

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVIII

Bilbao—Febrero—1912

Núm. 206

Sumario

Artículos originales: 1) **Dr. Laubegui.** Psicologismos.—La afrenia.

Academias y Congresos: Academia de Ciencias Médicas de Bilbao: Actas de las Sesiones celebradas los días 23 de Febrero y 1.º de Marzo de 1912.—Academia Médico-Quirúrgica Española: **Dr. Sloe Ker.** Traumatismo del cráneo y ligadura de la meninge media.—Sociedad Ginecológica Española: **Dra. Alexandre.** Parto y puerperio en ambiente infectado.—Academia Quirúrgica Española: **Dr. J. Ratera.** Dos casos de cálculos renales con presentación de radiografía.

Revista de Revistas.—Bibliografía: 1) **Dr. Commandeur.** Tratamiento de la eclampsia.—2) **P. N. Divaris.** Pneumonías gripales.—3) Tratamiento de la blenorragia.—4) **Dr. Rudaux.** La colecistitis gravídica.—5) **Dr. B. C. Burque.** Un nuevo signo reflejo diagnóstico de la ebertheriosis.—*Bibliografía:* Tratado de Medicina, por Enrique, Laffite, Bergé y Lamy.

Sección Profesional.

I.

Psicologismos.—La afrenia

por el

Doctor Laubegui

Bajo esta denominación griega designa el Dr. Berillón las perturbaciones fisiológicas ligadas á una insuficiencia cerebral para discernir.

Todos hemos observado en mayor ó menor escala, especialmente en las grandes poblaciones por las tendencias sentimentales que se dan á la educación, un gran número de individuos llenos de inconsecuencias ó contradicciones en su manera de obrar. De ello han deducido exageradamente algunos sociólogos el decir que *el hombre es un monstruo lleno de contradicciones é incapax de una lógica sana.* Aunque esto fuera verdad, no por ello se deja de discernir en cada caso.

La afrenia ocupará de hoy en adelante un lugar al lado de la *abulia* en el cuadro psicopático, por las analogías aparentes que con ella le ligan.

El abúlico es un irresoluto, porque en el conflicto de ideas opuestas que se le pueden ofrecer, no sabe ó no puede decirse en

favor de alguna de ellas y obrar en su consecuencia por falta de determinación. No es que carezca de conciencia de ello, sino que se inclina fatalmente hacia la timidez y el desaliento. En ellos arraigan las ideas fijas y á veces los delirios sistemáticos, toman-do un aspecto personal desalentado y depresivo que permite adi-
vinarles las preocupaciones que les asedian.

El afrénico se distingue del abúlico en que le falta el discerni-miento, pero conserva la voluntad, á veces en grado superlati-vo, en perjuicio de su persona. Siendo incapaz de reflexión ma-dura, no sabe ni prever las consecuencias de sus actos, ni le sirven para nada las lecciones de la experiencia. Lejos de ser un tímido, se muestra demasiado optimistas, indisciplinado y rebel-de á todo. Es amigo de conversar y discutir, seductor y dispues-to á lanzarse á toda clase de empresas. Tiene la apariencia de un decidido y enérgico. Los aventureros y esos señoritos mal edu-cados con pretensiones de listos, son los prototipos del *afrénico*.

Los razonamientos que éste emplea, como son incompletos, no tienen en cuenta todos los elementos puestos en juego, y como además, la atención es insuficiente y se distrae con facilidad, su actividad no logra su objeto, ni conduce más que al fracaso repetido.

El Dr. Berillón observa, y con razón, que si se llega á hablar con uno de esos insuficientes, en cuanto al discernimiento, se siente uno, á veces, maravillado de la exactitud de sus razona-mientos, comparaciones y juicios, y sin embargo se sorprende al ver el desacuerdo que existe entre aquéllos y los actos realiza-dos. Esto obedece á que el afrénico inteligente é imaginativo, en general, es, por decirlo así, guiado por el que le pregunta, y mer-ced á éste se halla obligado á establecer su razonamiento y luego su juicio en forma lógica. Pero abandonado á sí mismo y despro-vido de los elementos de discusión y comparación, da nuevamen-te pruebas de su falta de discernimiento y sentido práctico. Co-nocido ésto, vemos claramente una indicación importante para el tratamiento de este síndrome.

Los afrénicos forman legión bastante numerosa: están com-prendidos en ella todas las personas calificadas de *mala suerte* y que no logran éxitos en sus negocios. Sin embargo, esto creemos es muy exagerado, porque hay individuos que han fracasado en empresas por causas diversas ajenas á su discernimiento y pre-

visión, y por tanto, no deberán ser incluidas entre los afrénicos. Ahora bien: cuando los fracasos se repiten por iguales causas en la misma persona, sin que la experiencia le haya servido de algo, constituye un criterio más seguro, sobre todo, si aquella *mala suerte* acompaña al sujeto desde su infancia.

Muchos alumnos estudiosos y brillantes hemos conocido en el curso de nuestra carrera facultativa, que parecían prometer mucho y han quedado oscurecidos en una medianía ó no han servido para nada práctico por su afrenía.

Existe, además, una afrenía colectiva que se manifiesta en Parlamentos y Corporaciones por medio de votaciones absurdas verificadas bajo la influencia de los intereses electorales de los individuos, saliendo de aquellas leyes ó disposiciones inaplicables, pero cuyo efecto se vuelve contra ellos comprometiendo su reelección. Por eso la *afrenia* es más frecuente que la *abulia*, apesar de que los factores que intervienen en ambas, son casi los mismos.

Entre las causas que pueden retardar ó impedir el desarrollo del discernimiento, señala el Dr. Berillón las siguientes: la degeneración hereditaria, la suspensión de la evolución debida á enfermedades intercurrentes, la sensiblería educativa moderna, las influencias deformadoras de ciertos medios familiares y escolares y la tendencia natural á la difusión mental. Por consiguiente, no se debe extrañar de que los dos síndromes de afrenía y abulia, apesar de la diferencia de las disposiciones mentales de que son su signo, no se excluyan y hasta puedan existir simultáneamente en algunos individuos ó se manifiesten con mucha frecuencia alternativamente, ya la importancia y la timidez que caracterizan la falta de voluntad, ó por el contrario la satisfacción de sí mismo y la ligereza en obrar que indican la falta de discernimiento.

Academias y Congresos

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión celebrada el día 23 de Febrero de 1912

Preside el Sr. Aparicio

No habiéndose presentado ningún caso práctico nuevo, se pasa á discutir los ya presentados en sesiones anteriores.

CASO DE TÉTANOS

Sr. Ledo.—Sigue en el uso de la palabra interrumpida al terminar la sesión anterior.

Repite las manifestaciones expuestas anteriormente y nuevamente felicita al Sr. Eguiluz por la oportunidad y brillantez del caso expuesto, y describe, refiriéndose al tratamiento de este caso, todos los fundamentos patogénicos del modo de ser de la toxina anti-tetánica.

Habla del suero anti-tóxico empleado en el tratamiento de esta enfermedad, de la nutrición metabólica y las distintas vías de introducción del suero en la economía; la vía sub-cutánea, la endo-venosa, la intra-raquídea y la intra-cerebral, y opina que ésta es la mejor, pues obliga á actuar la antitoxina en el mismo sitio en que predominantemente ejerce su acción la toxina tetánica.

Dice que desde que se emplea el suero, ha disminuído considerablemente la mortalidad, y que esta disminución es menor desde que el suero es inyectado en plena substancia cerebral. Pero cuando el suero actúa de una manera eficazísima, es cuando se emplea de una manera profiláctica, hasta el punto de que se impone su uso en el tratamiento de toda herida anfractuosa, profunda, manchada de tierra de excrementos, originada por arma de fuego, etc., etc., pues en ellas es donde hay que temer esta infección. Esto, por lo que atañe á la terapéutica humana, que por lo que concierne á veterinaria, hoy está dando también un resultado magnífico este tratamiento.

Cree que se debe inyectar el suero con prontitud en mucha cantidad y con el máximun de unidades antitóxicas en el mínimun de volumen. Esto es lo que hace la escuela alemana, que emplea el suero seco. Este suero que contiene gran número de unidades antitóxicas, se diluye en un pequeño volúmen de suero fisiológico y se inyecta.

Discorre sobre la cuestión de la lactancia en el caso presentado y entiende que se hizo lo que debía hacerse.

Así mismo cree que la terapéutica local fué acertada y estimula al Sr. Eguiluz para que en lo sucesivo y con casos como el presentado proceda de idéntica manera.

Sr. Diaz.—*Epilepsia parcial.*—N. N., de 28 años de edad,

casado, ingresó en la clínica médica de Basurto, el día 10 de Enero de 1912; su padre vive, gozando de buena salud, su madre murió á consecuencia de una pulmonía: fué de temperamento nervioso y en uno de sus últimos embarazos, estuvo enferma en cama varios meses, sin que nuestro enfermo sepa lo que tuvo: como antecedentes patológicos propios, al cabo de un mes que tratamos á este sujeto, nos ha confesado que hace 7 años tuvo una afección venérea, que por lo que dice debió ser una blenorragia: sin embargo quedamos en la duda, pues además dice que tuvo unos granos en el pene: y nada más.

Enfermedad actual.—Hace dos años tuvo dolores en la cintura que le impedían hacer bien los movimientos del tronco: hace año y medio próximamente, estando en una obra, cayó sobre su cabeza un cesto lleno de escombros, entre ellos cascotes de ladrillos, que le produjeron varias pequeñas heridas en el cuero cabelludo: no tuvo ningún accidente en el momento y curó en pocos días; quince ó veinte días después de esto se casó, y comenzó á notar mareos, vahídos, algún dolor de cabeza, en la nuca, frente, ojos, con tendencia á fijarse hacia el lado derecho, acompañado de algún vómito: la noche del día de Reyes de 1911, estando cenando tuvo un ataque convulsivo, que comenzó por los dedos de la mano izquierda, propagándose al antebrazo, brazo izquierdo y lado izquierdo de la cara, cayendo al suelo en este momento con pérdida del conocimiento: no se mordió la lengua, no tuvo relajación de esfínteres y cuando al cabo de cierto tiempo volvió en sí, recordó lo que le había ocurrido: desde esta fecha, le han repetido los ataques en igual forma y extensión: primero cada 8 días, luego cada vez más tarde, y últimamente estuvo 2 meses sin acceso, hasta fines de Diciembre; en los intervalos de estos ataques grandes, tenía otros pequeños que se reducían á convulsiones clónicas del brazo izquierdo que comenzaban por temblor de los dedos, con elevación del miembro hasta por encima de su cabeza; cuando las convulsiones llegaban á los músculos de la cara es cuando se desarrollaba el ataque grande, uno con pérdida completa del conocimiento, otros con atontamiento nada más, quedando luego durante cierto tiempo amodorrado; durante la primera mitad del año pasado, el brazo izquierdo fué perdiendo fuerza, llegando á no poder abotonarse la chaqueta con dicho miembro, pero en el segundo semestre, mejoró este estado; desde mediados de año, fué

perdiendo la agudeza visual, poco á poco y por igual, llegando á no distinguir más que la claridad; durante todo este tiempo persistió la cefalalgia, de tipo general, con mayor ó menor intensidad; alguna vez ha notado hormiguelo en la pierna izquierda; no ha tenido trastornos de la palabra.

Este verano pasado, los médicos que le vieron, le propusieron una intervención operatoria, que la familia no aceptó.

Estado actual.—Es un muchacho bien desarrollado, de facies indiferente; en el cuero cabelludo se ven pequeñas cicatrices, una en plena r. parietal derecha y otra en la izquierda; ojos algo saltones, de pupilas iguales y que reaccionan normalmente; distingue la claridad y algo los bultos que se mueven delante, pero sin poder decir lo que son; movimientos oculares normales, fondo de ojo, edema de ambas papilas y atrofia avanzada, oído izquierdo con menos agudeza que el derecho; percusión dolorosa en la mitad derecha del cráneo, (sin hundimientos): en el momento del reconocimiento tiene dolor espontáneo, constante, no grande en la nuca, frente r. parieto-temporal derecha, ojos y ambos pómulos, piel y músculos de la cara normales, lo mismo que la lengua, etc.

Brazo izquierdo.—Desarrollo muscular casi igual al derecho; dedos y palma, pálidos y algo fríos; haciendo tener el brazo en el aire se nota ligero temblor en los dedos, fuerza muscular muy disminuída, 8 para 30, que marca en la mano derecha en el dinamómetro sensibilidad general normal, perversión del sentido del tacto en la mano izquierda, pues si le coloca un *duro* en ella después de mucho pensar, dice que es una cosa alargada; reflejos tendinosos normales.

Brazo derecho.—Normal.

Extremidades abdominales.—Sensibilidad, reflejos cutáneos y tendinosos normales; no hay trepidación ni Babinski. Esfínteres normales, está bien de pie, anda solo, siendo la marcha propia de la falta de vista.

Inteligencia.—Disminución de la memoria, cansancio pronto en la conversación, sobre todo cuando tiene que pensar.

Nada de particular en el resto del cuerpo.

Reacción de Pirquet, con tuberculina de Koch en el brazo positivo.

Reacción de Wasserman, intensamente positiva.

Líquido cefalo raquídeo.—Sale á presión, es transparente y

solo tiene de particular el el presentar algunos linfocitos; algunas horas después de su extracción dijo que veía mejor, pero esto fué pasajero.

Diario de observación.—Durante el tiempo que lleva en la clínica, hasta la fecha, 16 de Febrero, se han hecho las siguientes observaciones: examen de orina, que no presenta ningún caracter anormal.

Ataques convulsivos.—El día 18 de Enero tuvo un acceso; tuvo tiempo de llamar al enfermero: consistió en temblor de la mano izquierda, convulsiones del antebrazo, brazo y lado izquierdo de la cara; al cabo de unos minutos perdió el conocimiento, y durante este periodo el enfermero observó convulsiones clónicas de ambas extremidades abdominales; durante una hora estuvo amodorrado, no se mordió la lengua ni tuvo expulsión de orina, etc., y luego se acordaba de lo que había tenido.

El día 24 de Enero tiene otro ataque igual que el descrito. El día 30 mareo que le ha durado 5 minutos.—Peso, 27 Enero: 67 K.; 18 Febrero, 69,50 K.

Tratamiento.—Alimentación variada. Una inyección diaria de biyoduro de mercurio de un centígramo, un gramo de yoduro de potasio al interior. Enero 26: centígramo y medio de biyoduro; 2 gramos de yoduro potásico. Febrero 3, le suspendo el tratamiento por 8 días. Febrero 12 al 20, 8 inyecciones.

Estado actual.—Hace un mes que no tiene accesos, el dolor de cabeza ha desaparecido, tiene algunos días mareos, la agudeza visual sigue igual, no ve más que la claridad, examen del fondo de ojo, atrofia de la papila, estado local del brazo izquierdo, etc., igual que antes: bipedestación y marcha bien.

En resumen: un hombre joven, bien desarrollado, sin tara alguna hereditaria conocida y adquirida rúdosa, poco tiempo después de un ligero traumatismo craneal, tiene cefalalgia generalizada, vómitos, mareos y accesos convulsivos localizados en la extremidad torácica izquierda y músculos del lado izquierdo de la cara: paresia del brazo izquierdo que va disminuyendo á medida que son más raros los ataques que poco á poco pierde la vista y también ésta aunque poco, aumenta algo últimamente; que actualmente tiene visión muy escasa, cefalalgia continua, atrofia papilar que ha sido precedida de edema, ligera paresia en el brazo izquierdo con algo de ataxia y perturbación del sen-

tido del tacto que da reacción positiva á la tuberculina y presenta sífilis-reacción, y que después de cierto tiempo de tratamiento mercurial parece mejorar, respecto del dolor y de su nutrición general.

Diagnóstico.—Comprende distintos problemas: el de especie, localización y naturaleza.

Estamos en presencia de un individuo que presenta el cuadro de la epilepsia parcial, de Bravais-Jackson, llamado así, por ser estos médicos sus introductores en la literatura médica, caracterizada por ataques convulsivos localizados en la cara, brazo ó pierna de un lado, tomando el tipo facial, braquial ó crural respectivamente, ó apareciendo en distintas combinaciones, como nuestro caso que es cervico-braquial, etc., á veces puede ser bilateral. (Caso de Rendu).

Casi siempre va precedido de un aura sensitiva ó motora (temblor de los dedos nuestro caso) que avisa y pone en guardia al enfermo, que pocas veces cae como herido del rayo, como ocurre en el gran mal epiléptico vulgar, pocas veces pierden el conocimiento y casi nunca hay mordedura de la lengua, relajación de esfínteres y pérdida de la memoria ó recuerdo del accidente.

Está demostrado por la clínica y la anatomía patológica que hay una relación casi constante entre este cuadro (que en realidad no es más que un síndrome) y una lesión más ó menos limitada de la zona motora cortical; en las clínicas de Dieulafoy, Reymond, etc., se leen historias clínicas detalladas, seguidas de autopsia ó intervención operatoria, en las que, casi siempre, se encontró una lesión que interesaba la zona dicha; en las formas crurales la lesión radica en el lóbulo paracentral, en las cervico-braquiales, en las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes, experimentalmente se ha reproducido el ataque en el curso de intervenciones operatorias por medio de la excitación eléctrica, como en un caso de Reymond operado por Doyen, el cual con la c. f. produjo las contracturas de los dedos, encontrando así la zona que había de escindir y que era el tercio inferior de ambas circunvoluciones; por mi parte he tenido ocasión de ver un joven con epilepsia parcial derecha seguida de hemiplejia derecha, afaxia, etc., el cual tenía un absceso meningocerebral al nivel de la zona motora cervical izquierda; otro caso de epilepsia cuya

zona motora opuesta estaba irritada por una colección líquida sub-cortical, que salía á chorro en el curso de la intervención practicada por el Dr. Zarza; algunos ejemplos se leen en los magníficos trabajos del Dr. Areilza sobre «Trepanaciones en traumatismos craneales». Por lo tanto, creo que no hay duda tampoco en el caso actual en el diagnóstico topográfico; este enfermo debe tener una lesión que interesa directa ó indirectamente las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes del lado derecho, en su mitad inferior, ¿pero el trastorno de la visión, cómo se explica? Por el aumento de presión intracerebral; así se produce, por ejemplo, en los tumores cerebrales, en los cerebelosos por trastorno mecánico de la circulación venosa, que origina el edema papilar, que á la larga, produce la atrofia, apesar de que en este caso actual hay que creer que la lesión no es muy extensa, á juzgar por la limitación de los síntomas de foco periféricos; no hay que pensar en lesión de base, pues no ha presentado ningún síntoma de foco basal y sí francamente de irritación cortical.

Las principales lesiones que producen este síndrome y en las que podíamos pensar en el caso actual, son: lesiones degenerativas, post-traumáticas, una placa de meningitis ó meningo-encefalitis, tuberculosa ó sifilítica; un tumor cerebral, tubérculo, goma, glioma ó sarcoma, etc.

Ante todo hemos de decir que no siempre es debido el ataque convulsivo á una lesión material, reconocible macro ó microscópicamente (por esto al principio hemos dicho que la clínica y la anatomía patológica han puesto en evidencia una lesión *casi siempre*); en autopsias de individuos que á consecuencia de un traumatismo craneal presentaron accesos de epilepsias Jacksomnia, no se encontró lesión alguna, ni ósea, ni cerebral, ni macro, ni microscópicamente (Reymond), ni siquiera el proceso degenerativo post-traumático que en la mayoría de los casos se observa en los trozos de corteza extirpados en casos análogos; es decir, que hay trastornos ó perturbaciones dinámicas que escapan á nuestra observación.

La atrofia papilar hereditaria que también produce ceguera y puede ir acompañada de cefalalgia, etc., se distingue por ser hereditaria, por comenzar la pérdida visual de golpe y por no presentar edema, sino atrofia papilar desde el principio; todo lo cual se explica por la curiosa patogenia de esta enfermedad, que es

debida á una malformación en la oxificación del estenoides, que constriñe el tronco del óptico en el agujero del mismo nombre. Teniendo en cuenta que el traumatismo sufrido fué pequeño, según el individuo, que no produjo pérdida de conocimiento, ni conmoción, ni hundimiento óseo (por lo menos la radiografía lo hace creer así), creo, no es una epilepsia traumática sino una lesión de orden inflamatorio crónico, cuyo origen pudo favorecer el traumatismo.

La meningitis limitada en placas, no es rara y suele aparecer frecuentemente en la zona rolándica, el curso lento, los antecedentes de tuberculosis de familia ó focos de esta naturaleza, en otros órganos del enfermo, llevan el diagnóstico por este lado; las placas sifilíticas meninges, únicas, son más raras; en general van acompañadas de placas basales; es raro que produzcan trastornos tan intensos de la papila como en nuestro enfermo.

Ante un cuadro que presenta los síntomas generales de cefalalgia, vómitos y convulsiones, y asociado á éstos el edema de la papila, puede pensarse en un tumor cerebral con probabilidades de acertar; si hemos de creer en los resultados operatorios, puede un tumor hasta destruir la corteza produciendo primero convulsiones y parálisis que más tarde desaparecen, volviendo al parecer la integridad funcional; en efecto, á consecuencia de la extirpación de trozos de corteza cerebral, cuya irritación por la corriente farádica, produce convulsiones en grupos musculares determinados, se desarrolla una parálisis de esos músculos, pero al cabo de poco tiempo se restablece el movimiento y las convulsiones por suplencia del centro, y Reymond cita un enfermo suyo al que le extirparon las zonas bilaterales sin conseguir suprimir las convulsiones.

Podemos, pues, pensar en nuestro caso, en un tumor cerebral localizado en el territorio ya señalado y cuya naturaleza es difícil de precisar; si hemos de creer en la reacción intensamente positiva, sifilítica de la sangre y en la mejoría de los síntomas generales, después de un mes de tratamiento antisifilítico, podemos pensar en un goma y esta es nuestra opinión, pues la r. positiva de la tuberculosis no nos da tanta seguridad, á no ser de que existieran los dos procesos juntos: un tubérculo en un sifilítico; si no por estas razones podía haberse pensado en un glioma, tumor que aparece frecuentemente después de traumatismos

craneales; pero, repito, que por las razones expuestas, me inclino á creer en goma cerebral ó meningo-cerebral; por esto, ante todo, hemos establecido el tratamiento antisifilítico. Si no tubiéramos resultado ¿estaría indicada la intervención operatoria?

Teniendo la casi seguridad de que la vista no ha de recobrarla, pues las lesiones de fondo de ojo así lo hacen creer al señor Somonte, que amablemente lo ha reconocido en distintas ocasiones, la indicación operatoria en el caso actual y en este momento ha perdido mucho de su oportunidad; en otras condiciones ante la persistencia del cuadro y el fracaso del tratamiento médico, esa sería la indicación y en ella se pensaría desde luego.

Los resultados operatorios, aun en casos clásicos y que reunían, al parecer, las mejores condiciones, no han sido todo lo felices que en un principio se esperaba, habiendo dado lugar á verdaderos chascos; para convencerse de ello, léanse los clínicas de Reymond, por ejemplo, el mismo trabajo del Dr. Arcilza, etcétera, etc., pero no quiero ser más pesado y dejo el caso en esta forma para que pueda ser motivo de discusión.

El Secretario General,

C. MENDAZA

Sesión celebrada el día 1.º de Marzo de 1912

Preside el Sr. Aparicio

SOBRE LA BACTERIOLOGÍA Y SUEROTERAPIA DEL TÉTANOS

Sr. Echave Sustaeta.—Si, como se afirma, fué ya conocido el tétanos desde los tiempos de Hipócrates (460 años antes de Jesucristo) su definición se redujo durante muchos siglos únicamente á su cuadro sintomático fuera de toda noción etiológica y patogénica cierta. Una porción de preocupaciones como el miedo, desórdenes físicos, alteración de humores, influencias atmosféricas, etc., perduraron durante la Edad Media pretendiendo explicar su causalidad, y como los anatomo-patólogos ni los fisió-

logos pudieron en estos últimos siglos encontrar las causas del síndrome clínico en las lesiones del cerebro y de la médula, ni vieron tampoco que la penetración de cuerpos extraños en las proximidades de los nervios determinase siempre fatalmente la afección; puede decirse que se renunciaba ya al convencimiento del verdadero virus cuando con el advenimiento de las doctrinas microbianas y en la era de los grandes descubrimientos modernos Carle y Rattone (1884) consiguen reproducir la afección en el conejo; al año siguiente Nicolaier logra extender la afección experimental al cobayo y ratón (sin conceder á los microorganismos que pululan en la región inoculada la importancia como agentes de la infección) y solamente Kitasato en 1887 logra obtener cultivos, da las reglas para aislar el germen, logra reproducir mediante cultivos puros la afección en el animal creando así el dogma de la especificidad del tétanos en relación con su agente causal.

Aspecto microscópico.—Microorganismo que suele encontrarse bajo dos formas: bacilar vegetativa ó esporulada y latente larvada ó en esporas.

La forma *bacilar* es propia de los cultivos durante los dos ó tres primeros días y del pus que rodea la llaga infectada.

La forma *en espora* es propia de los cultivos agotados de materias nutritivas, de la tierra, asillas y otros objetos que puedan lograr la infección.

Bastoncillos de dos á cuatro micras de largo por tres á cuatro de grueso, rectos, finos con extremidades cortadas á bisel móviles en ausencia del aire, mediante gran número de hilos periféricos largos y flexuosos.

Esporas que pueden hallarse solas como pequeños abultamientos piriformes ó esféricos ó ya insertos en la extremidad terminal del bastoncillo en todos los casos refringentes, de un grosor de dos ó cuatro veces el diámetro del bastoncillo, pudiendo responder al parecido del palillo de tambor.

Coloreable por las soluciones de fuschina, hiosina, azul de metileno y tomando bien el Gram. La parte de la endospora no se colorea y sí solo su porción periférica ordinariamente.

Cultivos.—Anaerobio pudiendo adaptarse á la presencia del aire en pequeñas proporciones ó asociarse á microorganismos que le consuman, es poco exigente en medios nutritivos. Interésale una temperatura mínima de 20°, sus condiciones ptimas

son 37-38° y solo los 45° ya no se cultiva al menos en condiciones de virulencia.

Caldo peptonizado al abrigo del aire.

Enturbiamiento, desprendimiento de gas (carburos de hidrógeno, compuestos, sulfídricos y amoniacaes) mal oliente, formación de un precipitado en el fondo, se aclara el medio y da las reacciones del indol.

Gelatina ó colonias aisladas.—Pequeños copos al principio, estéricos, blancos, luego partiendo rayos divergentes se liquefecta el medio con desprendimiento de gas.

Gelatina picadura profunda.—Cultivo que recuerda en cierto modo la forma de pluma de ave, ó mejor de limpia tubo; esto es un eje central del que parten nerviaciones en ángulos casi rectos. Luego liquefacción del suero con desprendimiento de gases.

Leche.—Desenvolvimiento sin coagulación.

Suero Patata ej. cultivos pobres.

Afección experimental.—Aparte de que el caballo es el animal más sensible, entre los de laboratorio lo son por su orden decreciente el cobayo, ratón, conejo, cabra, gato, perro, pato, pichón, gallina, y como refractorio absoluto los reptiles y moluscos.

Aun cuando puede reproducirse la afección por inoculación de tierras, cultivos, esporas aisladas, de pus y de toxina, de todos estos procedimientos puede interesar al médico práctico adquirir cierta convicción sobre los datos clínicos.

En todos los casos el bacilo de tétanos jamás invade el organismo, encontrándose solamente y en escaso número en el sitio de la inoculación. Inoculando una pequeña cantidad de pus ó el cuerpo extraño al que se le atribuye la infección en la región inguinal del ratón, el animal presenta entumecimiento y cierta inmovilidad de toda la extremidad; á las 24 ó 30 horas comienzan los accesos convulsivos que se generalizan á los músculos del tronco y muere.

En casi todos los casos graves, si mediante una ventosa se sacan dos ó tres c. c. de sangre del enfermo, se deja coagular, se separa el suero y se introduce éste bajo la piel del ratón; se reproduce por la toxina la afección experimental. La inoculación de esporas desprovistas de toxinas no producen el tétanos, se requieren ciertas concausas favorecientes, quemaduras, cuerpos

extraños, microbios favorecientes que impidiendo la fagocitosis, ó por simbiosis bacteriana, consumiendo el oxígeno del medio que determinen las condiciones de anaerobiosis del agente del tétanos.

Toxina.—Brieger destilando á 100° el líquido de cultivo del bacilo tetánico, extrajo la tetanotoxina, que parece poseer la estudiada de una base metilbutilénica correspondiente á la fórmula $C_4 H_8 = N - C H_3$. Posteriormente se han reconocido dos sustancias distintas: la tétanos pasmina de propiedades convulsivas y la tetanolisina mucho menos estable, que disuelve los glóbulos rojos de animales como el caballo y conejo.

El veneno complejo es muy activo, tiene los caracteres de las diastasas, se altera sobre los 60° destruyéndose á los 80° en dos horas, es poco soluble en el alcohol, éter, cloroformo, etcétera, soluble en el agua y soluciones salinas, se adhiere á los precipitados amorfos que se forman en los líquidos en que está contenido, es sumamente difusible y tipico de exotoxinas ó toxinas solubles, en los organismos receptores se absorbe por las expansiones periféricas de las neuronas, llegando finalmente á los centros nerviosos originando las contracturas características. Parece existir una afinidad especial, no solo *in vivo*, sino también *in victo* entre la toxina tetánica y la sustancia nerviosa.

Suero antitóxico.—Lo proporciona como se sabe el caballo, al que paulatinamente se le inoculan cantidades crecientes de toxina, atenuándola al principio mediante la mezcla con sustancias químicas, triclورو de yodó ó líquido yodo-yodurado de Gram y manteniendo la hiper-inmunización mediante la inyección periódica de grandes cantidades de toxina, sangrando al animal después del período de la fase negativa sobre los veinte días de la última inoculación.

Propiedades.—Roux y Vailler vienen á resumir:

1.° Que el suero antitóxico proviene seguramente del tétanos aun á pequeñas dosis, cuya inmunidad es naturalmente pasajera.

2.° Si el suero se inyecta á la vez que la toxina ó minutos después, hay siempre un tétanos local, pero se cura siempre.

3.° Cuando el suero se inyecta después de la toxina, las cantidades de suero necesario crecen extraordinariamente con relación al tiempo transcurrido.

En la imposibilidad de extraer todo lo que á este asunto se refiere, anotaremos algunos datos del empleo del suero.

Tratamiento profiláctico.—Nocard, en 22 meses inocular 3.500 caballos, de los cuales 2.300 fueron inyectados inmediatamente de la operación (casi siempre castración) de la cifra total pudo seguir observando 2.727 sin enfermar siquiera uno del tétanos.

Rosthon, en la clínica de mujeres de Praga, observó una epidemia de tétanos: casi todas las mujeres que daban á luz morían del tétanos; se desinfectó el suelo y las ropas de las embarazadas sin llegar á suprimir la enfermedad. Desde el momento que á todas las mujeres asistidas en la clínica se inyectó prontamente el suero, desapareció por completo el tétanos.

Acción curativa.—Datos entresacados. Administración subcutánea. Ulrich trata doce casos sin ninguna curación.

Luter trata catorce casos; pudo salvar dos.

Trendeleburg no quiere seguir aplicando el suero.

Riedel no ha visto ningún buen resultado.

Bornhanpt trata quince casos, cura tres que advierte eran de largo período de incubación y por consiguiente de pronóstico favorable.

Holbeck en la guerra ruso-japonesa no ha conseguido ningún caso de curación.

Aplicación intracerebral.—Courmont y Doyón coleccionan 24 casos en el hombre, muriendo 18 pocas horas después.

Hue, un caso muerto el mismo día.

Quem, dos casos ambos muertos.

Chapaut, un caso muerto al día siguiente.

Reclus, un caso muerto á las doce horas.

Roger, un caso favorable.

Estos datos se refieren á los consignados por el Profesor doctor Blumental, de Berlín.

Academia Médico-Quirúrgica Española.

Dr. Stocker. Traumatismo del cráneo y ligadura de la meningea media.

El enfermito que presenté á la Academia cayó, estando jugando, desde una vagoneta á una profunda zanja, dando con la cabeza en el fondo de la misma.

Sin conocimiento, fué conducido al Hospital de la Princesa, donde le ví en shock y con hemorragia nasal y auricular. Había tenido vómitos y deposiciones sanguinolentas, y mostraba una

extrema palidez. En el lado derecho y región temporoparietal, en sus límites, había una hematoma bastante considerable, que daba esa falsa sensación de fractura propia de los coágulos en esta región.

Tenía hiperestesia generalizada, pulso lento, abolición de reflejos en los miembros izquierdos y flacidez. El suero y el aceite alcanforado apenas le reponían, y en vista de ello decidí trepanar, por suponer, dada la sintomología, una fractura de lámina interna con hemorragia consiguiente, que comprimía el cerebro. Efectivamente, después, de practicar una incisión en arco de convexidad superior dejando en el centro el supuesto foco, desprendiendo rápidamente el periostio y veo una fisura de unos tres centímetros de longitud que daba sangre y, sin duda, había formado el hematoma. La sangre roja, arterial y en plena región de la meníngea, me alentó á seguir de prisa, poniendo una fresa de trépano eléctrico y viendo en seguida como salían por la perforación sangre y coágulos negruzcos; con la cucharilla extraje los más profundos, aumentando la frecuencia del pulso al cesar la compresión. Ensanchó con la pinza-gubia el orificio de la trepanación, descendiendo unos centímetros hacia el temporal, veo, por fin, sangrar la rama media de la meníngea y la ligo.

A causa de la hemorragia abundante el enfermo tuvo un síncope, del que salió con respiración artificial, cafeína, suero, etc., y en mal estado fué llevado á su cama. Sin fiebre se va reponiendo el niño, y desaparecida la parálisis, desde pocas horas después de la intervención, habla, se mueve y ve, desapareciendo el estado primitivo.

No me entretuve en buscar puntos de referencia de Kronlein, etcétera. He hecho la ligadura de la meníngea, dado que había fenómenos de foco á más de fenómenos generales, que me permitían suponer con fundamento la hemorragia, así como la hiperestesia que vengo observando en los fracturados de cabeza, me hizo pensar en la fractura, entre otros datos. Las hemorragias por la nariz, que coexisten ó no con fractura, no son signos patognomónicos de fractura de base, pues una simple contusión hace muchas veces sangrar la mucosa nasal. Tal acontece con la hemorragia auricular, que no siempre es producida por fractura de base. La irradiación de la fractura de la bóveda á la base es corriente, y la hemorragia de base no es contraindicación de in-

tervención como muchos han supuesto, y tengo yo algún caso evidente que prueba lo que digo.

No es necesario grandes colgajos osteoplásticos para la ligadura, sobre todo si hay signo focal que nos sirva de guía para la incisión.

Sociedad Ginecológica Española.

Doctora Aleixandre. Parto y puerperio en ambiente infectado.

El caso que presento á la Academia motiva solicitud de autorizada opinión de sus consocios.

Trátase de parto y puerperio ocurridos á señora que se hallaba por aquellos días al cuidado de su hijo enfermo de difteria. Con sus inquietudes y excesivo trajín adelantóse un tanto el parto encontrándose todo en mal estado de asepsia á pesar de las insistentes recomendaciones que se le hicieron previamente. Ni aun la propia interesada que desde niña toma su baño diario se cuidó entonces de ello, ni siquiera se dió las irrigaciones vaginales previas, cual había en anteriores casos hecho.

Resultó que en medio de aquel ambiente séptico llegó rápido el parto, sin dar lugar tampoco á la desinfección inmediata de su región genital. A mi buen amigo, el Dr. Sarabia, que asistía al niño diftérico, comuniqué mis temores de que no fuera tan feliz como otras veces aquel puerperio que comenzó en tales condiciones y después de un alumbramiento tardío.

Mi sistema de asistir los partos ya lo indiqué en otro lugar. Hace años que lo sigo con muy buenos resultados. En las irrigaciones vaginales sustituyo el sublimado por el formol (al 2 por 100), altamente bactericida y sin los riesgos de aquél. Los lavados externos con solución sublimada y oclusión constante de la vulva con apósito de gasa xerofórmica y algodón aséptico, sin dejar de lavar la vulva cada vez que orina la enferma, aunque esta secreción sea estéril en su estado normal. Limpieza rigurosa de las manos, ropas, etc., etc.

Si cabe, entonces fui más tenaz en tales medidas preventivas incluso continuando semejantes prácticas por más número de días pretendiendo así evitar en lo posible el resquicio por donde pudiera penetrar en aquel organismo el malhadado bacilo de Klebs-Loffer, que tan de cerca amenazaba á la paciente: ni la hetero-

génica falange de estreptococos y compañía que conducen á los puerperismos comunes. En efecto, la marcha fué normal; no hubo fiebre ni un solo día, á pesar de que la buena señora, agobiada por tan malos ratos, empezó su puerperio bajo un estado gastro-hepático muy molesto, que me obligó desde el segundo día á someterla á un tratamiento colagogo y desinfectante intestinal, que lo continuó por varios con excelentes resultados bajo todos conceptos.

Por cierto que la recién nacida también participó con alguna intensidad de aquel estado biliar de la madre, cuya posibilidad tuve buen cuidado de vaticinar á los padres.

En resumen: que á pesar de todas las circunstancias referidas, no ocurrió alteración ninguna en la marcha fisiológica puerperal.

¿Hubiera podido conseguirse tan perfecta normalidad en el puerperio de esta enferma sin la práctica de los lavados, irrigaciones y desinfección rigurosísima que antes mencioné? Es posible, pero ante estados fisiológico de tanta receptividad bien puede decirse que toda precaución es poca.

Y como siempre hemos de darnos por enterados de que en el ambiente de la alcoba de un enfermo, sucio, medio que rodea á la puérpara, existen gérmenes peligrosos, como en estos casos sabemos, lógico será pensar que *si se aceptan en dichas circunstancias aquella ventaja indudable de las medidas proflácticas reconocidas como las más eficaces contra la posible invasión microbiana, debemos aceptarlas en la práctica SIEMPRE QUE PODEMOS CONSEGUIRLAS EN PERFECTAS CONDICIONES* para defendernos, sea del germen diftérico, ahora, ya del *estreptococcus erisipelatosus*, que tantos disgustos ocasiona, ya del temible bacillus escariatinæ de Eclington, ó del bacilo de Nicolaier, que mata con su tétanos horrendo, como ha ocurrido poco ha á un inteligente compañero, siquiera sean rarezas clínicas.

¡Hay tantos enemigos invisibles en el ambiente ó en los mismos órganos genitales de la parturienta, que acechan el menor descuido! Buscan las condiciones favorables para su pululación y hasta de inofensivos se forman patogénos, como es sabido de ciertos diplococos y otras especies.

Precisamente de estas verdades, hoy aceptadas y aprobadas por la clínica y el laboratorio, nace la pregunta que me permito hacer á la Academia y es la siguiente:

¿Puede estar convencido que cumple estrictamente con su deber profesional el práctico que pudiendo utilizar *en perfectas condiciones* esos medios reputados como eficacísimos en favor de la salud de sus púerperas, no recurre á ellos por optimismos unas veces y por pesimismo de escépticos otros?

O en distintos términos:

¿Deberá sentir remordimientos el tocólogo á quien se le muestra una púerpera de infección, en cuya enferma no se cumplieron en todo momento, *pudiendo realizarlas bien*, todas las prácticas profilácticas reconocidas hoy como las más eficaces contra las invasiones microbianas?

Ruego á la Academia su autorizadísima opinión sobre este punto, transcendente en grado sumo, pues ya manifesté en otras ocasiones y hoy lo repito, que vengo aquí á aprender siempre.

Academia Quirúrgica Española

Dr. J. Ratera. Dos casos de cálculos renales con presentación de radiografía.

Dos son los tipos clínicos de cálculos renales que el diagnóstico clínico y radiográfico muestran.

Es el primero el constituido por la presencia de un cálculo grueso voluminoso, central, sin tendencia al desplazamiento, en el cual no ocurren desprendimientos parciales de arenillas ó pequeños fragmentos. Los enfermos sólo sienten una sensación de peso y tensión dolorosa intermitente, situada en la región lumbar; no tienen cólicos nefríticos, y el cateterismo uretral proporciona en la mayoría de los casos orinas en las cuales el análisis no es suficiente para pensar en la existencia de un grueso cálculo.

El otro tipo clínico es, por el contrario, el constituido por cálculos pequeños con tendencia al desplazamiento, situados en la pelvis renal abocando al ureter, que origina ya cólicos nefríticos por desprendimientos de pequeños cálculos, ya un estado constante de cólico subagudo, por decirlo así; los enfermos son continuamente presa de molestias acentuadas, dolorosas, muy aumentadas por el ejercicio, con intervalos de mejoría y agravación, y estos síntomas no tienden sólo á desaparecer, sino más bien á ir aumentando continuamente.

A estos dos tipos clínicos tan opuestos, responden las dos ra-

diografías que tengo el honor de presentar á la Academia, la primera de ellas se refiere á un enfermo con cálculo voluminoso en el riñón izquierdo, redondeado, imitando en algunas expansiones que tiene, la forma de los cálices renales y que topográficamente puede considerarse mejor que como central, reemplazando el sitio ocupado normalmente por el riñón, el cual seguramente se halla formando una envoltura periférica al cálculo. En este enfermo, sólo se acusaban de vez en cuando molestias tan escasas y poco duraderas, que no hacían sospechar se trataba de un cálculo renal tan voluminoso.

La segunda radiografía pertenece á otro enfermo, en el cual se hallaban ya de manifiesto y mucho tiempo antes los síntomas de la litiasis renal. El enfermo enviado por el Dr. González Bravo, ofrecía el aspecto de una persona agobiada por largos sufrimientos, lo que hacía presumir de antemano la existencia del cálculo renal y así lo indicó la radiografía del riñón izquierdo; se apreció en ella la existencia de un cálculo de tamaño aproximadamente al de una moneda de una peseta, el cual, por su situación entre la primera y segunda vértebra lumbar y su proximidad á ellas (á 2 centímetros de cuerpo de las vértebras) indica bien claramente su localización en la pelvis venal, abocando al ureter.

La demostración mediante la radiografía, de tales cálculos, es por demás importante, y ella sola da en muchos casos la clave de los padecimientos y síntomas que padece un enfermo, permitiendo reconocer *de visu* la existencia, número, forma y demás detalles de cálculos imposibles de diagnosticar y menos de precisar sus caracteres por ningún otro procedimiento, por lo cual figura, y con razón, en primera línea este de la exploración por la radiografía.

El DR. GOYANES: Tomo la palabra para estimular al autor para que amplíe su interesante exposición. En realidad el primero que hizo radiografías en España, fué el doctor Decref en casos míos. La radiografía tiene un valor extraordinario en el diagnóstico de los cálculos, es aun de mayor objetividad que la cistoscopia y el cateterismo ureteideo.

Es preciso hacer una exploración radiográfica completa de las regiones renales y uretéricas antes que desechar el diagnóstico de cálculo; así en un caso mío, la radiografía del riñón no dió

cálculo, pero insistiendo yo en el diagnóstico, se hizo una nueva radiografía de la región uretérica, y en ella se vió ya el cálculo. En otro comprobóse la existencia de cálculo, practicóse la radiografía y apareció en ella una sombra correspondiente á la pelvis renal, la cual, según demostró la operación, era debida á un rabillo arenoso úrico. La radiografía es tan segura para el diagnóstico de los cálculos del riñón, que creo debe desecharse este diagnóstico cuando aquellos no aparezcan en la placa, después de una exploración detenida de las regiones renales y uretéricas.

DOCTOR A. G. PRATS.

(Profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona)

Revista de Revistas.-Bibliografía

1) **Dr. Commandeur.** Tratamiento de la eclámpsia.

Las investigaciones de estos quince últimos años referentes á la patogenia de la eclámpsia no han determinado la orientación de la terapéutica en el sentido de una indicación verdaderamente causal. El tratamiento es aun pura y exclusivamente sintomático. El solo tratamiento verdaderamente eficaz es el profiláctico.

Los progresos realizados son, sobre todo, de orden quirúrgico. Consiste en la mejora de la técnica de la cesárea vaginal para la evacuación rápida del útero y en la introducción en la terapéutica de la decapsulación del riñón para luchar contra la anuria eclámpsica.

En el terreno médico, el renacimiento de la sangría constituye el hecho más saliente. Las medicaciones nuevas propuestas están en experimentación. No podemos aún opinar sobre el valor terapéutico de los extractos tiroidianos ó paratiroidianos. Las inyecciones de agua salada se consideran por algunos como perjudiciales á causa de la hipertensión que provocan; no sucede lo mismo con el agua azucarada.

La acción curativa de la punción lumbar no está aún demostrada; produce efectos inconstantes y sólo sobre los síntomas cerebro-meningeos. Puede dar interesantes indicaciones pronósticas.

Para el tratamiento obstétrico, la situación actual está caracterizada por el gran favor de que goza en Alemania el parto rápido inmediato en las eclampsias del embarazo y del principio del parto. Las estadísticas en que se apoya la demostración de su superioridad sobre el tratamiento llamado expetante, no son tan convincentes como parecen á primera vista. Su práctica sistemática conduce á numerosas



BIBLIOTECA
MUNICIPAL
MADRID

operaciones inútiles. Entre la terapéutica expectante y la activa por el parto inmediato, hay un término medio en que la intervención depende del aspecto clínico de la enfermedad.

La cesárea vaginal, si bien no parece presentar inmediata gravedad *quod vitam*, es, sin embargo, una operación seria por los accidentes operatorios que pueden presentarse (extensión de las incisiones, hemorragias después del trabajo, heridas de la vejiga). El porvenir obstétrico de las mujeres que la han sufrido es incierto. Constituye, sin embargo, *en el caso de cuello entero y rígido*, el mejor medio para evacuar rápidamente el útero, de preferencia á la divulsión manual ó instrumental, ó á la cesárea abdominal que puede convenir á ciertos casos particulares.

La decapsulación renal con ó sin nefrotomía, á pesar de la gran mortalidad que da, merece quedar en la terapéutica de la eclampsia *pos partum*. Está indicada solamente contra las perturbaciones graves de la secreción urinaria, particularmente la anuria persistente. Su acción sobre la diuresis es cierta; influye también favorablemente sobre la desaparición de los edemas.

Deben formularse las más grandes reservas sobre la oportunidad, legitimidad y eficacia de la ablación de las glándulas mamarias.

2) P. N. Divaris. Pneumonías gripales.

En la época en que teníamos el honor de asistir á la clínica de la *Pitié* un individuo de 40 años que padecía de tiempo una enteritis pseudo-membranosa, fué atacado de gripe bajo forma de gastro-enteritis. Las materias fecales son muy abundantes á veces sanguinolentas; la defecación se efectúa con gran sufrimiento, la tos es breve y empieza el coryza.

Después de algunos días todos estos fenómenos desaparecen, excepto el coryza, que persiste con caracteres purulentos y tal intensidad que el enfermo se ve obligado á acostarse de cara á causa de la secreción mucu-purulenta que desciende á lo largo de la faringe y provoca paroxismos. Por fin, después de haber lavado varios días las cavidades nasales con agua boricada este coryza cedió.

La inflamación de la membrana de la laringe se declara por una tos seca y una voz gutural, por la presencia de una verdadera laringitis aguda, por la rubicundez é hinchazón de la membrana de los cornetes como también de la del aritenoides; á medida que la inflamación se extiende á la tráquea y gruesos bronquios, la tos aumenta y se dificulta la respiración. A la auscultación esta es ruda con sibilantes reparti-

dos en todo el pecho. En ciertos casos de M. Dufflock, los fenómenos laringicos son tales, que producen edema de la epiglotis produciendo la afonia y la dificultad en la respiración. Después de dos ó tres días estos fenómenos desaparecen súbitamente.

La bronquitis se presenta á veces durante el curso de la grippe, con suma rapidez, sobre todo en los enfisematosos, cardíacos y albuminúricos, en los cuales toma en ocasiones el carácter de bronco-pneumonía, según M. Barth.

La bronquitis, ora es de pequeña intensidad, ora se generaliza y dura cierto tiempo, con dificultad de respirar bastante grande y derrames purulentos pericidos á los de las cavernas pulmonares. Ataca á veces las últimas ramificaciones bronquiales y tenemos entonces la llamada bronquitis capilar.

La pneumonía se encuentra muchas veces en el curso de la grippe á causa de que el pulmón bajo la influencia de esta enfermedad se hace un terreno muy propio para el cultivo del pneumococo.

El profesor Jaccoud insiste mucho sobre este punto y ha reunido 38 observaciones de pneumonía en el período de una pequeña epidemia de grippe en París en 1885. Admite que las pneumonías propagadas en tiempos de epidemia grippe, se dividen en dos categorías: unas que aparecen bajo la influencia de la grippe, y se llaman por esto pneumonías gripales, otras más graves se presentan en individuos no atacados por la enfermedad.

Estas ideas de M. Jaccoud acerca de las relaciones existentes entre la grippe y la pneumonía, están lejos de ser admitidas por otros sabios ilustres que han tratado de la grippe, tales como M. Fühckler, que ha encontrado durante la reciente epidemia 45 casos de pneumonía que ha llamado bastarda, cuya causa era el estreptococo.

Sea de ello lo que fuere, la sintomatología de las pneumonías gripales difiere de la de las pneumonías francas.

La tos es á veces tan débil que la lesión de los pulmones sólo se conoce por la dificultad respiratoria, la fiebre y las expectoraciones á veces abundantes. Aparte de esto, con la pneumonía parcial se puede observar la pneumonía de la otra mitad opuesta.

El aspecto de ésta es notable por su carácter infeccioso, la debilidad prematura que produce, la abundancia de la albuminuria y las complicaciones no pulmonares.

3) Tratamiento de la blenorragia.

Multa renascentur quæ jam cecidere... Los viejos tratamientos con-

sagrados por la experiencia, solo ceden á la moda por poco tiempo. Pronto recobran en la terapéutica el lugar que deben legítimamente ocupar. Así, en el tratamiento de la blenorragia, el uso de los balsámicos después de haber sido suplantado por los lavajes, vuelven hoy de un modo definitivo.

*
* * *

Por mucho tiempo el tratamiento de la blenorragia y de sus complicaciones vesicales y renales se limitó á la administración de cubebas, copaiba y sándalo, solo ó combinados. Fracasos, debidos más al modo como se administraban que á los medicamentos, hicieron que abandonasen los balsámicos por los lavajes, uretrales y vesicales. No debemos insistir sobre la técnica de éstos, que es de todos conocida. Si los lavajes son útiles, en cambio presentan grandes inconvenientes cuando no los hacen manos expertas: hay enfermos que lo practican ellos mismos de un modo defectuoso; ya inoculan su uretra posterior y su vejiga y de un mal banal pasa á una cistitis que puede complicarse de pielonefritis ó de infección general; ya prolongan los lavajes indefinidamente y substituyen á una uretritis microbiana, una uretritis medicamentosa que no es menos tenaz. Los lavajes que requieren gastos y tiempo si han de practicarse bien, caen en desuso á medida que la administración de los balsámicos mejor comprendida y ordenada se hace más práctica y eficaz.

*
* * *

Los diferentes balsámicos no poseen igual valor terapéutico.

La copaiba y el cubebas son á veces mal soportados por el tubo digestivo. Su acción anti-blenorrágica es bastante escasa, si nó dudosa.

Mejor tolerado por el estómago y el tubo digestivo que los precedentes balsámicos es la *esencia de sándalo*, que á no ser á dosis exageradas no produce accidentes en las vías urinarias, excepto los dolores de la región dorso-lumbar, á veces tan violentos que obligan á suspender la medicación.

Muchos autores atribuyen al sándalo una real superioridad sobre otros balsámicos.

Se obtiene gran ventaja reemplazándolo por otra substancia, el *santalol*, alcohol sesquiterpénico que representa el principio activo especial de la esencia de sándalo y que no presenta sus inconvenientes.

Se reconoce también á los antisépticos urinarios gran eficacia en el tratamiento de la blenorragia. Están indicados desde el principio

de la afección, así como en el curso de la enfermedad y al final. Son más eficaces unidos á los balsámicos. Entre los más activos figuran la urotropina y el salol.

GUIARD ha confirmado recientemente en un importante artículo de las *Annales de Maladies genito-urinaires* los buenos resultados obtenidos por el empleo de la urotropina preconocida principalmente por Nicolaïer (de Gottingue).

Se sabe que la urotropina es una combinación de aldehído fórmico y amoniaco. Administrada por vía bucal, pasa rápidamente á las orinas donde se descompone dejando en libertad el aldehído fórmico que es un poderoso antiséptico. Durante su corto paso á través del aparato urinario manifiesta de este modo sus notables propiedades terapéutica.

Transforma la orina en un medio impropio para el desarrollo microbiano. También es un maravilloso medicamento contra todas las infecciones del aparato urinario, desde las pielonefritis hasta las uretritis. Obra igual sobre las vanales que sobre las específicas, tales como la blenorragia.

Contra esta última infección puede aumenrarse notablemente su acción, añadiéndole el salol que se desdobra en el intestino en ácido salicílico y fénico y el santalol; el primero ejerce su acción antiséptica general; el segundo la específica contra el gonococo.

La combinación de estos tres medicamentos constituye la *Eumictine*, que es el tratamiento de la blenorragia por excelencia, pudiendo emplearse también en todas las infecciones de un punto cualquiera en las vías urinarias.

*
**

Así comprendido, y la experiencia demuestra su eficacia, el tratamiento de la blenorragia que comprende además de la administración de la *Eumictine*, medidas higiénicas y dietéticas, se resume en las prescripciones siguientes:

- 1.º Durante la primera semana cuando el pus es abundante, andar lo menos posible;
- 2.º No beber alcohol bajo ninguna forma. Tómese leche, thé, agua de Vichy ó de Vals, etc.;
- 3.º Evitar toda relación sexual hasta que el médico haya anunciado la curación, pues la enfermedad puede contagiar aún después de haber cesado todo el flujo. Además, evitese toda excitación sexual, pues las erecciones agravan siempre la enfermedad.

- 4.º Lavarse las manos después de un contacto con los genitales, pues el pus llevado al ojo puede determinar la ceguera;
- 5.º Acostarse solo y tener cuidado de que nadie se sirva de los objetos de la *toilette* del enfermo, esponjas y tohallas sobre todo.
- 6.º No prestar ningún instrumento utilizado en la curación, sino destruirlo.
- 7.º Ir al retrete todos los días, sin llegar nunca al estreñimiento.
- 8.º No usar mostaza, pimienta ni ningún picante.
- 9.º Tomar desde el principio de la afección de 8 à 12 cápsulas de *Eumictine*.

4) Dr. Rudaux. La colecistitis gravídica.

Esta grave complicación del embarazo aparece habitualmente en un período avanzado del embarazo (octavo ó noveno mes). Los accidentes que la caracterizan han sido precedidos de ordinario por trastornos gástricos, por un estreñimiento tenaz y hasta por crisis de cólicos hepáticos franeas ó bosquejadas; otras veces son accesos febriles ó dolores abdominales lo que se advierte en los antecedentes y, por último, pueden éstos no existir y ser el principio brusco é inesperado.

Una vez presentada la colecistitis se acompaña de dolor en el hipocondrio y flanco derecho con exarcebación al menor movimiento, de vómitos alimenticios y biliosos, alternativas de estreñimiento y diarrea, tinte subictérico, etc.; la temperatura oscila entre 38º, 5 y 40º y el pulso, pequeño y débil, alcanza à 120 y 140 pulsaciones por minuto. La región hepática está dolorosa, existiendo defensa muscular, y el dolor máximo se encuentra à nivel de la décima costilla derecha y se irradia hacia el epigastrio. Cuando el útero no está demasiado desarrollado, se siente por la palpación un tumor de forma ovoide, consistencia dura y à veces fluctuante, cuya extremidad superior se continúa con la glándula hepática.

La curación espontánea es rara, la vesícula está en la cavidad peritoneal y de aquí peritonitis aguda rápidamente mortal. Cuando durante ataques inflamatorios han tenido tiempo de organizarse adherencias, sea con la pared abdominal, sea con uno de los órganos inmediatos, el contenido de la vesícula se evacuará fuera ó en una víscera y lo más frecuentemente en el intestino.

Puede repercutir sobre el embarazo esta enfermedad y determina un parto antes del término comprometiendo, como se comprende, la vida del feto.

El tratamiento puede considerarse como preventivo ó como curativo. El preventivo consiste en vigilar el buen funcionalismo del intestino por el empleo frecuente de laxantes; en tener un régimen alimenticio severo y poco abundante en el que se eximirá la caza, embutidos y todas las carnes putrescibles y fermentadas, y en seguir ciertas reglas higiénicas, como ejercicio diario, abolición de prendas de vestir constrictivas, (corsé, cintura apretada, etc.)

El tratamiento curativo médico, consistía: en la instauración del régimen lácteo, que introduce en el intestino un alimento aséptico al mismo tiempo que diurético, y en administrar preparaciones antisépticas-colagogas, como los calomelanos, á dosis diaria de 0,01 gramos á 0,05 gramos, el salol ó los salicilatos.

Si el estado general se agrava, es necesario recurrir á la intervención quirúrgica, que se llevará á cabo incindiendo la vesícula biliar y fijándola á la herida cutánea. Pónese después un desagüe, que cuando se quita es raro que deje fistula, lo que suele depender, cuando sucede, de algún cálculo biliar enclavado en el conducto cístico con obliteración del mismo, impónese entonces nueva intervención para quitarlo, y en algunos casos para hacer la extirpación de la vesícula biliar.

5) **Dr. C. B. Burke.** Un nuevo signo reflejo diagnóstico de la ebertheriosis.

Su técnica es sencilla: El brazo del enfermo se desnuda hasta el hombro; el médico coloca sus dedos pulgar y medio derechos en forma de herradura cojiendo el biceps descubierto del enfermo; ejerce así presión fuerte con dichos dedos separando la mano mientras continúa apretando si existe el reflejo nótase contracción fibrilar en la porción del biceps apretando con los dedos, formándose arruga oval sin contracción acabada del músculo, arruga que tarda en desaparecer.

Este signo debe considerarse como patognomónico, puesto que cuando no existe puede afirmarse que la enfermedad no es fiebre tifoidea. Se halla en relación con la virulencia de la infección, llegando al máximun en el período de apogeo de la fiebre y disminuyendo al principiar la convalecencia. Es tanto más pronunciado y duradero cuando más virulenta es la infección, de modo que constituye un signo importante para el pronóstico.

El fenómeno es debido, según toda probabilidad, á la irritación de los nervios periféricos causada por algún agente tóxico. La toxina,

elaborada por el bacilo de Eberth, tiene una acción electora sobre el sistema nervioso y obra como irritante director de los nervios periféricos, ocasionando así el reflejo referido.

El reflejo en cuestión se ha observado, no sólo en la fiebre tifoidea sino también en la senectud con caquexia, en el reumatismo blenorragico, en la diabetes, en la septicemia, en la tuberculosis pulmonar, en el carcinoma y en la apendicitis, pero en ninguna de estas afecciones con la constancia que en la fiebre tifoidea, pues fué positivo en 260 casos examinados.

Bibliografía

Tratado de Medicina, por Enriquez, Laffite, Bérge y Lamy, médicos de los hospitales de París.

Extensa obra de Patología interna traducida del francés, por el Dr. D. Manuel Salvat, editada por la renombradísima casa editorial de Salvat y Compañía, y que consta de cuatro tomos.

El primer tomo describe las enfermedades infecciosas (exponiendo en este capítulo el mecanismo íntimo de la inmunidad, según la genial concepción de Ehrlich) las enfermedades parasitarias y las del tubo digestivo (boca, esófago, estómago é intestinos.)

El tomo segundo trata de las enfermedades del hígado, riñones, bazo, páncreas, peritonéo, las de las glándulas de secreción interna (cápsulas suprarrenales; mixedema espontáneo y operatorio, bocio exoftálmico y acromegalia) enfermedades de la nutrición y las intoxicaciones.

El tomo tercero contiene las enfermedades del aparato respiratorio (corazón, pericardio, arterias, venas y de la sangre) y las del aparato respiratorio (naríz, laringe, bronquios, pulmón y pleuras).

El tomo cuarto se ocupa de las enfermedades del sistema nervioso.

La mayoría de los asuntos de que trata esta obra, lo está de una manera magistral, y por no citar más, bastaría para darle nombre, el extenso capítulo en que se ocupa de la apendicitis, magníficamente escrito; el de la enterocolitis muco-membranosa (que denomina colopatía muco-membranosa) el extenso capítulo

de las nefritis; el que trata de los procedimientos de exploración del hígado, todas las cardiopatías descritas con una extensión y con lujo de detalles verdaderamente prolijos; las enfermedades de las pleuras, la sintomatología del sistema nervioso, que comprendía cuanto se conoce hasta el día y otros muchos asuntos que no citamos por no cansar al lector.

En suma, una obra perfectamente documentada, muy moderna, pues no falta un detalle de lo conocido hasta hoy y que puede figurar dignamente en la biblioteca de todo médico que quiera estar al corriente de los adelantos de la Medicina.

Sección Profesional

COTRA LA TUBERCULOSIS

Constitución de la Junta de Defensa en Vizcaya.—De siete á ocho y media de la noche de ayer, y convocada y presidida por el gobernador civil señor Novella, se celebró, en su despacho oficial, la reunión anunciada por toda la prensa bilbaina.

El señor Novella se mostró congradulado y agradecido de que todas las personas por él convocadas—excepción hecha de cuatro ó cinco que habían excusado su falta de asistencia por motivos bien justificados, estuvieran allí presentes.

Encareció la necesidad de que en esta provincia tuviera cumplimiento la laudable disposición dictada el año 1908, y se constituyera, por lo tanto, la Junta de Defensa contra la tuberculosis, la cual había de realizar, seguramente, una obra de excelsa magnitud, teniendo en cuenta tres circunstancias importantísimas:

Primera. Que Vizcaya viene dando un grande y muy doloroso contingente á la terrible enfermedad que desde hace años motiva la especialísima atención y los más nobles esfuerzos de los Gobiernos y de los hombres de ciencia de todos los países cultos.

Segunda. Que Vizcaya tiene á su frente una Diputación cuyo interés y altruismo en este asunto, están bien demostrados con la generosa iniciativa, ya en vías de activa ejecución, de la creación de un magnífico Sanatorio en Górliz, obra de admirables previsiones para combatir, en los seres infantiles, los gérmenes de la tuberculosis.

Y tercera. Que hay aquí por parte de las autoridades de todos los órdenes, verdadero culto por la higiene, y existe también un ambiente de sentimientos humanitarios y caritativos, del cual ofrecen la más hermosa idea las fundaciones benéficas de todas las clases que dan extraordinario prestigio á nuestra provincia.

Puso de manifiesto el señor Novella la importancia que en el movimiento antituberculoso tiene los Dispensarios y habló de los que

hace tiempo funcionan en Madrid, bajo el alto patrocinio y la más cariñosa atención de las reinas doña Cristina y doña Victoria. Indicó que, contando desde luego con alguna ayuda material del Estado—pues hay presupuestada cierta cantidad para estas fundaciones—podrían crearse aquí dos Dispensarios donde los tuberculosos incipientes y faltos de recursos encontrarán gratuitamente la acción del médico, la de las medicinas necesarias y la de una buena alimentación.

Dijo que, como ocurre en Madrid y en otras partes, estos Dispensarios debían ser patrocinados por el bello sexo que en la alta sociedad de Bilbao ostenta continuamente una brillante aureola de ternura y de caridad. Recordando la participación que la señora condesa de Rodas, y la esposa del expresidente de la Diputación, don Luis de Salazar, tuvieron en el acto de colocación de la primera piedra del del Sanatorio marítimo de Górliz, indicó esos prestigiosos nombres para las presidencias de las juntas de damas de los Dispensarios vizcaínos.

Se extendió en otras acertadas consideraciones y dió lectura de los nombres de caracterizados convecinos nuestros que podrían constituir desde luego la Junta provincial antitubercusa y la Comisión ejecutiva de la misma, Comisión sobre la cual habrá de pesar, desde el primer instante, el trabajo de organización de todas las tareas que han de conducir al resultado apetecido.

Pidió, por último, á todos los presentes que propusieran las ampliaciones y modificaciones que creyeran oportunas en la lista de nombres leídos y que formularan opiniones que él consideraría superiores á las suyas, si de éstas se apartaban, puesto que había allí personas de gran autoridad social y científica. Hizo una especial alusión á los doctores don Francisco Ledo y don Emilio Castiella, que habían ostentado honrosas representaciones en el primer Congreso internacional contra la tuberculosis que se celebró en Barcelona, teniendo á la vez el primero de dichos señores, larga historia de brillantes trabajos en la especialidad de que se trataba.

El doctor Castiella, respondiendo á la invitación del presidente del acto, hizo manifestaciones del firme convencimiento que tenía acerca de la imperiosa necesidad—hace tanto tiempo sentida aquí—de una constante, de una poderosa obra de divulgación de las causas y los efectos del mal aterrador; de una obra de cultura realizada en la Escuela, en el taller, en el hogar doméstico, en la tribuna pública, en la prensa y también por medio de folletos y de hojas sueltas. Consideró que sobre esta base preliminar debía descansar la fundación de los Dispensarios y que éstos habían de estar dotados de los más poderosos medios de auxilios y protección á los desgraciados.

El señor Ledo, manifestándose conforme con cuanto había dicho el gobernador civil, que es distinguido médico, y mostrándose en gran parte identificado con el doctor Castiella, hizo una calurosa defensa de la necesidad de acometer cuanto antes definitiva, simultáneamente, la obra de la divulgación escrita y oral, y la obra de los Dispensarios.

Expuso en síntesis la obra de conjunto, y de grandes energías realizada en los últimos años en Alemania y en Inglaterra. Hizo con elocuentes frases el elogio de la institución que se iba á fundar, declarando su ardiente fé en que no han de faltar aquí, para esta humanitaria empresa, ninguna de las tres cosas que se necesitan, y que son: dinero, cultura y altruismo. Robusteció sus afirmaciones con argumentación poderosa y señalando como un importante punto de la tarea á realizar la imprescindible mejora de las pésimas condiciones que reúnen muchísimas viviendas de la clase pobre, terminó mostrando su completa confianza en la nueva prueba de sentimientos caritativos que ahora, como en tantas ocasiones anteriores, dará el noble pueblo de Bilbao.

El señor Novella recogió con sincero aplauso las manifestaciones de los señores Castiella y Ledo, y amplió las suyas anteriores en el sentido de que se extiendan los beneficios de la obra antituberculosa á un par de pueblos de la costa, que por condiciones topográficas y por otras causas son una excepción, en lo que respecta á higiene y salubridad, del resto de los pueblos de la provincia, en los que él ha podido apreciar en sus visitas de inspección, celo admirable en la adopción de medidas higiénicas.

Preguntó finalmente á los reunidos si estaban conformes en absoluto con todo lo tratado, y se contestó afirmativamente.

Así se dió por terminada la reunión, quedando constituida la Junta provincial antituberculosa en la siguiente forma:

Presidente honorario, don Manuel Novella, gobernador civil de Vizcaya.

Presidente efectivo, don Benigno de Olavarrieta, presidente de la Diputación.

Vicepresidente primero, don Federico Moyúa alcalde de Bilbao.

Idem segundo, doctor don Enrique de Areilza.

Secretario general, don Francisco Ledo.

Idem de actas, don Luis de Larrinaga.

Tesorero, don Pablo García Ogara.

Contador, don Domingo Pascual.

Vocales: don Emilio Castiella, don Teodoro Aparicio, don Enrique García Ancos, don Enrique Alberca, don Tomás Camacho, don Ramón San Pelayo, don Luis Salazar, don Gregorio de la Revilla, don Jaime Aguirre, don Enrique Careaga, don Gabriel de Ibarra, conde de Aresti, don Isidoro Montealegre, don Fernando Landecho, don Eugenio Picaza, don Camilo Castells, don Felipe Llano, don José Carrasco y don Filomeno Soltura.

Del seno de esta Junta quedó formada la Comisión ejecutiva, siendo designados:

Presidente: don Benigno de Olabarrieta.

Secretarios: don Francisco Ledo y don Luis Larrinaga.

Vocales: don Enrique de Areilza, don Eugenio Picaza, don Gregorio de la Revilla, don Luis de Salazar, don Pablo García Ogara, don

Enrique Alberca, don Domingo Pascual, Don Enrique Careaga y don Tomás Camacho.

Antes de ser levantada la sesión, se trazó á grandes rasgos el plan de la nueva entidad constituída, acordándose que fuera:

Creación de los dos Dispensarios antituberculosos de Bilbao.

Fundación de patronatos de damas para cada Dispensario.

Estudio de implantación de un Sanatorio en alguno de los pueblos cuya densidad de población lo reclame, ya que de algunos se reciben datos de importancia sobre casos de tuberculosis.

Creación de otros Sanatorios en los puntos más importantes de la región, con destino á todos los pretuberculosos de los pueblos.

Finalmente se acordó que la Junta provincial y el Comité Ejecutivo se reúnan independientes entre sí, y que la primera reunión del Comité se celebre en breve, previa convocatoria.

«A. P. M.» **Novena sesión de estudios.**—La novena sesión anual de estudios de la *Asociación Internacional de Perfeccionamiento Científico* («A. P. M.»), patrocinada por el Gobierno francés, tendrá lugar desde el 10 de Agosto al 6 de Septiembre de 1912, en los *Países Balcánicos*, en *Turquía* y en *Grecia*.

La apertura de los trabajos será verificada en *Aix les Bains*.

El Congreso seguirá el itinerario siguiente: *Venecia, Trieste, Agram, Belgrada, el Danubio (río abajo), Paso de Kazán, Puertas de Hierro, Bucarets, Sofia, Constantinopla, Hitilena, Esmirna, Atenas, Eleusis, Olimpia, Corfú*. La sesión final tendrá lugar en *Evián*.

Los colegas deseosos de presentar Comunicaciones ó Informes (Medicina y Cirugía generales ó especiales y ciencias anexas, higiene en todos sus ramos, profilaxis, asistencia) se servirán dar aviso *sin demora* á la Casa Central.

El programa detallado del Congreso aparecerá en el número de Enero de 1912 de la Revista de la Asociación, el cual constituirá un número especial.

Este se envía franco certificado para el extranjero se remitirán 9 cupones-respuestas internacionales ó bonos postales de 1 franco 60.

Para cualquier dato, escribir acompañando estampilla ó cupón-respuesta ó presentarse los *Miércoles* y *Sábados*, de 3 á 4 p. m. ante el Presidente de «A. P. M.» en la Casa Central, 12 Calle François Millet, Paris.—*El Secretario General*, Dr. CHISLAIN HOUZEL