizontal que atraviesa por su mitad la pared posterior del conducto; yo nunca penetré en la caja por esta pared y voy desde el antro a la superior, preocuparme de tocar las meninges al caer sobre el ático. Los dos círculos quedan unidos por medio de un arco, y a su seno corresponde el macizo del facial.

A pesar de todas las precauciones, el alerta debe ser constante para suspender ó cambiar el rumbo operatorio si se nota espasmo de los músculos de la cara; aparece éste alguna vez en los primeros golpes de la gubia, plenamente confiados de hallarnos lejos del nervio. En dos niños lo he percibido sin aplicar el martillo, al comprimir el hueso con la cucharilla para levantar las primeras astillas; tratábase de huesos inflamados y blandos, y una pequeña presión sobre la superficie se transmitía con facilidad al acueducto nervioso subyacente, por idéntico mecanismo, a las parestias que originan las gasas comprimidas excesivamente sobre las cavidades operadas.

Las parálisis de mis enfermos desaparecieron rápidamente salvo alguna que persistió más de un año, pues se trataba de contusiones, más que de verdaderas secciones nerviosas.



3



## V

He tenido ocasión de ver abundante material de complicaciones meningo-cerebrales de origen ótico, y raras veces he encontrado los casos en circunstancias favorables á la intervención, hallando la mayoría en agudísima marcha, con el pulso pequeño é inconstante, propio de la inhibición bulbar precursora de la muerte; contrastaba en ellos la lentitud de los pródomos con la rapidez de los otros períodos, abreviándose la evolución morbosa hasta el punto de terminar en pocas horas. Sorpresas desagradables me han proporcionado estas repentinas transformaciones, y entre ellas citaré las dos siguientes: la primera por lo que tuvo de tragi-cómica, la segunda por su innegable valor clínico. Visité de noche un niño otorrético con síntomas meningo-cerebrales evidentes, y animado por su excelente pulso y buen estado general, mandé preparar lo necesario para operarle la mañana siguiente; llegué temprano efectivamente, y salió á recibirme el padre del enfermo con cara sonriente; ¿qué tal el niño? pregunté: muy bien, ahora va usted á verlo; y me condujo á un cuarto donde se hallaba cadáver, amortajado y entre cirios. Por fortuna, terminó el drama rezando el Padre-Nuestro y despidiéndonos amigablemente.

Era el segundo enfermo un muchacho de 18 años, atacado en su infancia de otorrea izquierda con exacerbaciones purulentas acompañadas de cefaleas, y que no quiso emprender la cura radical á pesar de recomendaciones facultativas. Una vez introdujo profundamente en el conducto el tapón de uaté que llevaba ordinariamente, estallando un proceso agudo de retención, con grandes dolores de cabeza, vómitos, pulso lento, fiebre de 39° y ligero estado de somnolencia; á la presión dolía todo el temporal, propagándose la molestia á lo largo de los vasos del cuello. Siguiendo mi norma de conducta, le operé inmediatamente, descubriendo el seno, el antro y el ático: el seno muy anterior, enclavado en la misma pared del conducto, no ofrecía caracteres patológicos; el antro y el ático, defendidos por una capa externa ebúrnea, contenían un colesteatoma fétido, que fué extraído; la

caja estaba llena de fungosidades y se la sometió al raspado; la pared superior timpánico-antral era dura y lisa, y como no se vió en ella fístulas ú otras lesiones la respeté, esperando atacarla y continuar la intervención profundamente si se acentuaban los fenómenos cerebrales, por todo lo cual quedó la herida exterior casi abierta.

Después de operarle continuó el enfermo en el mismo estado, señalándose además una ligera afasia con incoherencia verbal y algo de ecolodía, que me decidieron ir al cerebro al día siguiente; pero con gran sorpresa remitieron todos los síntomas, pareciendo entrar en franca convalecencia, por lo que desistí de la nueva tentativa quirúrgica. Así continuó hasta el tercer día, en que á media noche se iniciaron nuevamente los dolores frontales, cayendo repentinamente en coma, para morir á las cinco de la mañana.

En este caso, el único síntoma focal encefálico, la afasia, tuvo un carácter demasiado fugaz para por sí solo precisar la existencia de una lesión interna, y la intervención corría el peligro de ser temeraria; no es el primer ejemplo de afasias y sorderas verbales transitorias que ni la operación ni la autopsia me han confirmado alteraciones del lóbulo temporal. Por otra parte, la desaparición completa de los otros síntomas, quitaba autoridad para ir al encéfalo á buscar aventuradamente lesiones cuyo sitio y naturaleza desconocíamos.

Yo creo que en éste, como en muchos comas fulminantes quizá ocasionados por el aumento súbito del derrame aracnoideo, puede la punción lumbar, aplicada oportunamente, llenar una indicación vital de momento, para dar tiempo á la ejecución de la craneotomía.

Las vías infecciosas desde el oído al cerebro y meninges son numerosas. Puede propagarse por continuidad ósea, por el caracol, laberinto, canales semicirculares, conducto de Falopio, canal caratóideo, senos venosos, etc., etc., y á veces por varios caminos simultáneos; mas la comprobación de su marcha es muy difícil demostrarla en clínica, y á mí me ha sido imposible con frecuencia.

He visto algunos enfermos de focos extradurales en que la

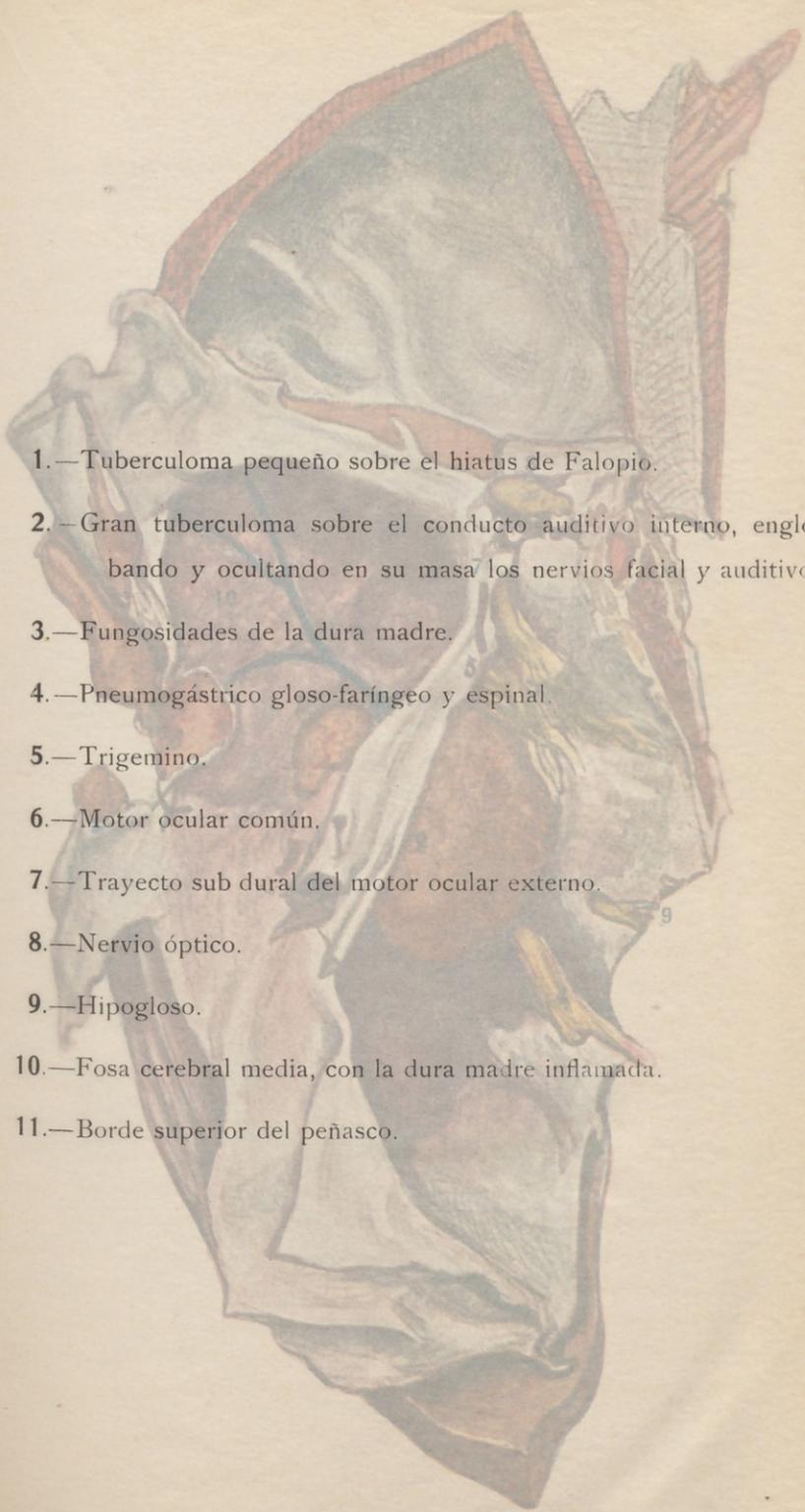
pared superior de la caja había desaparecido, haciendo de techo de la misma la dura madre bañada en pus y cubierta de fungosidades, sin que los sujetos acusaran verdaderos síntomas meníngeos; y creo que el fenómeno es bastante común. Mi conducta entonces se ha limitado á la desinfección y el desagüe con gasa iodofórmica una vez hecho el raspado de las superficies, sin perforar la mémbrana y ménos reconocer el cerebro. Igual proceder he seguido cuando estos focos extracerebrales se han manifestado con caracteres meningíticos, obteniendo buen resultado del tratamiento, salvo en los dos casos siguientes. Una joven de 18 años padecía otorrea crónica, quizá tuberculosa, y fué sometida al raspado de la caja por el conducto natural, estallando á las ocho horas de la intervención un cuadro meníngeo gravísimo, de fiebre alta, vómitos, pérdida del sentido, etc., etc. Llamado en consulta la misma noche, acordamos operarla al día siguiente, disponiendo entre tanto emisiones sanguíneas, hielo á la cabeza y purgantes drásticos; á las pocas horas desapareció la fiebre y recobró el conocimiento, quedando como reliquia del ataque una parálisis facial del lado afecto (derecho). No desistimos de intervenir ante la remisión sintomática; y en la cura radical practicada la misma mañana encontramos pus infiltrado en la pared externa del antro, amén de fungosidades en el ático y cara externa de la dura madre próxima; me abstuve de puncionar el cerebro y abrir las meninges, por el temor de comunicar la superficie externa infectada con la interna que suponíamos intacta, en vista de la desaparición de los fenómenos cerebrales.

La enferma continuó bien durante dos días, siempre con su parálisis facial, pero al cabo de ellos reapareció el delirio, la fiebre, etc., etc., muriendo rápidamente en coma. Habíamos dejado abierta la brecha craneal ante la idea de nuevo ataque, mas la celeridad de éste no permitió una segunda intervención profunda. Carecemos de autopsia con que formar juicio seguro de la naturaleza de la lesión intra-cerebral productora de la muerte, pero nos inclinamos á la idea de leptomeningitis purulenta, propagada por el acueducto, dada la persistencia de la parálisis. Es por otra parte curioso el hecho de la remisión de los síntomas graves coincidiendo con el tratamiento médico-quirúrgico y que

nos hizo caer en falsos optimismos; tales alivios, inherentes al curso de las afecciones agudas del cerebro y meninges, han llamado la atención de los prácticos en todas épocas: el período latente de los abscesos cerebrales, el día bueno de Trousseau en las meningitis tuberculosas, la meningitis intermitente de Brieger corresponden á estas acalmias engañosas.

Instructivo é interesante resulta el segundo caso de focos extradurales que voy á relatar: Un individuo joven y mal nutrido sufrió durante dos años otorrea del oído izquierdo poco molesta, pero rebelde á todo tratamiento; más tarde se iniciaron cefáleas, vértigos, algún vómito, y una parálisis facial tan silenciosa que el enfermo se enteró por sus amigos de su existencia. Le practiqué la ático-antrotomía, revelándose en el acto operatorio lesiones intensísimas; la caries había destruído la mastoide desde la punta á la base, corroyendo el seno lateral, del que solo quedaron restos apergaminados, el antro y la caja eran asiento de osteites fungosa propagada profundamente en la dirección del acueducto del facial; este nervio podía considerarse perdido á juzgar por los signos degenerativos á la investigación eléctrica, razón por la que hice el raspado vigoroso de las fungosidades penetrando en algunos puntos hasta la misma cara externa de la dura.

Los resultados de la operación parecían excelentes; cesaron los dolores de cabeza y demás molestias, comenzó á cicatrizar la herida, y el enfermo marchó á su casa á los quince días en un estado satisfactorio. Volvía á mi consulta todas las semanas y pude observar que la superficie cruenta se tornaba fungosa, singularmente en el fondo del embudo petroso, al mismo tiempo que el individuo se desnutría extraordinariamente. Cautericé la superficie con cloruro de zinc, y recomendé su traslación á un clima de altura ó á los bordes del mar, pero las condiciones económicas no le permitieron hacerlo, puesto que era un pobre que apenas tenía lo suficiente para alimentarse. A los cuatro meses se sintió repentinamente atacado de vómitos frecuentes é incoercibles que le postraron en cama, y le visité en su domicilio, encontrándole extenuadísimo, con frialdad en las extremidades, cara semi-hipocrática, pulso pequeño, reflejos tendinosos imper-



- 1.—Tuberculoma pequeño sobre el hiatus de Falopio.
- 2.—Gran tuberculoma sobre el conducto auditivo interno, englobando y ocultando en su masa los nervios facial y auditivo.
- 3.—Fungosidades de la dura madre.
- 4.—Pneumogástrico glosó-faríngeo y espinal.
- 5.—Trigemino.
- 6.—Motor ocular común.
- 7.—Trayecto sub dural del motor ocular externo.
- 8.—Nervio óptico.
- 9.—Hipogloso.
- 10.—Fosa cerebral media, con la dura madre inflamada.
- 11.—Borde superior del peñasco.

nos hizo caer en falsos optimismos; tales alivios, inherentes al curso de las afecciones agudas del cerebro y meninges, han llamado la atención de los prácticos en todas épocas: el período latente de los abscesos cerebrales, el día bueno de Trousseau en las meningitis tuberculosas, la meningitis intermitente de Brieger corresponden á estas acalurias engañosas.

Instructivo é interesante resulta el segundo caso de focos extradurales que voy á relatar: Un individuo joven y mal nutrido sufrió durante dos años oterrea del oído izquierdo poco molesta, pero rebelde á todo tratamiento; más tarde se iniciaron cefálicas,

vértigos, alerjia, vómito, y una parálisis facial tan silenciosa que el enfermo se enteró por sus amigos de su existencia. Le practicando y ocultando en su masa los nervios facial y oítribus

1.—Tuberculosis pedúnculo sobre el istmo de Falopio.

2.—Gran tuberculosis sobre el conducto auditivo interno, con vértigos, alerjia, vómito, y una parálisis facial tan silenciosa que el enfermo se enteró por sus amigos de su existencia. Le practicando y ocultando en su masa los nervios facial y oítribus

3.—Fungosidades de la dura madre.

4.—Pneumogástico glosotálamo y espinal.

5.—Tuberculo.

6.—Motor ocular común.

7.—Traxecto subdural del motor ocular externo.

8.—Nervio óptico.

9.—Hidocelo.

10.—Tosa cerebral media, con la dura madre inflamada.

11.—Borde superior del delirio.

Los resultados de la operación parecían excelentes; cesaron los dolores de cabeza y demás molestias, comenzó á cicatrizar la herida, y el enfermo marchó á su casa á los quince días en un estado satisfactorio. Volvía á mi consulta todas las semanas y pude observar que la superficie, eruenta, se tornaba fungosa, singularmente en el fondo del embudo petroso, al mismo tiempo que el individuo se desnutría extraordinariamente. Cautericé la superficie con cloruro de zinc, y recomendé su traslación á un clima de altura ó á los bordes del mar, pero las condiciones económicas no le permitieron hacerlo, puesto que era un pobre que apenas tenía lo suficiente para alimentarse. A los cuatro meses se sintió repentinamente atacado de vómitos frecuentes é incoercibles que le postraron en cama, y le visité en su domicilio, encontrándole extenuadísimo, con frialdad en las extremidades, cara semi-hipocrática, pulso pequeño, reflejos tendinosos imper-





ceptibles y retracción de las paredes abdominales; apenas hablaba, repetía algunas palabras á modo de eco inconsciente; pero conociendo los objetos y las personas. El examen del fondo del ojo, practicado por el Sr. Somonte, demostró la neuritis óptica doble con ligerísimo edema pupilar. Presumí la existencia de una lesión compresora del lóbulo temporal izquierdo, y como el estado casi agónico del enfermo no permitía ir á buscarla, me limité á la punción lumbar, extrayendo 12 gramos de un líquido transparente, cuyo examen, ejecutado por el Sr. Larrínaga, no acusó presencia de pus ni bacterias.

Esta punción alivió algún tanto al paciente, quien recuperó el uso de la palabra, dando tiempo para intervenir á los dos días en la siguiente forma. Levanté mediante algunas coronas de trépano la pared superior del conducto y parte de la escama del temporal, y al no encontrar absceso, supuse existieran lesiones más profundas en vista del aspecto rugoso y deslustrado de la dura madre; hice entonces varias punciones en el cerebro con un trócar de milímetro y medio, y solo brotó sangre copiosa, especialmente por una que penetró hasta el ventrículo. Ante la exploración negativa del lóbulo temporal continué investigando por el fondo del acueducto y perseguí las fungosidades hacia la base de la fosa temporal y punta del peñasco, y allí también apareció descubierta é invadida la dura por el proceso tuberculoso. Las lesiones se internaban ya fuera del alcance de nuestros instrumentos, y juzgando el caso perdido, dí por terminado el acto operatorio.

La autopsia practicada por el Sr. Larrínaga, enseñó las lesiones siguientes: Osteitis fungosa de la cara interna de la fosa media, peñasco, apófisis basilar y parte de la fosa cerebelosa, con paquimeningitis externa é interna de la membrana en contacto con dicha osteitis. Un tuberculoma fungoso yacía encima del hiatus de Falopio tocando directamente la base del lóbulo temporal; pero otro mayor que un huevo de paloma cabalgaba sobre el conducto auditivo interno, comprimiendo el ángulo ponto-cerebeloso izquierdo, cubriendo y englobando al mismo tiempo en su masa los nervios espinal, glosio-faríngeo, pneumogástrico y trigémino. Ambos tumores, rojos de frambuesa al exterior, y ca-



seosos en su núcleo, habían perforado la dura madre, para ponerse en contacto con la aracnoides y el cerebro, sin llegar á invadirlos. Su emergencia por los dos orificios endocraneales del conducto de Falopio y la precocidad y persistencia de la parálisis facial, hacen desde luego suponer que dicho conducto fué el camino preferente de la invasión tuberculosa.

Encontróse además un neoplasma fungoso-exocraneano en la base de la apófisis basilar, así como dos ganglios tuberculosos entre la carotídea y la yugular, desnudas por el proceso.

En presencia de lesiones tan extensas y profundas, causa verdadera sorpresa la penuria de síntomas nerviosos durante la vida de este enfermo; ni la protuberancia y cerebelo, ni los numerosos nervios comprometidos, reaccionaron á la invasión tuberculosa; quizá el pneumogástrico fuera el único que alzara protesta, siendo responsable de aquellos pertinaces é incoercibles vómitos. La afasia resultó así mismo síntoma engañoso para llevarnos á la intervención; es muy probable fuese debida á lesiones histológicas del lóbulo temporal, mas el operador no va buscando estas alteraciones de estructura; busca lesiones quirúrgicas. ¿Es posible distinguir en la práctica las afasias quirúrgicas de las histológicas?

Sirvió este caso para demostrar los peligros de hemorragia que la punción y aspiración puedan ocasionar á cerebros en congestión permanente con los vasos friables y degenerados. Casi todos los cirujanos han sostenido que las punciones deben hacerse con bisturí, trócares ó agujas gruesas; y Marion, en su cirugía nerviosa, de 1905, considerándolas inofensivas, recomienda multiplicarlas con insistencia, á fin de no olvidar algún absceso recóndito. Más cauto Krausse, en su reciente tratado de 1908, se pone en guardia contra estas punciones, reseñando enfermos suyos donde ocurrieron hemorragias semejantes á la que nos ocupa á consecuencia de la introducción de trócares.

Una vez más falló la punción lumbar como elemento de diagnóstico de la paquemeningitis tuberculosa perforante; pero en cambio tuvo su valor terapéutico, procurando el alivio temporal suficiente, para emprender y terminar con toda calma, una operación, que seguramente no habría podido ejecutarse sin su

ayuda. (Las láminas que acompañan á la memoria se refieren á este enfermo.)

Es imposible distinguir en todos los enfermos, la meningitis del meningismo, aun disponiendo de los novísimos recursos que proporciona la punción lumbar. La presencia de pus, de bacterias y de toxinas en el líquido cefalo-raquídeo, se ha consirado como signo patognomónico de la verdadera meningitis, es decir, de la lepto-meningitis purulenta difusa; pero la clínica va demostrando estos años la falsedad de semejante aserción. Se citan muchas observaciones cuyo líquido afectó los caracteres antedichos á pesar de pertenecer á enfermos con lesiones endocraneales circunscritas, lesiones del laberinto y aun simples inflamaciones de la caja del tímpano (casos de Woff, Ruprecht, Launois Schultze. etc., etc.) A estos sujetos con falsas meningitis, entre los cuales pueden también figurar los de premeningitis (vorstufen de Koerner) deben referirse los casos que se publican por curados mediante la intervención quirúrgica, pues hay que convenir que la aracnoiditis difusa, especialmente la estreptocócica es necesariamente mortal.

El asunto tiene un valor diagnóstico y un valor terapéutico, desde el momento que huelga toda intervención si se ha confesado debidamente la enfermedad. Yo soy muy pesimista en la materia, porque todos mis operados de meningitis han terminado fatalmente; entre ellos cuento cinco de origen ótico, donde establecí el desagüe con gasa, después de incindir la dura. Confieso sin embargo que ante las dudas del diagnóstico, la insistencia de la familia y el pronóstico fatal de la enfermedad, me he inclinado y me inclino á intervenir arrostrando las responsabilidades de un fracaso casi cierto; buena prueba de ello es el asunto que voy á relatar, ocurrido recientemente: Fuí llamado en consulta para ver una niña de 9 años, linfática, entre cuyos antecedentes figuraba una otorrea de la infancia, desaparecida á los cuatro años, dejando como reliquia una ligerísima exudación por el conducto. Sin nuevas manifestaciones auriculares y precediéndola un período de anorexia, enflaquecimiento y dolores de cabeza, estalló una meningitis de tipo clásico (rigidez de la nuca grito cefálico, parálisis oculares, éxtasis papilar, etc., etc.) que nos hizo

pensar en la meningitis tuberculosa. Las ligeras sombras que al origen de la enfermedad proyectaba la antigua otorrea, nos decidieron operarla, recordando estas palabras de Schwartze en su tratado de Otología: «Entre las dudas y sospechas de tuberculosis meníngea sin persuasión evidente, debe intervenir porque así se han salvado muchos niños». Comencé por la cura radical; el hueso ligeramente hipertrofiado no tenía lesiones y la exudación serosa tenue de la caja, constituía el único resto del antiguo padecimiento. Levanté después la escama del temporal descubriendo gran campo de dura-madre, é hice en la membrana un colgajo de base superior, saliendo gran cantidad de líquido craneoideo. Finalmente, puncioné el cerebro en varias direcciones, con resultado negativo y establecí un desagüe del espacio subdural con gasa, ligeramente impregnada de iodoformo.

La enferma se despejó mucho, recobró en parte la visión y se alimentó los días posteriores; mas volvieron con mayor intensidad los fenómenos meningíticos, para morir á los seis días de la intervención. Debióse el alivio momentáneo á la disminución de la presión interna; la enfermedad era seguramente una meningitis tuberculosa.

Los abscesos cerebrales sin ser tan graves como las meningitis, pertenecen al número de complicaciones funestas de las supuraciones óticas. Especialistas eminentes, como Moure y Brindel, escriben todavía en su compendio de 1908 lo siguiente: «por nuestra parte, hasta el presente no hemos visto curar un sólo enfermo atacado de esta afección» (1); palabras de sinceridad desconsoladora y que no pueden tomarse como argumentos para abstenernos, teniendo en frente estadísticas como las de Koerner, Schemiegelow y otros, con una cuarta parte de curaciones.

Yo he intervenido en cuatro casos de absceso cerebral de rigen ótico. En el primero no dí con el absceso; se refiere á un trabajador joven, afecto de colesteatoma del lado derecho y á quien terminada la cura radical hice brecha en la porción escamosa puncionando la masa encefálica á través de la dura madre, en diversas direcciones; no encontré pus en ninguna tentativa,

(1) Hace poco han publicado los mismos, dos casos, con resulta lo satisfactorio.

pero la autopsia, días más tarde, descubrió un absceso encapsulado del lóbulo occipital.

Era el segundo un muchacho de diez años que al mes de iniciarse la otitis, presentó síntomas de absceso cerebral y de flebitis del seno izquierdo; después de hacer la cura radical y abrir el seno purulento, reconocí mediante una aguja la dura madre con resultado positivo, é incidí crucialmente la membrana, dando salida á bastante cantidad de pus sanioso; desagüé la cavidad por medio de un tubo de goma haciendo lavados con agua oxigenada, pero el enfermo murió á los 17 días. La autopsia demostró una necrobiosis abierta y pútrida del lóbulo temporal.

Al tercero le operé en una situación casi desesperada, á causa de su gran postración, pulso pequeño y estado semi-comatoso. Comencé por ir directamente á la pared superior limpiando de pasó el colesteatoma, que llenaba la capa. Al abrir ampliamente la cavidad craneal y aparecer tensa la dura madre, la seccioné enseguida, vaciándose el absceso suyacente que fué tratado también por el desagüe permanente y los lavados antisépticos. El enfermo curó bien al parecer y hace pocos días vino á pedirme un certificado para las quintas, de la operación que le practiqué en 1899.

El cuarto absceso es de una señorita de 17 años que á consecuencia de una otorrea izquierda acusó signos meníngeos cerebrales de fiebre, vómitos, somnolencia, afasia y sordera verbal, neuritis óptica izquierda, etc., etc. Fué objeto de tres intervenciones: en la primera, ó sea la ático-antrotomía halle una gota de pus en el antro y caries de la pared superior; puncioné además con una aguja fina la dura madre sin resultado, y no seguí más adelante. Como la enferma se agravó en todos síntomas, á los tres días volví á intervenir abriendo resueltamente la dura madre y pude encontrar un absceso situado en la parte antero-superior de la brecha temporal, que al evacuarse dió pus mezclado con grumos cerebrales. Se introdujo en la cavidad un tubo de goma de buen tamaño, con el que creímos haber obtenido el desagüe; pero la ligera mejoría de la enferma duró poco, presentando nuevos fenómenos de retención purulenta y compresión

cerebral, que me obligaron á buscar é incindir otro foco, situado directamente hacia atrás del boquete óseo. Ambos tubos se mantuvieron algún tiempo para completar la evacuación y la antisepsia, y la enferma terminó por curarse después de algunas alternativas.

Tanto en este caso como en el anterior, cuyas historias detalladas quizá publique al reunir mayor número de observaciones, hago reservas acerca de su restitución á la salud completa, teniendo en cuenta los infinitos peligros que amenazan á estos enfermos: vómitos, vértigos, epilepsias, perturbaciones trófico-sensitivas, etc., etc., originadas por adherencias de la corteza, formación de cavidades porosas, reverdecimiento de gérmenes latentes, etc., etc. La casuística de los abscesos cerebrales está llena de sorpresas de esta naturaleza.

La flebitis del seno lateral es accidente temible y frecuente de las supuraciones óticas; todas las semanas, según el Dr. Ballance, muere en Londres un individuo víctima de ella; es en mi sentir más común de lo que se supone, pero muchas veces pasa desapercibida ó se confunde con flemones ó supuraciones de la región cervical. Tengo en mi práctica tres observaciones que lo confirman, donde al trepanar las apófisis hallé restos de las paredes del seno destruido por antigua inflamación: dos enfermos no recordaban haber pasado por la fenomenología alarmante de la flebitis, y el tercero había sufrido un absceso profundo del cuello, conservando la cicatriz del punto de evacuación.

Estas curaciones espontáneas comprobadas por muchos observadores (Schultze ha publicado recientemente tres casos) atenúan en cierto grado la gravedad de la inflamación del seno; y son de tener muy en cuenta al apreciar juiciosamente el valor de las arriesgadas operaciones emprendidas para su tratamiento; ya que en las mejores estadísticas (Deuch, Vos-Riga, Lucaes, Koerner) acusan todavía mortalidad de 37 por 100.

He intervenido deliberadamente en tres flebitis del seno: el primero, ya mencionado, coincidió con un absceso cerebral, terminando por la muerte; de los curados, el uno apareció en el curso de una caries mastóidea, por propagación directa del proceso á las paredes del vaso, y el otro tuvo alguna particularidad que

merece consignarse: Era un individuo que jamás había padecido de los oídos; sufría, sí, supuraciones del seno maxilar, que fueron objeto de varias intervenciones y poco después de una de ellas, se vió atacado de violentos dolores de cabeza, fiebre altísima precedida de escalofríos, y sopor próximo al coma, etc., etcétera; al mismo tiempo comenzó á iniciarse infarto mastoideo izquierdo, propagado á lo largo de los vasos del cuello; y en los días siguientes, idénticos fenómenos inflamatorios, aunque menos acentuados en el lado derecho. Trepané la apófisis izquierda; denudé ámpliamente el seno lateral, y ví que éste dió pus á la punción y no latía, indicio seguro de la gran extensión de su trombosis. La incisión del vaso, ejecutada á renglón seguido, evacuó pus sanioso con restos del trombus, finalizando cen ella el acto operatorio; no había necesidad de ir á la caja ni continuar en el hueso, porque la inflamación se había limitado á los alrededores del seno. La piohemia cedió después de la operación con mucha lentitud y alternativas, pero el enfermo acabó por reponerse totalmente.

¿Cómo tuvo lugar en este caso la doble infección de los senos laterales? Lógico es suponer que los gérmenes procedieran de los depósitos purulentos faciales, mas surgen dudas en su itinerario hasta llegar á los senos; son cosa corriente las otitis y mastoiditis dobles propagadas por la trompa desde las cavidades nasales; son más extraordinarias y se publican como curiosidades las dobles sinusitis de este origen y simultáneas; pero es anómalo y casi absurdo presumir que la infección se fijará exclusivamente en las paredes de las venas, dejando intacto los tejidos por donde se propagó. Por ello resulta aquí más racional pensar que los gérmenes siguieran la vía hematogena, alcanzando directamente las paredes de ambos senos por absorción venosa, ó quizá corriéndose del primer infectado al homonino, á través del mismo trombus.

Hace algunos años, todas las flebitis se explicaban por propagación directa, y de ahí que la caries monopolizase la mayoría de estos accidentes. El mismo Luc en su clásico libro de las supuraciones auriculares, emitía la proposición de que «era completamente excepcional la operación de las sinusitis venosas en

el curso de las afecciones agudas», proposición que una experiencia posterior ha hecho invertir, como lo prueba la siguiente estadística de Koerner sobre la relación de los casos agudos y crónicos.

Jansen . . . . .	22 agudos y 19 crónicos
Hansberg . . . . .	6 » 3 »
Vos-Riga . . . . .	20 » 12 »
Koerner . . . . .	23 » 16 »

El mecanismo de transmisión circulatoria no quiere decir tampoco que los gérmenes marchen por la corriente sanguínea á inyectarse en la túnica interna de las gruesas venas; á ello se opone la superficie lisa de esta túnica y el movimiento de la sangre, como ha comprobado Stenger en recientes experimentos; es más verosímil su absorción por las venillas confluentes á los senos, propagándose en forma de trombosis minúsculas á sus paredes externas; para determinar, concéntricamente, la flebitis, el trombus y la supuración intravascular, y escéntricamente, inflamación de los tejidos perisinusales: encadenamiento de procesos análogo al de las flebitis de otros órganos, según las enseñanzas de la patología general.

En las tres operaciones me he circunscrito á la incisión y desagüe de la cavidad venosa; renunciando á proseguir los trombus hasta buscar la sangre libre; cual aconsejan muchos cirujanos. Empiezan hoy á notarse protestas contra esta remoción peligrosa del trombus obliterador y entre ellas se incluye la de Vos-Riga, uno de los preconizadores del método.

Tampoco he ligado la yugular, operación conceptuada por muchos, como complementaria de la incisión del seno; y no estoy muy animado á ejecutarla en vista de que la mortalidad resulta más alta con esta nueva complicación operatoria. En rigor la intervención lógica para combatir la piohemia ótica sería la canalización completa del conducto venoso, desde la mastoides al cuello, rasgando el golfo, según el proceder de Gruner ó de Piffi; pero sus resultados terapéuticos concuerdan poco con sus fundamentos racionales. Y es que en medicina, como en otras ciencias, lo racional no es siempre lo pragmático.

DR. AREILZA.

MATERNIDAD DE BILBAO.—Director: Carmelo Gil y Gorroño

## El vaciamiento rápido del útero como tratamiento de la eclampsia

POR EL DR. CARMELO GIL É I.  
MÉDICO AYUDANTE

La estadística enseña que tres cuartas partes de las mujeres que mueren por complicaciones del parto, pierden la vida por infecciones puerperales y la cuarta parte restante por hemorragias y por eclampsia.

La antiseptia da los medios de defensa contra los peligros de la infección; contra las hemorragias que se presentan en el momento del parto ó en el alumbramiento, los perfeccionamientos de la técnica moderna pueden mucho; pero contra la eclampsia no existe un medio positivo y seguro de cura.

Hasta el año 90 del siglo pasado, el tratamiento de la eclampsia era un tratamiento exclusivamente sintomático, que consistía en el empleo de medios narcóticos. Sólo estaba autorizada una intervención cuando la dilatación del cuello permitía la terminación fácil del parto y la indicación de operar se enunciaba en estos ó parecidos términos: intervenir cuando las partes blandas están dilatadas lo suficiente; esperar cuando el cuello está poco ó nada dilatado.

El cloroformo, puesto en uso en Alemania por recomendación de Schroeder; el opio á grandes dosis—Bland, Kilian, Wiegand, Boer—ó en forma de inyecciones subcutáneas de 0,1 á 0,2 por día, aconsejado por G. Veit, ó en combinación con el hidrato de cloral—Stroganoff—han sido y son farmacos empleados y aconsejados con calor por unos autores, mientras otros no encuentran ventajas positivas en su empleo, y algunos de ellos, como Wyder y Bumm, los consideran como directamente perjudiciales en eclámpicas en estado comatoso.

Al aparecer la doctrina de Bouchard y asemejar la eclampsia á un estado urémico—á una «autointoxicación» en moderna terminología—se dirigió la terapéutica de la misma, en el sentido de facilitar la eliminación de los agentes tóxicos, que por insuficiencia del filtro renal permanecían en la sangre, y se aconsejó el empleo de medios

sudoríficos y el uso de la sangría, con la que se pretendía restar elementos tóxicos á la sangre, procediendo más tarde á diluir la cantidad de toxinas que quedaban, por medio de inyecciones abundantes de suero salino. Es sabido que la sangría influye ventajosamente en las funciones circulatoria y respiratoria de enfermas con principios de cianosis y con fenómenos de estancación en la circulación pulmonar, y en este sentido conservará su puesto indiscutible en el tratamiento de la eclampsia; pero su valor es nulo si pretendemos con ella modificar favorablemente el cuadro sintomático y propio de esta gravísima complicación.

Halbertsma y Dührssen inauguran el tratamiento quirúrgico de la eclampsia en medio de la enemiga de gran número de tocólogos, y hoy podemos afirmar que de entre aquellas complicaciones del parto, en las que el vaciamiento rápido del útero es el medio que ofrece mayores garantías de éxito, para la madre y para el feto, la eclampsia es una de las más frecuentes é importantes.

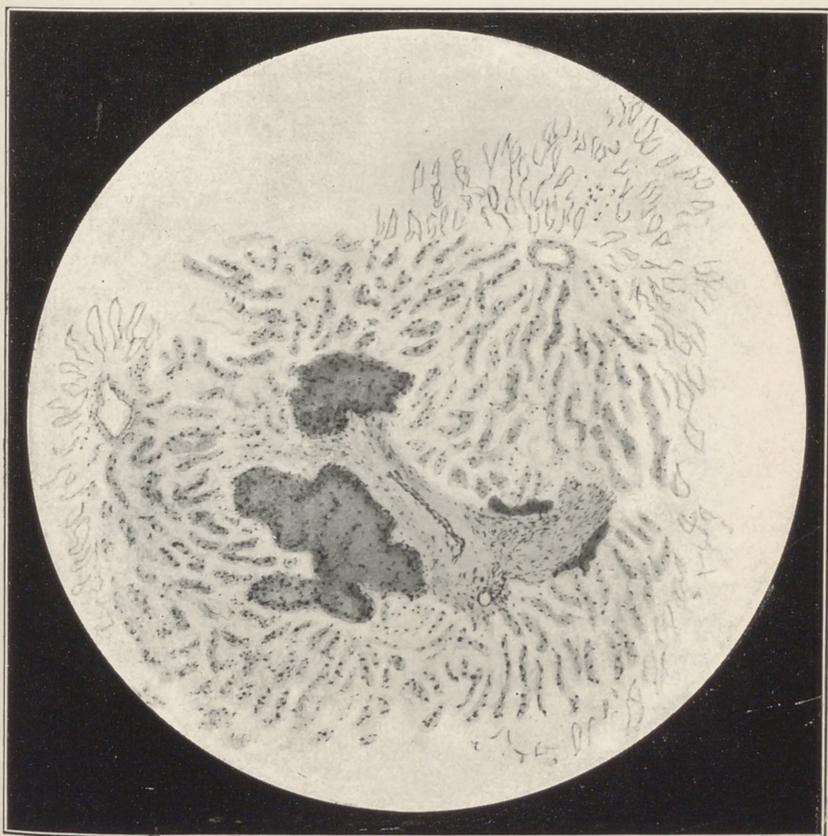
Su causa íntima aún la ignoramos, pero los trabajos químico-fisiológicos de estos últimos años, la colocan en el grupo de las intoxicaciones y abren una nueva y clara orientación en la terapéutica de la misma.

Los resultados obtenidos en el laboratorio, explican un hecho de observación clínica ya antiguo: el de que la terminación del parto influye beneficiosamente en la marcha de la enfermedad.

Las grandes estadísticas de Olshausen, Zweifel, Schauta, v. Winkel, etc., demuestran, que vaciado el útero en el 60 ú 80 por 100 de los casos, cesan los ataques ó sólo se repiten una ó dos veces (Olshausen, Godecke, Esck el 80 por 100 en 804 casos; Schauta, el 54 por 100 en 185; Glockner, el 58 por 100 en 134; Seitz el 74 por 100 en 147).

No influye para nada en el resultado el que el parto termine espontáneamente ó el que se haga necesaria una intervención—forceps, extracción, perforación, etc.—en uno y otro caso los ataques ceden aproximadamente por igual. Según Olshausen, en los partos espontáneos en el 91 por 100 en los que se ha practicado una intervención en el 87 por 100; según Godecke en el 77 por 100 y el 83 por 100 respectivamente. La mortalidad resulta en ambos casos también la misma—Dührssen, Seitz.

La consecuencia lógica de estos resultados es la de que á toda ecláptica debe extraérsele el feto y la placenta inmediatamente después del primer ataque.



Hígado de ecláptica.—Trombus de fibrina alrededor de los vasos portas.—Preparación de la colección del autor.—Dibujo tomado con la cámara clara de Zeiss.—Oc.-2-ob.-A.



HEMEROTECA  
MUNICIPAL  
MADRID



Esta conducta tan radical han seguido hasta el presente pocos autores—Dührssen, Zweifel, Bumm.

Los resultados por ellos obtenidos, hablan sin embargo en favor de ella. Zweifel ha hecho descender la mortalidad del 32 por 100 al 15 por 100; Bumm, del 30 por 100 al 14 por 100 y lo conseguido resulta aún mas sorprendente, si para puntualizar de una manera exacta la influencia de la intervención inmediata, sólo formamos estadística con aquellos casos en los que la evacuación se hizo á tiempo, es decir, poco después de haber tenido lugar el primer ataque. En estas condiciones, la mortalidad de Zweifel desciende al 6 y medio por 100 y la de Bumm hasta el 2 y medio por 100.

Después de estos resultados no ha de extrañar que en la clínica de este último autor exista la siguiente regla de conducta en el tratamiento de la eclampsia: *«A toda eclámpica se le vaciará el útero un cuarto de hora después de su ingreso.»*

Intervenir á tiempo es de capital importancia, porque si la intervención se hace tarde y el tóxico de la eclampsia ha determinado ya graves alteraciones necróticas en el hígado (fig. 1) y en los riñones, ó se han producido derrames sanguíneos apopléticos en el cerebro, ó la larga duración del estado comatoso ha provocado graves lesiones en el pulmón, entonces la intervención activa tampoco puede ya prestar ayuda y sus ventajas son nulas.

En tres de los cinco últimos casos por mí tratados, á pesar de haber evacuado el útero rápidamente en cuanto me encargué de ellos—en un caso, primeriza de 40 años de edad, sin haber comenzado el parto y por tanto, sin haberse iniciado la dilatación por medio del Bossi en 25 minutos, en domicilio; en otro, múltipara, cuello permeable á un dedo, por medio de la cesárea vaginal, en clínica, y en el tercero, primeriza, cuello permeable á dos dedos, dilatación manual, también en clínica—perdí las tres madres, aunque conseguí sacar con vida los tres fetos. Los cito como ejemplos de lo poco que puede conseguirse con la terapéutica activa si se llega tarde. En las tres enfermas se habían iniciado los ataques hacía cerca de doce horas, presentándose todas, en el momento de la intervención, en un estado comatoso, verdaderamente desesperado, casi moribundas.

En cambio, los otros dos pueden servir como tipo de la influencia eficaz de la evacuación rápida del útero en la cesación de los ataques. En ambos casos se trataba de múltiparas (V paras). Sin haber comenzado el parto se presentan los ataques de eclampsia, las dos con edemas y albúmina en las orinas, una en estado comatoso, antes

de la intervención había sufrido 6 ó 7 ataques; la otra solamente dos, con sensorio despejado. En ambas se hizo la dilatación rápida del cuello con el Bossi y la versión y en ninguno de los casos se repitieron los ataques después de la intervención y ambas madres con ambos hijos viven.

La terapéutica activa de la eclampsia es relativamente fácil de ponerla en práctica en los casos en los que los ataques comienzan en un período del parto en el que la dilatación de las partes blandas es completa ó casi completa.

Si la dilatación es suficiente, según el estado en que se encuentre la cabeza, se extraerá el feto por medio de la versión ó del forceps; si el feto está muerto, por perforación.

Si la dilatación del cuello ha comenzado y no es lo suficiente para poder aplicar las cucharas ó para dejar introducir la mano, es recomendable en la práctica á domicilio la versión podálica combinada, ejerciendo tracciones permanentes sobre la extremidad extraída hasta que se complete la dilatación. Con este procedimiento se puede terminar de dilatar el cuello uterino con tanta rapidez como con el balón y tiene, para el práctico que no está habituado al manejo de este último, la ventaja de ser de técnica más sencilla. Aún sustituye, á mi entender, con ventajas en la práctica corriente al dilatador de Bossi, tan en boga hoy, sobre todo entre italianos y alemanes. Al menos la dilatación metálica requiere cuidados y conocimientos especiales, de no querer correr el riesgo de producir desgarros del cuello. Algo parecido pudiera decirse de las incisiones dilatadoras á lo Dührssen. Es posible, aun en los casos en que el cuello sólo sea permeable para un dedo, practicar la versión y determinar la dilatación suficiente del cuello por medio de las nalgas del feto en el termino de 15 á 20 minutos, es decir, con tanta rapidez como se puede conseguirlo con el dilatador metálico.

Los términos del problema varían y las dificultades de resolverlo se agrandan considerablemente cuando los ataques se inician ya en el embarazo ó apenas comenzados los dolores de parto, y el cuello permanece intacto.

Se precisa en estos casos, conforme con nuestras ideas, terminar igualmente el parto y en el menor tiempo posible.

En una clínica en donde se dispone de medios y el personal está iniciado en las modernas intervenciones tocológicas, la operación cesárea vaginal es la operación de elección y la que puede con mayor brillantez y facilidad resolver el conflicto. Para ponerla en práctica

no hacen falta más preparativos que los que son indispensables para cualquiera otra operación tocológica, y con ella estamos en condiciones de vaciar un útero grávido en todo momento, sea la mujer primípara ó múltipara, esté el cuello como esté y en el corto espacio de 10 á 15 minutos. No siendo preciso abrir el peritóneo no hay tampoco peligro de infectarlo y representa como traumatismo uno mucho menor que el de la operación cesárea abdominal, practicada por primera vez por Halbertsma en casos de eclampsia.

Con el Bossi puede obtenerse igualmente la dilatación en estos casos; yo lo conseguí en 3 de los 5 casos antes citados.

De todas maneras, aun en los casos en los que el parto no está iniciado, en las clínicas hay soluciones, pero en la asistencia á domicilio la cosa varía.

Si el caso ocurre á domicilio, es condición precisa, si se ha de poner en práctica la terapéutica activa, transportar las enfermas á una maternidad ó á una clínica, y transportarlas á tiempo, cuando aún la operación puede dar resultado. Para eso debe prepararse á los médicos y al público en ese sentido, procurando vencer las dificultades que hoy existen. En caso contrario, el cirujano que intervenga en la casa privada, procura rodearse de las condiciones necesarias de luz, asistentes, etc., si no quiere exponerse á los peligros que por carencia de estos medios pueden presentársele.

Para aquellos casos en que el transporte se haga imposible y el médico práctico no puede ni contar siquiera con la ayuda de otro compañero más iniciado que él en esta clase de intervenciones, queda reservado el tratamiento médico; ahí está, á mi entender, su última defensa y su último refugio.

Y es preciso que el tocólogo haga llegar hasta los médicos esta idea, si desea que lleguen á sus manos eclámpticas á tiempo. La eclampsia para el hecho de la terapéutica es una especie de tumor maligno, siendo el tumor que hay que estirpar el feto y la placenta, pues de uno ó de otro, ó quizá de ambos, proceden las toxinas, que hacen presa del organismo y lo destrozan, teniendo presente que la invasión y destrucción se realiza rapidísimamente en horas, quizá en minutos.

El tratamiento médico no es un tratamiento en competencia con el quirúrgico. La eclampsia no tiene hasta hoy día un tratamiento médico y el tiempo que se pierde en ensayos es tiempo que aprovechan las toxinas para inutilizar las ventajas positivas del quirúrgico.

Para facilitar el funcionamiento de los riñones, es recomendable

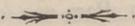
inyecciones subcutáneas de suero artificial (1.500 gramos dos ó tres veces al día). Compresas calientes en derredor de los riñones, juntamente con masaje de los mismos.

En los casos de pulso lleno y frecuente, la sangría produce efecto de mejoría en el estado general, con bastante rapidez. En casos de coma profundo, limpieza esmerada de las masas de moco y sangre que aspiran, y en cuanto los movimientos respiratorios resultan insuficientes, practicar la respiración artificial de un modo regular, con ésta, y activando el funcionamiento cardíaco por medio del masaje en la región precordial, puede sostenerse la vida de las enfermas que por su estado de gravedad se haya perdido toda esperanza.

---

---

## REVISTA EXTRANJERA



**La desinfección en las enfermedades contagiosas, por el Dr. J. Comby.**—Es sumamente interesante el saber el grado de bondad profiláctica que gozan las desinfecciones empleadas contra el contagio de las enfermedades infecciosas.

A pesar de ellas, las fiebres eruptivas han redoblado su frecuencia: nos hallamos ahora expuestos al cólera, y la meningitis cerebroespinal se extiende lenta y progresivamente.

Una cosa es que el principio de la desinfección sea cierto y necesario y otra, la manera de aplicarlo, con sentido eficiente y verdadero.

No debe extrañar, por lo tanto, el que haya protestado contra el abuso de la desinfección municipal, que causa vejaciones, molestias y perjuicios materiales en muchos casos, como por ejemplo, en el sarampión, donde de nada sirve.

La desinfección de los locales siempre es imperfecta é ilusoria para llenar su objeto, no solamente tratándose del sarampión, sino también en la escarlatina, difteria, parótidas, etc. Lo mismo ocurre en los cuarteles en donde se gasta mucho y se consigue poco, como lo prueba el Dr. Chauvel, director del servicio sanitario del Gobierno de Paris.

El Dr. Flessinger dice con mucho acierto, á propósito de la desinfección de los locales: *«El peligro está en la boca, fosas nasales, manos y ropas de los enfermos y no en los muebles y cortinones del aposento.»*

El Dr. Jayle ha demostrado los inconvenientes, tanto para el médico como para los clientes, la declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas que lleva por corolario medidas de desinfección mal tomadas.

Ha llegado pues el momento de juzgar el asunto con verdadero sentido práctico para que cesen los abusos. A este efecto, antes de examinar las enfermedades sometidas á la declaración obligatoria y por tanto á la desinfección, haremos algunas consideraciones generales necesarias. Las enfermedades contagiosas, tales como las fiebres eruptivas, tifoidea, cólera, etc., se propagan por microbios que emanan del enfermo, su mejor medio de cultura y son llevados por las secreciones y excreciones.

Así es que en el sarampión, escarlatina y difteria, las secreciones bucales, nasales y faringeadas son las peligrosas y nocivas: en la tifoidea y cólera las deyecciones. Los objetos manchados por esas secreciones y excreciones; las manos contaminadas por ellas, podrán servir de vehículos á los microbios patógenos y por tanto es indispensable desinfectarlos. Nada hay más racional que el exigir la limpieza más delicada posible al personal médico y personas que rodean al enfermo. Conviene hacer hervir ó esterilizar por un medio adecuado, tal como el de la lejía de sosa, solución de sublimado, etc., las ropas del paciente, de la cama, juguetes y demás objetos que han podido infectarse con el contacto. Pero las paredes, suelos, techos, cortinas y muebles del aposento ocupado por el enfermo especialmente ¿deben desinfectarse?

Sabemos hace tiempo que los microbios no vuelan ni se hallan suspendidos en el aire, ni se transmiten á distancia por la atmósfera: cuando por casualidad caen sobre el suelo ó muebles del cuarto, no conservan su viveza y virulencia: las ropas, la madera, el polvo, no son buenos medios de cultura para los microbios salidos del organismo y á menos que encuentren calor y humedad favorables, no viven mucho tiempo. Así, el bacilo de Eberth puede conservarse en el agua de los pozos, lagunas, charcas y tierra húmeda de los jardines, y el del cólera, de igual modo. Pero en los locales habitados, ¡jamás!

Los microbios del sarampión mueren casi inmediatamente y no pueden ser llevados á gran distancia por diferentes objetos para causar el contagio. Así es que esta enfermedad *no renace de sus cenizas*

Se ha creído que los microbios de la escarlatina son más resistentes que los del sarampión. Dicese que uno de los peligros reside en las escamas del período correspondiente que caen en los muebles, ropas, muros, etc. del aposento, y hasta se las ha hecho viajar en cartas y *coli-postales*, imponiendo como consecuencia cuarentenas prolongadas y la más exigente desinfección.

Esta cuestión de los vehiculos de la escarlatina merece que nos detengamos un momento.

Desde hace años vengo observando que casi siempre la escarlatina se transmite en su principio de desarrollo y rarísima vez al final. El Dr. Lemoine ha comprobado esta observación. En los casos de transmisión tardía suele ser debida no á las escamas y restos muertos, sino á las mucosidades procedentes de la buco-faringe y nariz.

El Dr. Ch. Herrmann y los norteamericanos, opinan que la desinfección de las oficinas de higiene no han podido detener la marcha invasora de la afección en varias epidemias. Se ha citado un caso comunicado por medio de una carta manchada de escamas; pero el sobre fué cerrado con saliva del enfermo, la cual es un vehiculo positivo.

¡Cuántos casos hay de niños que han jugado con los convalescientes de su edad con toda impunidad!

El contagio por las habitaciones es inadmisibile. Richard cita un caso, en que desocupada y desinfectada una casa de campo con toda escrupulosidad, volvió á ella la familia de un escarlatinoso y se reprodujo la afección.

Ahora bien: ¿qué debemos deducir de semejante desinfección? Que la enfermedad renació de sus cenizas, es decir, que uno de los miembros de la familia llevó en su boca, nariz ó garganta, en estado latente, los microbios de la escarlatina que luego revivieron.

Con la difteria sucede lo propio. No es en los vestidos, muebles y locales donde el germen persiste, sino en la boca, nariz y oídos. Por tanto, en todas las enfermedades de bacilos persistentes, no son los locales los que hay que desinfectar, sino á los enfermos y sus secreciones y excreciones. Aunque esto es sumamente difícil y en espera

de encontrar un medio de llevarlo á cabo médica y clínicamente, es necesario considerar como sospechosos á los convalescientes de la escarlatina, difteria, tifoidea, meningitis cerebro-espinal, etc., poniéndolos en cuarentena, aislándolos y examinando sus secreciones por siembras, hasta que resulte negativa la reproducción micróbica. Es el único medio, por hoy, de ejercer su profilaxia.

Por decreto de 10 de Febrero de 1903, los médicos están obligados á declarar las siguientes enfermedades ante la autoridad municipal.

1.º Enfermedades con declaración y desinfección obligatorias.—Fiebre tifoidea.—Tifus exantemático.—Viruela y varioloidé.—Escarlatina.—Sarampión.—Difteria.—Sudor miliar.—Cólera y enfermedades coleriformes.—Peste.—Fiebre amarilla.—Disenteria.—Infecciones puerperales.—Oftalmia de los recién nacidos cuando no se reclame el secreto del parto.—Meningitis cerebro-espinal.

2.º Las que su declaración es facultativa del médico.—Tuberculosis pulmonar.—Coqueluche.—Grippe.—Neumonía y bronco-neumonía.—Erisipela.—Parótidas.—Lepra.—Tiña.—Conjuntivitis purulenta y oftalmia granulosa.

¿Qué resultado práctico han dado estas declaraciones y desinfecciones hasta la fecha? A pesar del buen deseo y verdadero empeño de los funcionarios municipales en ejecutar bien las desinfecciones de los locales, las enfermedades se han propagado de una manera inquietante en París y provincias. Cuanto más se desinfecta en la escarlatina y sarampión, aparecen mayor número de casos. Y es que la desinfección hace nacer en el público y los médicos una falsa seguridad contra el contagio. El médico, hecha su declaración oficial, cree haber practicado lo necesario y las familias quedan tranquilas con la intervención de los fumigadores. En cambio, se olvida completamente de tomar precauciones con el enfermo ó convalesciente y el personal de contacto. La garganta, nariz, orejas y ropas del enfermo, debieran desinfectarse y no los muebles y suelo. He aquí explicada la propagación de esas enfermedades.

Hora es ya de concluir con semejante conducta.

La desinfección de los locales particulares, como los cuarteles y demás edificios públicos, donde viven colectividades personales, ha resultado fracasada completamente. Se ha votado para material y

personal, sumas enormes, destinadas á establecer en todas partes la desinfección y se continúan los gastos nuevos para su perfeccionamiento y mayor desarrollo.

Que se declaren todas las enfermedades contagiosas como medio científico para medir el estado sanitario de una localidad ó país á fin de organizar una lucha en conjunto contra su propagación, aislando los enfermos y asistentes y licenciando personal de las colectividades, es lógico y racional. Pero que se desinfecten las habitaciones causando molestias y perturbaciones en las personas, sin verdadero resultado práctico, es cosa que no puede tolerarse en adelante.

La supresión de esa desinfección vejatoria debe acordarse por las autoridades en interés de la salud pública y de sus presupuestos recargados con una medida inútil.

De acuerdo con el autor, opinamos que debe transformarse la desinfección y en las poblaciones importantes estatuir el sistema inglés, de sacar los enfermos contagiosos á hospitales de infecciosos especiales, en tierra ó flotantes, sin contemplaciones sensibleras, con lo cual la sociedad quedaría mejor defendida.

**Los cisto-hematomas menstruales, por los doctores Dartiques y Joannidis.**—Designanse bajo este nombre á las formaciones quísticas, cuyo contenido es sangre, que se desarrollan á ex-

### CISTO-HEMATOMA MENSTRUAL

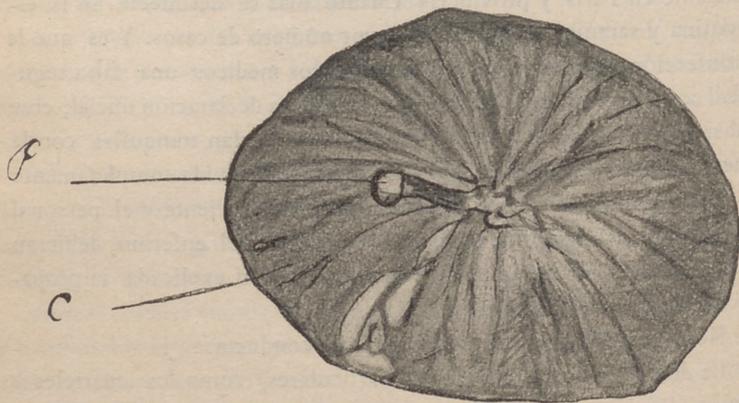


Figura 1  
C. cubierta del quiste. —P. pedículo

penas de restos anexiales y salen al exterior durante la menstruación. En un trabajo bien documentado y claro desarrollan los autores un punto de patología post-operatoria.

Hay casos en los cuales el cirujano pasa desapercibidos algunos restos anexiales del ovario y en otros los deja á propósito, haciendo una exéresis incompleta en virtud de un objeto conservador ó de dificultades operatorias invencibles.

El molimen menstrual produciéndose al nivel de los citados restos ocasiona la formación de quistes más ó menos grandes y de formas anaranjadas como el de la figura adjunta.

**Estímulo terapéutico para el crecimiento de los niños, por el Dr. Bertrand.**—La clínica infantil hace notar que hoy se halla bien averiguado que el manganeso es un gran estimulante de la actividad nutritiva. Algunos le prefieren al hierro en las anemias y debilidades prolongadas, en atención á las experiencias hechas por varios biólogos en los vegetales y animales en vías de crecimiento y en los cuales á dosis débiles obra como un fermento activo de la nutrición.

La preparación siguiente será administrada fácilmente en una chara de agua azucarada ó en leche.

Dpe:

Bióxido de manganeso finamente pulverizado. 25 centigramos

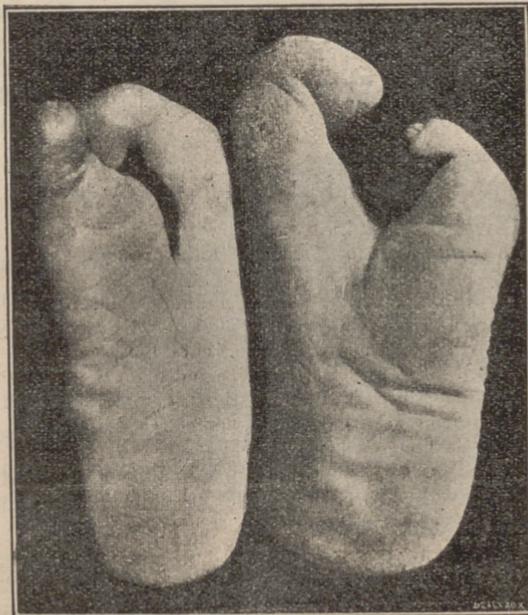
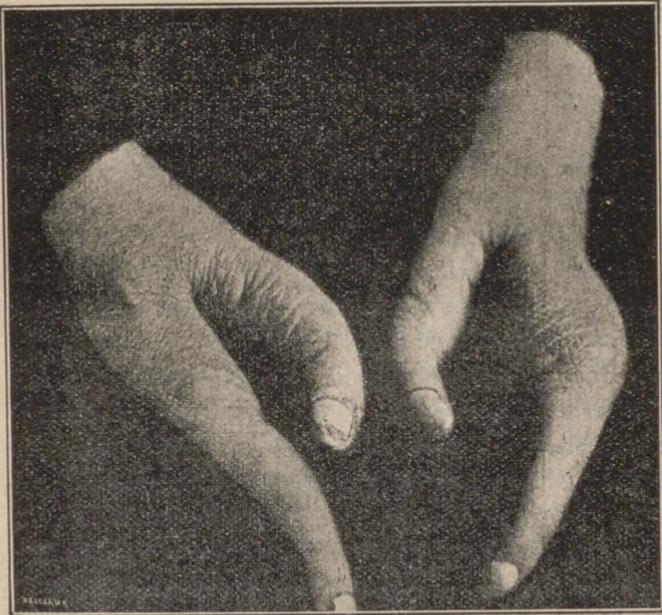
Clorhidro-fosfato de cal . . . . . 50 id.

Me. para 25 paquetes.

Tómese un paquete hasta la edad de dos años y dos más adelante, mañana y tarde antes de las comidas.

Aunque recomendable el medio en determinadas circunstancias, le consideramos inferior á una buena higiene de luz, aire y alimentación suave y nutritiva en relación con la edad del niño. Si se temiera el que su estatura fuera demasiado cortá, se aconsejarán ligeras tracciones en las piernas al acostarlo y no dejando que abuse de la estación vertical en el día. Los estiramientos esqueléticos que se advierten después de enfermedades febriles de alguna duración no reconocen más mecanismo que la excitación de la fiebre y la quietud en la cama.

**La mujer cangrejo.**—Recientemente se ha venido exhibiendo en las ferias de París y sus alrededores bajo ese título, un tipo feme-



nino anómalo curioso por tener sus manos y pies con dos dedos cada uno.

Su padre fué un alcohólico que falleció en un hospital y ella era la segunda de los once hijos que aquél tuvo, habiendo muerto tres á consecuencia de crup, convulsiones y tifoidea.

Las deformaciones representadas en las figuras adjuntas, están constituidas por dos dedos articulados cada uno sobre el metacarpiano correspondiente, de manera que la hendidura entre ambos llega hasta su inserción en el carpo. En las dos manos el dedo pulgar se encuentra curvado en ángulo obtuso convexo del lado radial al nivel de la articulación metacarpo-falángica. El pulgar izquierdo se halla además retorcido alrededor de su eje vertical, de forma que la cara dorsal de su segunda falange mira al borde cubital de la mano. Los movimientos de ésta están reducidos casi exclusivamente á la oposición de los dedos que es vigorosa. La mujer trabaja muy bien con sus manos.

La deformación de los pies es análoga á la de las manos, aunque menos simétrica. Pertenecen al tipo de *pies planos*. La parte anterior de ellos no tiene más de dos dedos curvados y á concavidad vuelta hacia el eje del pie y cuyo espacio interdigital avanza hasta casi la mitad de la región plantar.

**Los medicamentos antipiréticos y analgésicos, por el Dr. A. Martinet.**—La mayor parte de las substancias que gozan de la propiedad de calmar las neuralgias son á la vez antipiréticas sin que conozcamos el mecanismo farmacodinámico en virtud del cual producen sus efectos clínicos.

A excepción de la quinina que obra en las enfermedades maláricas sobre la causa productora, las demás actúan modificando el medio nutritivo, neutralizando las toxinas, alterando la sangre ó como específicas de la célula nerviosa? Lo ignoramos: pero en cuanto á la acción analgésica, suponemos que ejercen sobre el sistema nervioso.

Prácticamente, las substancias citadas pueden agruparse en tres clases químicas bien definidas.

1.<sup>a</sup> La antipirina y sus derivados.

2.<sup>a</sup> Los derivados de la anilina.

3.<sup>a</sup> La quinina y sus compuestos.

El 99 por cien de las preparaciones farmacéuticas con nombres más ó menos sugestivos terminados en *ina*, *al* ú *ol*, constan de los tres grupos solas ó mezcladas y combinadas.

La antipirina desde 1884 dada á conocer por el Dr. Knorr es la más antigua y célebre de las sustancias antineurálgicas. Químicamente, se deriva del isopirazolón sobre el cual se han sumado dos grupos fenílicos y otros dos metílicos. Este último refuerza la acción analgésica. La acción antineurálgica de la antipirina se manifiesta á la dosis de 50 centígramos á 2 gramos y es tan poderosa y regular que le ha dado un crédito extraordinario.

Sus derivados son comparables á ella. Tal es el piramidón que resulta de la unión á la antipirina de un grupo dimetílico que aumenta su acción analgésica. Puede ser considerado como tres veces más activo que la antipirina á la que sustituye con ventaja en ocasiones. Forma la base de numerosas sales como el canforato y salicilato de piramidón. La salipirina, combinación de molécula á molécula, de antipirina y ácido salicílico reúne las propiedades de ser analgésica y antirreumática.

La antipirina y sus derivados se prestan á varias asociaciones sinérgicas ó correctivas con los otros grupos antineurálgicos, hipnóticos y toni-cardíacos.

La anilina aunque es un antitérmico y analgésico muy potente es sumamente nocivo á la sangre y no es manejable.

Ahora bien: la farmacodinamia sintética apoyándose sobre dos principios conocidos: la hidratación y sobre todo la acetificación (eterificación principio del salol) ha dotado á la materia médica de una nueva serie de sustancias antipiréticas desprovistas de toxicidad.

La acetanilida que resulta de la combinación molécula á molécula con aliminación del agua de anilina y el ácido acético, es un antitérmico-analgésico muy poderoso á dosis de 50 centígramos á 2 gramos. Desgraciadamente provoca á veces la cianosis y el colapso. La exalgina ó metilo-acetanilida es analgésica extremadamente activa á dosis de 25 centígramos á 1 gramo. Ambas sustancias entran en la composición de muchas preparaciones antineurálgicas.

Mucho más manejables son los derivados del piramido-fenol resultante de la hidratación de la anilina.

Combinada esta substancia con diversos ácidos minerales y orgánicos se obtienen series de antineurálgicos de las que son más conocidas: la fenacetina combinación con el ácido acético y activa á las dosis diarias de 1 á 2 gramos: la lactofenina ó fenacetina láctica, comparable en fuerza á la anterior, así como el citro feno y salofeno.

La quinina, sus sales y derivados dan un tercer grupo de antiptéricos y antineurálgicos.

La quina la prefieren hoy algunos por su acción más eficaz á la á la quinina en las intermitentes.

Descartando las sales conocidas, los derivados más interesantes de la serie son: la aristoquina (carbonato doble de quinina), la euquinina (etilcarbonato de quinina), el quinofórmico (formiato básico de quinina).

La aristoquina y la euquinina son más activas que la quinina y no tienen el gusto amargo tan desagradable, sobre todo para niños. El quinofórmico es muy soluble y sirve bien para inyecciones hipodérmicas sin dolor alguno.

La saloquina, quinofenina, quinopirina y otros compuestos son inferiores á los expuestos y apenas se usan.

Estos tres grupos descritos pueden mezclarse entre sí, con las tonicardíacos, hipnóticos, etc., constituyendo asociaciones sinérgicas con predominio antineurálgico.

La asociación sinérgica de los tres grupos pueden realizarse de este modo:

Dpe. Fenacetina	}	p. i. 25 centigramos
Bicloruro de quinina		
Antipirina . . . . .		50 id.

Para un sello recomendable en la gripe álgida.

Puede reforzarse la acción analgésica en esta fórmula con la exalgina y si se quisiera combatir efectos depresivos se añadirá la cafeína:

Dpe. Cafeína	}	p. i. 10 centigramos
Exalgina		

Fenacetina	}	p. i. 25 centigramos
Bicloruro de quinina		
Antipirina . . . . .		50 id.

Me. Para un sello en caso de gripe con tendencia á la adinamia.

Para combatir la neuralgia simple ó hemicránea puede suprimirse la quinina en la citada fórmula.

He aquí tres fórmulas recomendables contra la hemicránea.

1.<sup>a</sup>

Cafeína . . . . .	5	centigramos
Clorhidrato de quinina . . . . .	10	id.
Salipirina . . . . .	50	id.

Para un sello.

2.<sup>a</sup>

Acido cítrico . . . . .	5	centigramos
Cafeína . . . . .	10	id.
Antipirina . . . . .	50	id.

Me. para un sello.

3.<sup>a</sup>

Cafeína . . . . .	5	centigramos
Fenacetina	} p. i. 40	id.
Salipirina		

Para un sello.

La adición del ácido cítrico favorece la tolerancia estomacal. Todas las fórmulas precedentes pueden transformarse en polvos efervescentes añadiéndoles ácido tártrico y bicarbonato sódico:

Dpe. Antipirina . . . . .	1	gramo
Bicarbonato sódico . . . . .	5	id.
Acido tártrico . . . . .	2	id. y 50 centigramos
Acido cítrico . . . . .	2	id.

Para un paquete efervescente.

Todas las substancias descritas se prestan á las asociaciones mórficas, bromuradas, aconitínicas, etc.

Daremos una fórmula maravillosa contra la neuralgia dentaria.

Dpe. Clorhidrato de morfina. 1 centigramo

Antipirina	} p. i. 60 centigramos
Bromuro de potasio	

Acido cítrico . . . . .	2	gramos
Id. tártrico . . . . .	2	id. y 50 centigramos
Bicarbonato sódico . . . . .	5	id.
Lactosa . . . . .	5	id.

Para un paquete.

DR. IGNOTUS.

## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

*Sesión celebrada el día 5 de Marzo de 1909*

Preside el Sr Unibaso

Con la asistencia de los Académicos Sres. Aguirrezabala, Madaleno, Somonte, López, Orive, Gil y Gorroño, Bolivar, Landín, Entrecanales, Díaz, Saralegui, Miguélez y Otaola se dió comienzo á la sesión.

Se aprueba por unanimidad el informe emitido por la comisión nombrada al efecto, cuyo informe se refiere á la expendición de ciertas substancias tóxicas por las Farmacias.

No se presentó caso práctico alguno.

**Sr. Entrecanales.**—Habla acerca de los casos de diabetes presentados por el Sr. Unibaso en una de las sesiones anteriores y dice, que no quiere ocuparse de la patogenia de esta afección, pues el asunto le llevaría muy lejos.

Afirma que la erisipela suele ser particularmente frecuente en el curso de la diabetes y ello es debido probablemente á varias causas, como ya es sabido, tales como la escasa resistencia del organismo á toda suerte de infecciones, la discrasia ácida propia del diabético, tan favorable para la reproducción microbiana, etc., etc., razón por la que toda clase de infecciones adoptan en el diabético una malignidad acentuada. Es también, por consiguiente, la erisipela, enfermedad grave y muchas veces gravísima en los diabéticos y puede matar como tal erisipela, pero puede hacerlo también por favorecer el coma.

En cuanto á esta complicación, que no se sabe en qué consiste, puede presentarse lo mismo en las erisipelas que en cualquier otra infección, que por la causa más trivial y más nimia, pues no en balde se ha dicho que al diabético se le puede comparar con un individuo que camina al borde de un abismo y al que basta el más ligero empujón para precipitarlo.

Acerca de la etiología ó la causa ocasional del coma diabético, parece ser que los distintos autores que tratan del asunto,

afirman sea una diatesis ácida, ó una verdadera desalcalinización de la sangre; en cuanto á la causa inmediata de la explosión del coma, se desconoce: la lesión menos importante y más ligera puede hacerlo estallar.

No cree que las infecciones de la cabeza tengan una gravedad especial ni que determinen con más facilidad que otras infecciones el desarrollo del coma.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Toda clase de infecciones adquieren una gravedad especial si coexisten con la diabetes y esta regla alcanza no sólo á las infecciones de la cabeza sino á las de todo el organismo.

Lo que hay es que se suele incluir en la diabetes la glucosuria simple, cuya enfermedad puede no tener importancia, mientras que aquélla la tiene y grande. En estas condiciones es lógico suponer, que la erisipela ú otra infección cualquiera que se desarrolle en un glucosúrico, no adquirirá ni la intensidad ni la gravedad de la infección que se desarrolle en un diabético verdadero. En esta afección, que suele caracterizarse clínicamente por los cuatro síntomas cardinales, que son, polifagia, polidipsia, poliuria y autofagia, el estado del organismo es tal, que no suele resistir á la infección por pequeña que sea, y por lo general sucumbe.

Por este mismo motivo, opina que uno de los casos expuestos pudo muy bien no haber sido de diabetes sino de glucosuria no diabética. Se refiere al caso que curó.

**Sr. Entrecanales.**—El entiende que todos los casos que se presentaron son de diabetes. No admite la distinción establecida por el Sr. Gil y Gorroño entre diabetes y glucosuria, pues si bien la glucosuria existe como entidad morbosa, es la glucosuria intermitente, no la glucosuria continua, que ya es diabetes.

Esta reconoce tres grandes orígenes: ó bien se trata de una diabetes de origen pancreático ó es nerviosa ó artrítica: la gravedad de ellas es muy distinta, hasta el punto de que la diabetes pancreática es muy grave, lo es menos la nerviosa y mucho menos la artrítica. Puede suceder naturalmente que estas dos últimas adquieran también mucha intensidad y gravedad: ello dependerá, bien de los progresos de la dolencia, bien del mal régimen que el enfermo siga.

Por todo lo cual, cree que la diabetes es única, pero susceptible de adoptar modalidades distintas.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Para él existen diferencias entre la diabetes y la glucosuria, diferencias que explica.

Ocurre con esto lo que ocurría cuando en cierta ocasión se discutía en esta Academia la cuestión de la albuminuria. El entendía que la albuminuria de las embarazadas puede tener varios orígenes, afirmación que fué rechazada por algunos Sres. Académicos, que opinaban que la presencia de la albúmina en la orina de las mujeres en estado de gestación, era debida á una alteración del riñón. Experimentos y hechos posteriores han probado la realidad de sus afirmaciones.

Cree que con la diabetes ocurre lo propio y á pesar de cuanto aquí se diga, sostiene su creencia de que no todas las glucosurias son diabetes.

**Sr. Entrecanales.**—Desde luego, que la glucosuria transitoria, no es diabética: la glucosuria permanente sí lo es.

**Sr. Unibaso.**—Da las gracias á todos los individuos que habiendo tomado parte en la discusión, han venido á esclarecer parte de las dudas que tenía él sobre este asunto. Pero no obstante, deplora que se haya desviado algo la discusión del punto en que él quería que se debatiera: la cuestión de que si las infecciones de la cabeza en los diabéticos, podían producir más fácilmente el coma, que las infecciones en otro sitio: á esto no se le ha contestado.

En su concepto, el asunto tiene importancia, pues si bien es verdad que él ha tratado muchos diabéticos ha visto pocos casos de coma. Los casos de coma han recaído especialmente, en las infecciones de la cabeza; de ahí su pregunta.

La erisipela facial en el diabético es mortal; pero no lo es como tal erisipela, sino porque facilita el coma.

Afirma que los casos presentados eran de diabetes confirmada, tratados como tal diabetes y en los que si bien se lograba rebajar la cifra de glucosa, ésta no descendió nunca de cierto límite; lo que da idea de la intensidad de la afección. Los venía tratando bastante tiempo, y en ellos, apenas se descuidaba algo el régimen ó el tratamiento, la cantidad de glucosa retorraba á subir.

Por su parte, opina que la glucosuria permanentes, es diabética.

Describe luego á grandes rasgos las historias y afirma que en el caso de otitis no había proceso alguno propagado al cerebro ó al cerebelo.

Por lo demás, entiende que las lesiones infecciosas de la cabeza en los diabéticos tienen una marcada malignidad, con tendencia al coma.

**Sr. Gil y Gorroño.**—A su juicio, ofrecen idéntica gravedad las lesiones de naturaleza infecciosa de la cabeza, que las de otro sitio. Para él, se toma como diabetes, verdaderas glucosurias.

**Sr. Entrecanales.**—Si él ha hecho manifestaciones acerca del caso de otitis, es que pueden confundirse los trastornos cerebrales con el coma diabético.

Por lo demás, cree que no tiene influencia alguna la localización de la infección, sea en la cabeza ó en otro punto.

El Secretario General,  
C. MENDAZA.

---

## Crónica Médica Mundial

---

**Hungría.**—Prohibición del alcohol en los Manicomios.

El Ministro, conde de Andrassy, ha prohibido el uso y distribución de bebidas alcohólicas en los manicomios que dependen del Estado húngaro. Los Médicos de dichos Asilos, por orden ministerial, deben dar conferencias contra el alcoholismo, ante el personal encargado de los alienados y recomendarles la abstinencia del alcohol en cualquier forma. Por esta razón ha cesado de distribuirse, como hasta ahora, bebidas alcohólicas á los empleados de los Manicomios, compensando monetariamente esta sustitución, debiendo los Directores cuidar de que por ningún concepto reciban bebidas alcohólicas los reclusos.

Esta misma prescripción, afecta, según el Dr. Delbrück, de Bremen, á 30 manicomios del Imperio alemán, en los cuales, ningún alienado recibe la más mínima cantidad de alcohol.

El número 52 (1908) de la «Semaine Medic. dice: ¿Goza de inmunidad contra el alcohol la raza hebrea? Es un hecho innegable que entre los Judíos son raros los casos de alcoholismo. Sin embargo: sería inexacto relacionar ó atribuir este hecho á una especie de inmunidad congénita de la raza contra los venenos narcóticos. La verdadera causa debe atribuirse á los principios religiosos y constancia social de los Hebreos. En los israelitas emancipados se presentan algunos casos de alcoholismo.

**Fechas de proximos Congresos.**—*Argel.*—8.º congreso internacional de Hidrología, Climatología, Geología y Terapéutica física.—Abril, 4-10.

*Nápoles.*—Congreso internacional de Oftalmoterapia.—2-7.

*Berlín.*—Congreso de la Sociedad alemana de Urología.—18-22.

*Stocpolmo.*—Conferencia internacional sobre la Tuberculosis.—Julio, 8-10.

*Londres.*—Congreso internacional antialcohólico.—18-24.

*Riojaneiro.*—Exposición de aparatos é instrumentos médicos higiénicos, materiales para pavimentos, retretes, etc.; productos químicos y farmacéuticos.—1.º de Agosto á 30 Septiembre.

*Bergen.*—Conferencia internacional sobre la lepra, (sin fecha).

*Berlín.*—Congreso internacional de Estomatología.—Agosto, 23-28.

*Budapest.*—Congreso internacional de Medicina.—29 Agosto á 4 Septiembre.

**BARCELONA.**—Congreso universal de Esperanto.—Septiembre, 5-11

**Francia.**—*Facultad de Medicina de París.*—Con inmerecida dedicatoria impresa y manuscrita hemos sido honrados al recibir un Folleto de 144 páginas elegantemente tirado en París, que trata de la Tesis que para aspirar al grado de Doctor en Medicina, presentó ante el tribunal de dicha Facultad, formado por los Profesores Bouchard, Chantemesse, Balthazard y Renón, el candidato y joven Médico Sr. Corrct, de Versailles.

El título de la Tesis no puede ser más halagüeño para los que con verdadero cariño ansiamos el triunfo del ideal más humanitario, la adopción de un idioma universal auxiliar.

*Utilidad y posibilidad de adoptar una lengua internacional auxiliar en Medicina* es la Tesis desarrollada ante el citado Tribunal el día 26 de Noviembre último, á la una de la tarde, por nuestro colega y *samideo* Pierre Corret, antiguo externo de los Hospitales de París.

Las conclusiones de la Tesis son las cinco siguientes:

1.<sup>a</sup> La diversidad de lenguas en los Congresos Médicos internacionales, da lugar á inmensas dificultades entre los Médicos cuyo idioma nacional no está admitido oficialmente en dichos Congresos

En muchos de estos se ha expresado el deseo y necesidad de evitar esta dificultad mediante la adopción de la lengua internacional auxiliar «Esperanto». Algunos de estos Congresos ya la aceptaron como oficial, y entre otros, podemos citar el de Lisboa y Stocolmo. Para que el empleo de idioma tan sencillo se generalizase más y más en los Congresos médicos, convendría que desde ahora se declarase oficial en todos ellos.

2.<sup>a</sup> Sería también conveniente, por los motivos expuestos, que los autores de artículos de Medicina ó de obras hiciesen al final un resumen en «Esperanto», cual hace, por ejemplo, el Doctor Lambert en su Tesis de Zurich sobre la teoría de la torsión del húmero y como actualmente hace la Revista rusa «Cirugía». Así es como los Médicos de todas las Naciones podrían estar á todas horas al corriente de la Literatura médica extranjera.

3.<sup>a</sup> La posesión de la lengua internacional auxiliar «Esperanto» por los Médicos, facilitaría muchísimo las relaciones médicas internacionales, ya entre los compañeros que hablan la propia de su Nación solamente, ya entre los enfermos y Médicos de diversos países.

4.<sup>a</sup> El conocimiento del «Esperanto» sería también muy útil durante las guerras, por los grandes servicios que prestaría á los Médicos de Nación diferente, adscriptos á la Cruz Roja y obligados á prestar servicio á los heridos de los ejércitos beligerantes.

Actualmente se imprimen unos pequeños libros que han de hacer un gran papel entre los individuos de dicha Institución.

5.<sup>a</sup> *Puesto que* la adopción como lengua internacional de una de las actuales lenguas vivas, sería imposible, por la concurrencia nacional á que daría lugar:

*Puesto que* la adopción de la lengua latina tampoco es posible para el desenvolvimiento del tecnicismo moderno, pues sería necesario simplificarla, por un lado, y completarla, por otro, antes de empezar á emplearla:

... *por estas razones* la elección de un idioma neutral artificial y fácil de aprender, se impone como lengua internacional auxiliar y entre todos los inventados, más ó menos completos, desde Leibnitz y Descartes hasta nuestros días, el «Esperanto» es el único que por sus condiciones puede entrar en el terreno práctico, como lo demuestra el gran número de adeptos con que cuenta en todas las Naciones».

No prosigo; me haría interminable si á describir fuese las bellezas de esta Tesis Doctoral; con entusiasmo grande la recomiendo á mis colegas que conozcan la lengua francesa, pues estoy seguro de que una vez empezada su lectura no la dejarán de su mano hasta terminarla.

JORGE S. HITA.

La Arboleda y Febrero 1909.

---

## SECCION PROFESIONAL

---

**Importante legado.**— La viuda del difunto académico Doctor Arrese, ha legado á la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, en nombre de aquel llorado compañero, su importante Biblioteca, compuesta de gran número de obras de un alto valor científico.

La Academia ha recibido, profundamente reconocida, este donativo, que aumentará notablemente el arsenal científico, ya muy importante, que constituye su Biblioteca.

---

**Sobre intrusismo.**—En el Colegio de Farmacéuticos se ha recibido la siguiente comunicación:

«El Inspector de Servicios farmacéuticos, PARTICULAR:—Sr. Presidente del Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Vizcaya.

Muy distinguido compañero: Deseando proseguir una enérgica campaña contra el intrusismo espero de su atención que detalladamente me expongo los diversos casos de intrusión que tienen lugar en esa provincia con toda clase de datos para que la acción desde esta pueda ser eficaz.

No dudo que seré atendido y como siempre tiene el gusto de ofrecerse de V. affmo. s. s. q. b. s. m.

MACARIO BLAS Y MANADA.

Madrid 31 de Mayo 1909.»

El Presidente de este Colegio ruega á todos los compañeros, que, á la mayor brevedad, le comuniquen los casos de intrusismo de que tengan noticia para poder cumplir del mejor modo posible lo que se interesa en la preinserta circular

**Banquete.**—El día 17 del pasado y á continuación de la Junta celebrada por el Colegio de Farmacéuticos, se verificó en el Restaurant «El Amparo» el banquete anunciado con motivo de la apertura del Centro Farmacéutico Vizcaino.

Durante el acto, al que concurrieron gran número de farmacéuticos, tanto de Bilbao como de la provincia, reinó la más franca cordialidad y expansiva alegría. Al descorchar el champagne, brindaron elocuente y sentidamente los Sres. Aristegui y Soto y en forma amena y chispeante los Sres. Madaleno y Artaza, coincidiendo todos en el común deseo de ver al Centro en plena marcha próspera y desahogada y animando á todos á cooperar con entusiasmo á esta magna empresa de resurgimiento económico y unión profesional: todos fueron estrepiosamente aplaudidos.

A continuación se trasladaron los comensales al Centro Farmacéutico, donde fueron obsequiados con café, licores y cigarros, continuando la alegría y animación hasta bien entrada la tarde en que se inició el desfile, no sin antes haber visitado los hermosos almacenes y dependencias del Centro, amablemente acompañados por el Gerente Sr. Soto.

Fué una fiesta de la que guardarán grato recuerdo los que á ella asistieron.

**Buena ocasión.**—Prevenimos á los Sres. Médicos en general y á los especialistas en enfermedades de la garganta en particular, que todo el instrumental clínico y quirúrgico que pertenezca al malogrado Especialista y querido compañero nuestro, Dr. Arrese, pueden adquirirlo en condiciones verdaderamente excepcionales.

Los que deseen datos pueden solicitarlos en esta Redacción.