

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRURÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XIX

Bilbao—Marzo—1913

Núm. 219

Sumario

El agua, el tífus y la sueroterapia antitífica en Bilbao. Disertación del Sr. Unibao.

F. de Franzadl.—Relación antropométrica tradicional en Indo-China.

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao: Acta de la sesión celebrada el día 17 de Enero de 1913.

Revista de Revistas: 1) Profesor L. Renán. Valor teórico y valor práctico del Neumotórax artificial en el tratamiento de la tuberculosis.—2) Congresos de médicos en Cataluña y pueblos que hablan la lengua castellana.—3) XI Congreso internacional de Francia.—4) V Congreso internacional para asistencia á los alienados.—5) XII Congreso internacional de Oftalmología.

El agua, el tífus y la sueroterapia antitífica en Bilbao

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

SEÑORES:

Si hasta aquí se han podido esperar con intensa curiosidad las manifestaciones científicas que pudieran haber aportado los distinguidos compañeros y amigos que me han precedido en el uso de la palabra, esta curiosidad ha desaparecido por el momento; porque es tanto el caudal de conocimientos que aquí se han traído por los distintos señores, que están cerrados todos los caminos para que un nuevo disertante venga aquí con pretensiones de emitir nuevos juicios; pero si esta curiosidad no existe para nuevas ideas, en cambio existe, y grande, para oír las rectificaciones, y en particular para saber las conclusiones que esta Academia emita á su final.

Se dirá (y se dice) que en esta Academia se discute todo y que siempre lo pasamos discutiendo; no es cierto; pero si así lo fuera, no indicaría eso más que un elogio para la Academia y los Académicos que, apartándose de datos, van detrás de la verdad científica, muy al contrario, en mi sentir, de las palabras del Sr. Martín Martínez, que nos decía el Sr. Areilza: «de que los médicos pasan la vida pensando en creer que saben». Esto, acaso,

sea cierto cuando salimos de las Aulas con un bagaje teórico de conocimientos; pero al poco tiempo de llegar á la piedra de toque de la Clínica, nos persuadimos desgraciadamente del error en que estábamos y no tenemos otro remedio que acrisolar aquellos conocimientos en la propia observación y experimentación, que son muy diferentes de lo que imaginariamente concebimos.

Los datos aportados aquí son de tal naturaleza, que elevan á esta Academia de una manera palmaria, reconociéndola como tal, más fuera de aquí que en esta localidad.

A la sazón de concurrir á Madrid como Delegado del Excelentísimo Ayuntamiento de Bilbao en el Congreso Internacional de Medicina, tuve ocasión de oír de labios tan autorizados como los de D. Rafael Ulecia, Director de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, conceptos tan laudatorios y palabras tan lisonjeras para esta entidad, que me hicieron comprender el concepto tan elevado que de esta Academia tenía el dicho ilustrado compañero.

Efectivamente, señores; podrá no haber en esta Academia estrellas de primer orden en la Ciencia médica, pero hay una cultura media que para sí quisieran otras entidades congéneres. ¿Es esto una manifestación de vanidad? No; ésta es una verdad, y precisamente las manifestaciones que aquí se han aportado en la discusión del tema iniciado por el Sr. Ledo, así lo acreditan.

Yo podía haber pasado perfectamente sin intervenir en el debate; pero he creído fuera una descortesía á mis compañeros el así hacerlo al haber sido aludido directamente por los Sres. Ledo y Arístegui, é indirectamente por el Sr. Bolívar.

Héme, pues, aquí á dar mi opinión en este asunto, pero bien entendido que repitiendo las frases de Duclaux: «Como siempre me dirijo á las opiniones, confío en que nunca ataco á las personas; la crítica de las ideas es uno de los derechos de la Ciencia, que no progresaría si se viera forzada á conformarse con todo lo existente».

Concepto etiológico

No se ha sustraído Bilbao este otoño al modo de ser de todos los otoños anteriores; antes por el contrario, en esta ocasión se han exacerbado las infecciones intestinales hasta constituir, en mi concepto, un estado epidémico; epidémico sí, que no de otra ma-

nera debo yo calificarle, aun cuando esta epidemia haya sido poco intensa y poco expansiva, debido principalmente á la calidad del vehículo causante de la infección, que ha hecho que estas enfermedades en esta ocasión hayan tenido un carácter aristocrático. Y ya se sabe lo que esta palabra significa hoy socialmente. La difteria amenaza la vida de muchos niños, mientras el sarampión les diezma; la tuberculosis sigue haciendo sus estragos, y de eso solamente los médicos y las familias á quienes afecta el caso nos damos cuenta; pero llega en esta ocasión una infección con el alimento que el aristócrata se satisface, y á una invasión sigue otra y á ésta otra más, hasta un número lo suficiente grande; un número de defunciones acompaña á este estado de cosas y la opinión teme y en los Círculos y en las conversaciones particulares no se habla de otra cosa. La causa se desconoce; pero como hay que achacarlo á algo, y ese algo en algunas ocasiones ha sido el agua, el agua sufre el anatema de contaminada.

Las propias autoridades participan de esta opinión...; pero aquí, señores, necesitase hacer una aclaración. Yo he entendido siempre que en las cuestiones sanitarias, y sobre todo en las epidemias, se hace necesario por todos ser sumamente discretos para no infundir temores en la opinión sin tener seguridad en todos los extremos que á la epidemia se refieran; pero si esta discreción se impone á todos, y sobre todo á los médicos, mucho más estos razonamientos deben afectar á las Autoridades, que son las que han de cristalizar en la verdad de las cosas las opiniones que pudieran existir.

En la capital de la Nación, y por el propio Gobierno, se niega la existencia de un estado epidémico análogo; en cambio, aquí las cosas se suceden de otra manera. El día 24 de Enero el Sr. Gobernador civil dirigía al Sr. Alcalde de esta Villa la siguiente comunicación:

«La persistencia con que en esta capital sigue ocasionando diarias víctimas el tifus, especialmente en su forma dotiententérica, ha llegado á hacer preciso la acentuación en grado máximo de todas las medidas profilácticas adecuadas para combatir tan pertinaz como gravísima epidemia. Por esto me creo obligado á recordar á V. S. la imprescindible necesidad del cumplimiento de lo ya prevenido en mi comunicación de fecha 25 de Octubre

último, referente á la conveniencia de que se proceda, con actividad y esmero, en el Laboratorio Municipal, al análisis diario químico y bacteriológico, de las aguas potables utilizadas por los habitantes de Bilbao, de cuyo resultado tengo dada la orden de que se me remita cotidianamente la correspondiente nota.—Ha llegado también el caso de que se proceda urgentemente, por quien corresponda, al análisis aislado ó parcial de cada uno de los afluentes que surten el depósito de Larrasquitu, á fin de averiguar y aislar, si fuese necesario, aquél ó aquellos de donde proceda las causas de las multiplicadas infecciones intestinales existentes, debidas á la presencia del bacilo Ebert-Gafky.—Y considero por último, oportuno el recomendar á V. S. la utilidad de prevenir á los profesores médicos encargados de los servicios municipales, la mayor puntualidad y exactitud, no sólo en el servicio de los partes sanitarios, si que también en la adopción de los sistemas de desinfección y aislamiento en todos los casos que la Instrucción de Sanidad previene.—Con lo indicado y con acentuar la vigilancia en los lavaderos no destinados á la limpieza de ropas procedentes de pacientes infecciosos, tanto como con disponer los suficientes para los de esta clase de enfermos, es de esperar la pronta desaparición y descensos considerables inmediatos, en la cifra de mortalidad que por la referida causa venimos lamentando».

Veis, señores, por su lectura, que el Sr. Gobernador (asesorado ó no por las autoridades médicas de la provincia) sostiene que la enfermedad es el tifus y que ocasiona diarias víctimas hasta el extremo de producir una gravísima epidemia, y que el causante de ellas es el bacilo de Eberth, existente en alguno ó algunos de los afluentes que surten el depósito de aguas de Larrasquitu. ¡Tened en cuenta, señores, el estado de alarma de la opinión, y añadid á ella el estado de opinión de la autoridad gubernativa, y decidme, señores, si aquella alarma no había de cundir y si esa opinión en Bilbao, y sobre todo en el Bilbao aristócrata, no había de ser aumentada de manera extraordinaria!

Pero á pesar de todo esto, ese estado de alarma no se reflejaba en todo el campo médico. Como consecuencia de la comunicación antes leída, el Sr. Alcalde reunió á todo el Cuerpo Médico Municipal, y todos, señores, todos los allí presentes, excepto el que tiene el honor de dirigiros la palabra, sostuvieron que el esta-

do de la Villa no era para alarmarse, que no existía un verdadero estado epidémico de la Villa y que por lo que á las aguas afectara, no la consideraban en la presente ocasión con causa ocasional alguna.

Respecto del punto epidémico, yo, que prestaba asistencia á la sazón á algunos enfermos infecciosos, no pude aceptar la admisión de que no existiera estado epidémico; pero en vista de los respetos y veracidad que me merecían los compañeros del Cuerpo Médico Municipal, no tenía otro remedio que admitir que el estado epidémico, efectivamente, no era general. ¿Cómo podía sostener yo otro criterio, á pesar de mis bastante numerosos enfermos de infección, si el cuerpo de médicos de distrito en su asistencia en toda la Villa no tenía ninguno? ¿Si los médicos de salida de las Casas de Socorro no habían diagnosticado en sus registros ninguna asistencia por infección intestinal? ¿Y, si en fin, el Médico Inspector de cadáveres no señalaba anormalidad alguna? Señores, no me digáis en contestación á estas manifestaciones que no se ha dado conocimiento de muchas infecciones, acaso de la mayor parte. Esto, señores, tiene su contestación en la contestación que ha dado el Sr. Bolívar á las dudas de los datos estadísticos. Pero además, hay más que eso; el médico municipal, por el hecho de serlo, ha contraído un deber material ineludible para con el Ayuntamiento, mayor, mucho mayor que los demás médicos. La amistad, las relaciones sociales y acaso acaso, la opinión particular, puede hacer del médico libre olvidar involuntaria ó voluntariamente sus deberes; pero el médico de distrito, por su carácter de médico higienista de la población y por no deberse á esas relaciones sociales, ya que son pobres de solemnidad (bajo el aspecto legal) sus asistidos, no hay razón alguna para que tengan coacción de ninguna clase.

Era un hecho, por lo tanto, que la epidemia existía, en mi concepto, pero que esta epidemia era tributo en aquella ocasión de la clase adinerada. ¿Y cómo ha de dársele otro nombre al estado sanitario de entonces, si los cuarenta ó cincuenta casos que podríamos reunir entre un pequeño grupo de médicos se salía del carácter general de otras ocasiones, en otros otoños y en otros inviernos? Y hoy mismo, pasado aquel estado de cosas y reconocido, al menos por mí y por algunos de vosotros, que el principal causal de hecho estaba en las otras, ¿qué nombre se le ha de

apropiar que le cuadre perfectamente? En mi concepto, el de epidemia, pequeña es cierto, sin expansión por la naturaleza del producto alimenticio á que me refiero, y fácilmente hecha desaparecer con la supresión del molusco; pero epidemia al fin, de la misma manera que debiera llamarse así, y la llamaríamos, si un barrio, una calle y hasta una casa sufriera las consecuencias de estas infecciones por contacto del agua potable con un foco de contaminación.

Y así, señores, no os choque que le siga llamando en lo sucesivo, *estado epidémico*, ya os he dado la explicación. *Ese estado epidémico, unido al estado endémico, constante en general de todos los años, ha constituido el total de infecciones que han existido en la villa.* Pero ahora bien, ¿de qué causas dimana ese estado endémico que se hace sentir anualmente en la misma época y en casi todas las poblaciones? ¿Es origen hídrico? Si con esta palabra se quiere señalar solamente el agua potable, no. No puedo concebir endemias tíficas de este origen, epidemias, sí; á mayor intensidad de epidemia, mayor probabilidad de esta causa, cuanto la epidemia tenga menor importancia, la probabilidad disminuye, desaparece: las razones, ya lo habéis escuchado de los Sres. Sustaeta, Arístegui y Bolívar; yo me hago solidario de sus manifestaciones y no hay razón para que aquí ahora las repita; pero, si al hablar del origen hídrico, no solamente quiere referirse al agua en bebida, sino que se pretende generalizar, como el Sr. Ledo lo ha hecho, en mi concepto ¿qué duda tiene, señores, que la epidemia última y todas las epidemias y endemias, ó casi todas, tienen como causa el origen hídrico? ¿qué duda cabe que la ostra por sí no ha de producir infección, ni en su interior ha de albergar el agente infeccioso, sino por el accidente de contaminación, de aguas de río ú otras aguas afluentes?

De esta misma manera, si las causas de infección estuvieran en las leches, (cosa menos probable por la cocción á que se le somete, antes de su consumo); la probabilidad mayor de su contaminación, estribaría seguramente en la limpieza con aguas impuras de los utensilios que han de servir para recoger, en la limpieza de las manos del ordeñador con esas impuras aguas ó en la adición de la misma á la leche, á fin de obtener bajo el aspecto económico mayor beneficio en la venta. Bajo este concepto tengo tanta firmeza en creer al origen hídrico como el causante de

las epidemias y endemias, que no tendría inconveniente, al igual que en otra ocasión al tratar de la viruela, cuyos resultados ya véis, decir: si me entregaran los pueblos *aguas puras para todos los usos*, yo respondería que las tifoideas, ni en epidemias ni en endemias, habrían de existir; porque señores, permitidme el atrevimiento al deciros, que no creo en la producción de estos estados ni por el contagio, ni de una manera directa, por los portadores de bacilos que hoy en día se tiene como axiomático.

Raro es, señores, que la marcha epidémica no nos demuestre de una manera fehaciente, cuando la causa es el agua potable ó considerada como tal.

Dos epidemias tíficas de esta clase he tenido ocasión de ver, las dos en Bilbao, una en el año 1898 á 99, siendo médico del distrito de las Cortes: el número de afectados era grandísimo, en poquísimos tiempo se desarrolló una intensísima epidemia; si tenéis en cuenta que las calles de Bilbao la Vieja, Tres Pílares, Miravilla, Laguna, etc., etc., corresponden á este distrito y que ciento cuarenta y uno murieron en la Villa, en el espacio de ocho meses con una población de 64.000 habitantes que entonces Bilbao tenía, calculad el número de invasiones que hubieron de suceder (cerca de mil), teniendo como contingente de defunciones un quince por ciento.

La otra epidemia ocurrió en la Salve, Colegio del Apóstol Santiago; alrededor de 20 colegiales sufrían fuera del Colegio la infección intestinal y 14 ó 15 reconocimos en el internado del mismo; la salud de la villa no se había resentido en nada; el punto de origen estaba en la contaminación de las aguas de que se surtía ese Colegio y que atravesaban el túnel recién abierto entonces en la línea del ferrocarril á Lezama; el ilustrado Director del Laboratorio, Sr. Arístegui, así lo dictaminó; cerradas las fuentes desaparecieron inmediatamente.

La epidemia de Gijón en esta época, ha sido hídrica en este concepto; pero fijaros, en una semana fueron atacadas cinco mil personas; la de Lisboa lo ha sido también: en unos días entraron en los hospitales quinientos infectados. Por eso, particularmente y anteriormente á que se iniciara el debate en esta Academia, he sostenido yo que al agua potable no podía achacársele la causa de este estado epidémico que hemos pasado, porque no podía admitir esa especial selección del bacilo á determinada gente de la

Sociedad, que precisamente hace uso de aguas filtradas en el domicilio ó de aguas minerales, sin antes aceptar que el resto de los individuos no afectados estaban previamente vacunados.

Corre ya como axiomático y todos vosotros lo habéis recogido al atribuir como causas de endemias y epidemias de estas infecciones, *al contagio y á los portadores de bacilos*.

El primero no me convence; yo no puedo aceptar como positivo lo que los hechos me dan todos los días como negativo.

Yo no llegaré á negar en absoluto la contagiosidad de la fiebre tifoidea; pero sí sostengo que el poder del contagio directo es pequeño; solo así se comprende que ni en los hospitales ni en las clínicas domiciliarias, se vea un caso claro de contagiosidad; yo, señores, en los 21 años que llevo de profesión, he oído de alguno ó algunos casos, á los que se ha atribuido esta causa; pero esto, como véis, es una excepción que no puede tenerse en cuenta como base de una endemia: y ¿qué diréis de los portadores de bacilos? Os habéis encontrado en los domicilios con casos de infecciones tifoideas que podáis atribuir al hermano ó al pariente cercano? ¿O es que queréis darle al bacilo Eberth el carácter gitanesco, y, (permitidme la frase), que vaya á hacer fuera lo que no quiere hacer en casa? No; de una manera directa no creo ni en el uno ni en el otro: yo afirmaré la existencia del bacilo específico en el intestino, en el riñón, en la vesícula biliar durante el tiempo que queráis, pero no creo que ese agente resulte siempre infeccioso, antes bien estimo que es un saprófito que no ha de producir directamente infecciones, que necesita condiciones de circunstancias de suelo, humedad y materia orgánica para contraer nuevamente virulencia; admito, en una palabra, portadores de bacilos que sembrando saprófitos, en condiciones especiales, puedan convertirse en focos virulentos. Como véis, es la teoría de Petteukoffer, el inmortal creador de la higiene experimental; pero en un sentido hídrico para la producción de edemias y epidemias. En efecto, solo así se comprende la exacerbación de estas afecciones cuando las primeras lluvias de otoño reavivan los gérmenes mantenidos latentes en la tierra, por los calores del estío en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre, disminuyendo ó cesando ante las lluvias abundantes y los fríos del invierno, lo mismo en esta localidad que en todas las demás partes. He aquí, señores, mi opinión, relativa á la epide-

mia última que aquí ha existido y mi opinión también de las epidemias de infecciones intestinales. Perdonadme el atrevimiento de haber emitido estos juicios, en honor á la sinceridad con que los he expuesto.

Aspecto clínico

Quince son los casos que he tenido ocasión de observar en esta última época: diez en el distrito del Ensanche, cinco en el del Centro.

De estos quince, *seis* indudablemente tuvieron por origen el consumo de las ostras, los otros nueve los considero propios de la epidemia, ya que no puedo inquirir la causa productora. De estos quince, tres sufrieron estados hemorrágicos intestinales y ocho recidivaron sin causa apreciable alguna; defunciones no he tenido ninguna. ¿De qué clase de infecciones intestinales se trataba?

Hace algún tiempo y en este mismo lugar, á raíz de la epidemia del Colegio del Apóstol Santiago, hube de hacer una distinción clínica entre la colibacilosis y la infección Ebertiana; hoy, admitidos los paratífus A y B y admitidos los colibacilos hasta la letra L, ¿quién es el clínico que se atreva á formular donde termina el uno para empezar el otro? Si no hay fenómeno patonómico alguno que los señale, ¿cómo diferenciarlos á la cabecera del enfermo?

Ni la episiaxis, ni el exantema, si se presentan, pueden servir de síntomas de diferenciación; el infarto hepático y esplénico son una característica de la infección Ebertiana; ¿pero acaso no se presentan en las demás infecciones intestinales y aun en otras que no lo son? No paso á señalar otros síntomas perfectamente comprensibles, porque harían esta narración interminable; pero sí pretendo no olvidar tres caracteres, los únicos á mi juicio que en un momento determinado pudieran influenciar al médico á inclinarse por las infecciones colibacilares ó por las tíficas, admitiendo en éstas á las paratíficas y á la Ebertiana. Estos tres caracteres son el período prodrómico, el modo de ser de la fiebre y el aspecto cerebro espinal.

Entiendo yo que raras son las infecciones colibacilares que tienen un estado prodrómico; la mayor parte de ellas son infecciones bruscas que desde el comienzo ó á los pocos días llegan á

la mayor intensidad; por el contrario, los enfermos tíficos tienen un período en que no estando mal no se sienten bien, en que la inapetencia, el estreñimiento, cefalalgia y contusión general, escalofríos y aun pequeñas fiebres, que duran algunos días, se anteponen á la llamada al médico. Cuando se requiere su asistencia, el enfermo ha entrado en el período de invasión, y entonces quienes sigan la marcha térmica (que son todos) advertirán los estadios de Vunderlich, que todos conocen, y aun cuando con exactitud geométrica no se manifieste, siempre ó casi siempre se le acerca hasta el extremo que hace obligatorio recordarla. En ese segundo estadio y á veces algo más tarde y sin que tener que llegar á la escena de las complicaciones, se advierten fenómenos de orden nerviosos, atáxicos ó adinámicos, ó ambos á la vez (que merecieron el nombre de *tifo*, con que se le sigue llamando); claro es que este tifo no es característico sólo de estas infecciones; este tifo puede encontrarse en otras afecciones, y sobre todo en las septicémicas; pero unid este factor, siempre importante al prodrómico y al de la fiebre de Vunderlich, y la mayor parte de las veces es probable que no nos equivoquemos. ¿Pero cómo distinguir una paratífica de la propia Ebertiana? ¿Por la intensidad de infección? En buena lógica ¿no hemos de admitir infecciones Ebertianas de mediana intensidad y aun de pequeña intensidad y paratíficas de intensidad muy graduada?

Aun admitiendo que el bacilo tífico sea más virulento que el paratífico A ó el paratífico B, ¿sabemos acaso las cantidades de defensa que el organismo ha de acumular en cada individuo? ¿Sabemos, en una palabra, cómo repercutirá en cada organismo el ingreso del agente infectante y los efectos que, por lo tanto, producirán en él, atacando con sus toxinas el uno y defendiéndose con sus elementos propios el otro? No; hoy por hoy la Clínica, si el laboratorio se obstina en establecer diferencias entre el bacilo de Eberth y los paratíficos, la Clínica, repito, no tiene medios para distinguirlo. Por eso, señores, estimaba yo entonces, estimo ahora y seguiré estimando mientras las diferencias no sean ostensibles en clínica ó mientras el laboratorio no nos señale métodos de diferenciación categórica, que á todas estas infecciones de localizaciones intestinales, de períodos prodrómicos, de fiebres continuas con semejanza al tipo Vunderlich y con ó sin fenómenos nerviosos acentuados, se les llamen fiebres tifoideas, impor-

tándonos poco ante la cabecera del enfermo, hoy por hoy, si es Ebertiana, si es paratífica A ó paratífica B, y casi casi si es colibacilar A ó colibacilar B, porque de lo contrario vamos á dar lugar á confusiones en el terreno clínico, más bien teóricas que prácticas, en cuyas diferencias de opiniones vean los enfermos ó allegados disconformidades que puedan herir acaso la competencia médica del compañero.

Los quince enfermos sometidos á mi observación y tratamiento, fueron diagnosticados como fiebres tifoideas, todas ellas tuvieron el período prodrómico, todos el tipo Vunderlich, pero ninguno tuvo un carácter marcado atáxico ni adinámico; ¿serían acaso paratíficos?

No lo sé; yo quiero llamarlos tíficos, pero haciendo manifestación de estos negativos detalles nerviosos que he observado en ellos.

Ocho recidivas, *tres* hemorragias, dos de estas con repetición. De cuatro á diez y seis por ciento señalan las estadísticas las proporciones de los recidivados en la fiebre tifoidea, según las distintas epidemias; pues bien, el 53,33 por ciento señalan mis casos observados; ¿no es esto una anormalidad extraordinaria de esta fiebre? Yo puedo asegurar que jamás me han llamado la atención, como en esta ocasión, el número de recidivas; *tres hemorragias*, el tanto por ciento que á este grave síntoma se le señala, es el de seis á ocho por ciento, pues en esta ocasión y en mis enfermos, este tanto por ciento se eleva al número de veinte. ¿No tiene este dato otro carácter de anormalidad? ¿Serán factores éstos que indiquen mayor toxicidad de las toxinas? ¿O es que estos dos detalles con la falta de efectos cerebrales ó espinales sean la característica clínica de diferenciación entre las infecciones paratíficas y Eberthianas, en cuyo caso hemos sufrido más la influencia de aquéllos que de ésta?

Los hechos los señalo, la interpretación no; yo invito á los demás Sres. Académicos á que pesen mis observaciones con las propias suyas, y si hay alguno que se atreva á formular una opinión concreta, que lo diga; recogeremos sus manifestaciones con respecto y agrado.

Tratamiento

Como os he dicho, he tenido la fortuna de no tener ninguna defunción; ¿qué tratamiento he observado? El baño en un solo caso y más por complicaciones bronco-pneumónicas que por otra cosa, y no llegué cuando más á dar más que tres baños en el día y éstos á 35°; por lo que veis el tratamiento Brand no lo uso, salvo en contadas ocasiones, y conste que no es porque sea contrario al uso de los baños fríos ó hidroterapia fría en general, sino porque una vez instituido, se hace necesario repetirlo tantas veces como su autor lo aconseja, y esto, señores, si en los hospitales puede hacerse, aun cuando no de una manera muy franca, por una serie de cosas que las veis á diario, en las clínicas particulares se hace casi imposible. Se oponen al verdadero tratamiento Brand: el enfermo, la familia y en el curso de ellos (conviene decirlo) por impresiones de sentimentalismo, el propio médico añade á esto las dificultades de espacio, de personal, de líquido necesario, etc., etc., y diréis conmigo que en la práctica habéis tenido que tropezar con grandes dificultades.

El hielo al vientre, el opio al interior, á pesar de que algunos médicos estiman contraindicado por la vaso-dilatación que produce consecutiva en las hemorragias intestinales.

Puedo decir, por mi parte, que no he encontrado medio más práctico, más activo que este medicamento, para contener esas hemorragias, á pesar de curarlos á dosis de ocho y diez centigramos, en forma de extracto por vía gástrica, y no recuerdo haber encontrado un caso de defunción por causa hemorrágica intestinal, á pesar de haber observado (al igual que vosotros) bastantes casos. Pero lo que con insistencia instituyo á mis enfermos infecciosos tíficos, desde el momento que diagnostico como tales, es una solución iodo-iodurada, para tomar á gotas cada dos horas en número de cinco á ocho (según las edades). Es una fórmula sencilla y un tratamiento cómodo que los enfermos toman perfectamente echándolas en un poco de vino generoso. Este tratamiento, que yo observo de una manera ya bastante sistemática, tiene una explicación, en la experimentación personal que os voy á referir aun á trueque de entreteneros unos minutos más, abusando de vuestra condescendencia. El año de la epidemia hídrica que os he hablado antes, siendo yo Médico del distrito de las Cortes, me

sentía franco partidario del sistema Brand por los baños fríos; el Cuerpo de fumigadores me facilitó bañeras y lo demás lo facilitó, aunque á medias, mi voluntad y mi tenacidad, pero no pude luchar con un imposible; los casos aumentaban extraordinariamente y ya no había bañeras, ni convicciones para los enfermos y familias; además que á la verdad, los pocos baños que se dieron, fueron dados de mala manera. Preocupado por el tratamiento farmacológico que debiera utilizar, ya que estaba persuadido de que el salol, benzo-naftol, etc., etc., tan clásicos, no servían para nada, llegó á mis manos la obra de «Tratamiento de la fiebre tifoidea», de Renoy. Todos sabéis que esa obra trata de demostrar con toda clase de manifestaciones científicas y numéricas, la preponderancia que debe darse al tratamiento hidroterápico sistema Brand, sobre los demás modos de tratamiento de los tifoideos. Después de analizar uno por uno todos ellos y hacer sus razonadas críticas al iodo y ioduro de potasio, y después de hacer la historia de una epidemia tífica tratada por esta medicación por el Dr. Kliesech (de Worth sobre el Mein) y después de reseñar las observaciones en 75 casos tratados por dicho doctor, terminaba: «claro que la cifra 2,5 por 100 de mortalidad es muy satisfactoria, etc., etc.», y añadía: «No serán, pues, los éxitos del ioduro combinado al iodo los que suplantarán á los de la balneoterapia».

Esta pequeña crítica, ya que tan grande hace Renoy á los demás preparados, me sugestionó y me indujo á utilizar esta preparación, ya que tan fácil era su empleo, y que tan amigo soy yo del iodo y sus sales y de que sobre todo, no veía peligro alguno en usarlo. De su resultado no he de manifestaros más sino que desde entonces lo vengo usando muy á satisfacción, porque los resultados, bien sea por suerte ó porque la indicación responde, han sido tan positivos, que prometo seguir en él mientras otro tratamiento, bien sea sueroterápico ó no, le desbanque de la firme y buena opinión que hoy tengo de él.

Claro está que no he de hablar del tratamiento de otras complicaciones, porque han tenido que estar en razón de la naturaleza de éstas y el reseñar sería, además de prolijo, inocente.

A pesar de saber que en la localidad se utilizaba el suero anti-tífico de Wright, preparado por la casa de Wellcome, no lo he utilizado; primero porque el tratamiento iodo iodurado, como antes os he dicho, no me satisface, y además por miedo, ya que no

está sancionado por la experimentación; pues mientras los unos lo defienden, otros lo atacan de tal manera, que lo creen, no solamente no beneficioso, sino sumamente nocivo. Yo le suplico al Sr. Ledo que en su rectificación nos manifieste de una manera franca su opinión, ya que sé ha intervenido en algunos casos en que este suero se ha instituido. Yo le oí con suma atención y agrado, cuanto en su disertación nos habló de ello, pero yo quiero escucharle, á poder ser, detalle por detalle, los efectos de ese suero en los tíficos á quienes ha tenido ocasión de observar.

¿Es cierto, ó por el contrario es una falsedad, que un marco bastante negro rodea el cuadro de este suero?

HE DICHO.

Disertación de D. Cesáreo Díaz

Sobre varios casos de fiebre tifoidea observados en el Hospital Civil.

En el curso del debate planteado en esta Academia con motivo de la agudización de la endemia tífica de Bilbao, los señores académicos que han hecho uso de la palabra nos han presentado de una manera brillante el estado actual de nuestros conocimientos sobre la citada infección; se han hecho completos trabajos de recopilación, se han pronunciado elocuentes discursos, hemos oído severas críticas médicas; en una palabra, no es posible decir más ni mejor; enhorabuena á todos.

Una alusión, aunque indirecta, me obliga casi á molestarles durante unos minutos, con objeto de decir algo sobre los casos de infecciones intestinales de tipo tífico ó paratífico que se han observado en el Hospital Civil desde primeros del año 1911 hasta la fecha, especialmente en la Clínica de hombres.

Ante todo deseo aclarar un error, si es que existe, y es que ningún método del citado Establecimiento, en particular los de la Clínica médica de hombres, ha hecho la afirmación de que allí se hayan relegado al olvido los baños en el tratamiento de la tifoidea, y menos todavía que se tenga la pretensión de que el Piramidón cure esta enfermedad; esto nadie lo puede decir. Desgraciadamente, ni con este medio ni con ningún otro puede el médico asegurar la curación de esta infección; gracias que podemos favorecer su buen curso, ayudando al enfermo á llegar á buen

término. No es mi intención hacer una historia del tratamiento de la fiebre tifoidea—esto sería molestarles demasiado—sino solo referirme á los casos por mí tratados.

No habiendo un tratamiento único y exclusivo específico que la cure, nos valemos de una serie de medios que han cambiado según las épocas, según las doctrinas, que han tenido su moda, que en manos de sus defensores han hecho maravillas: hoy, gracias al conocimiento de los procesos químicos de esta infección y á la observación clínica, podemos seguir una pauta, dentro de la cual caben una serie de modificaciones, según cada caso particular, escogiendo los medios más convenientes para cada uno. Yo he empleado lo que mis maestros me enseñaron, lo que he leído en libros y revistas, haciendo hoy lo que juzgo más sencillo y práctico, teniendo en cuenta las condiciones que rodean al enfermo. He empleado la balneoterapia en sus distintas formas, baños, sábanas mojadas, lociones, etc., y hasta hace dos años nunca empleé un antitérmico químico, y no me ha ido mal; lo que menos he empleado son toda esa serie de titulados antisépticos intestinales, que cuando yo estudiaba la carrera iban ya de capa caída, y casi puede decirse que únicamente empleo uno, el más antiguo, y que sirve para algo, el clorato de potasa con el ácido clorhídrico (que hace cerca de cuarenta años viene empleándolo mi padre, casi con exclusión); aparte de esto he echado mano de todo aquello que he necesitado para llenar diversas indicaciones que en el curso de la enfermedad pueden presentarse; es decir, que soy ecléctico.

La base general del tratamiento es casi igual en todos los casos en lo que se refiere á la alimentación líquida, aireación, limpieza de cuerpo y cama, especialmente de la boca cada vez que el enfermo toma alimento, por medio de una solución de clorato de potasa al 3 por 100, con cepillo cuando hace falta, y de este modo no se ve una boca negra, ni fuliginosidades; añadido á esto la administración cada tres ó cuatro horas de una cucharada de solución de clorato de potasa al 1 por 100, con 10 ó 12 gotas de ácido clorhídrico por 100, diluída en medio vaso de agua, que tiene una acción positiva sobre la diarrea; de este modo se llenan algunas de las grandes indicaciones en que resume Alberto Robin el tratamiento de la fiebre tifoidea.

Voy á fijarme ahora en un elemento de este tratamiento: en

el antitérmico. No voy á cansarles relatando la distinta importancia que á la fiebre se ha concedido según las épocas; su exageración fué causa de la introducción del baño frío por Brand, y no se puede negar que ha producido beneficios; es indudable que por encima de ciertas cifras y cuando persiste, molesta al enfermo, y se ha tratado de combatirla de distintos modos. El baño comenzó á usarse como antitérmico; hay quien cree que esta acción es la menos importante, que sus propiedades sedante, tónica, diurética, etc., son las que la dan valor, y hasta se le ha calificado de específico de la tifoidea, como se lee en el Gaston Lyon, refiriéndose al baño frío, según el método de Brand, que lo generalizó en Alemania, precedido por Liebermeister, que lo vulgarizó, y por Jürgeusen de Kiel, que lo sistematizó. Franzt Glenard, prisionero de los alemanes en Stetin el 73, lo vió emplear á Brand, lo introdujo en Francia y en el Hotel Dieu, de Lyon, es donde tuvo sus más fervientes admiradores.

No voy á ocuparme de detalles referentes á este particular, pues sería repetir lo que todos conocen mejor que yo, ni de las distintas modificaciones sufridas en manos de Riess, Ziemzer, y, por último, de Bouchard, el cual asocia al baño una serie de medios purgantes, salinos, calomelanos, quinina, etc., haciendo un tratamiento complicado y no exento de peligros. Se le achacan inconvenientes al baño sistemático, que se convierte en una verdadera obsesión para el enfermo, y por su medio no se yugula la infección, ni se acorta la duración, ni se evitan las recaídas. En la sesión del 15 de Marzo ya dijo el Sr. Areilza lo que quedaba de esto; pero indudablemente el baño es bueno, útil, hay que emplearlo, pero con más moderación, y con él pueden llenarse distintas indicaciones, antitérmica, tónica, sedante, diurética, etcétera, sin llegar á exageraciones que exponen al enfermo al colapso. Además, para emplearlo sistemática y repetidamente, hacen falta una serie de condiciones y elementos que garanticen su buena aplicación. No es lo mismo tratar uno ó dos enfermos que tener seis, ocho, doce, á la vez, como me ha ocurrido este verano pasado en mi Clínica; para esto, muy bien el sistema de Chantemesse en su Bastion, dispuesto *ad hoc* para el tratamiento por el baño con una bañera al lado de cada cama, con tubería de agua corriente caliente y fría, dispuesto de modo que su manejo es sencillísimo y sin numeroso personal; por esto creo que el buscar

un medio más sencillo, más práctico, muy útil é inocuo bien empleado y que puede emplearse en combinación con el baño, es muy racional; me refiero al piramidón.

Yo comencé á usarlo hace dos años, después de haber leído unos artículos que acerca de su empleo se publicaron en el *Journal Medical* francés; el Dr. Gereste de los Hospitales de Saint-Etienne, publicó una estadística de 200 casos, tratados sistemáticamente por el piramidón, en los cuales no incluía los casos dudosos y sí en cambio los que fallecieron á poco de ingresar en el Hospital; la mortalidad fué del 10,5 por ciento; este señor lo copió del Dr. Lepine, brandista muy convencido, y que fué el que por primera vez lo empleó en Francia, siendo el primer caso el enfermero que tenía encargado de dar los baños á sus tíficos, el cual se contagió en la clínica y no se dejó bañar; se curó.

Otros como Ledue, Vinaz, Sabarthez, etc., han publicado trabajos sobre el particular: Barjon, presentaba una estadística de los Hospitales de Lyon, de 5.621 casos tratados por el método de Brand puro, con una mortalidad del 17 por ciento. El Doctor Gereste, compara estas cifras con las suyas y concluye diciendo, que aun á igualdad de mortalidad, es preferible su método, por ser más cómodo y más práctico; yo no estoy conforme con él en usarlo sistemáticamente en todos los casos, ni en las dosis, que son excesivas; Vinay, defensor del método de Brand, publicó un artículo sobre el piramidón, en el *Lyon Medical* de 14 de Octubre de 1907; hace un estudio de esta substancia, de sus propiedades, y su acción sobre los cambios orgánicos, diuresis, sangre, etc., que no voy á copiar para no alargar estas notas; sus conclusiones son: que favorece los cambios orgánicos y la diuresis, la función hepática, y no es nocivo á la sangre y á los vasos; el colapso se presenta á grandes dosis y en los niños; la temperatura descende 2 y 2,5 grados con 0,30 gramos, pero no hace falta llegar á estas dosis, pues provocan sudores profusos; yo no paso de 0,15 gramos en general, raras veces he dado 0,20 gramos dos veces al día cuando más, para obtener el efecto necesario, rebajar un poco la temperatura cuando pasa de 39,5° poniendo el termómetro cada tres horas, con lo que he conseguido que el enfermo esté varias horas al día con una fiebre moderada y más tranquila; es decir, se le alivio sin molestarle; Vinay, ter-

mina su artículo diciendo, que si bien no reemplaza al baño en general, lo sustituye en sus contraindicaciones y le auxilia cuando á pesar de la balneación la fiebre se mantiene elevada ó cuando la defervescencia se prolonga mucho (lo mismo hace Alberto Robin); es decir, lo asocia al baño, pero después de esto lo mejor es el piramidón.

Yo he podido observar lo siguiente: que á dosis moderadas de 0,10, 0,15 y, excepcionalmente de 0,20 gramos, rebaja la fiebre, no bruscamente; que este descenso es mayor y más duradero que el producido por el baño; que mejora el estado de sopor, calma el sistema nervioso y no he visto ni tendencia siquiera al colapso; produce un sudor moderado y no perturba la diuresis; esto repito á las dosis dichas y que como se puede ver en algunas gráficas que presento, no he tenido necesidad de dar más de dos dosis en las 24 horas, no lo he empleado nunca en menores de 15 años, en los que he empleado el baño templado, es decir, que en cada caso particular se dosificará y buscará la cantidad necesaria para producir el efecto beneficioso; no quiero decir con esto que sea mejor que el baño, sino que en determinadas circunstancias y bajo el punto de vista antitérmico, sedante, etcétera, lo puede sustituir ventajosamente, y que entre dar á un enfermo 8 baños al día ó dos dosis de 0,15 gramos de piramidón, es más práctico lo segundo, y no tenía necesidad de repetir que esto no es más que un elemento del tratamiento de la fiebre tifoidea, que, como dice muy bien Robin, fuera de la pauta general, hay que modificar en cada caso particular.

No hago referencia al suero antitífico, porque no lo he empleado, pues está todavía en ensayo, y no me detengo nada sobre el particular, pues no haría más que repetir lo que se puede leer en el Wolff-Eissner y otros autores; hace unos años ví á Chantemesse emplear su suero y verdaderamente salí muy bien impresionado del aspecto de sus tíficos, pero no pude conseguir suero para emplearlo yo.

Para terminar, he aquí un resumen de los casos de infecciones intestinales de tipo tífico, que he tenido ocasión de observar en el Hospital, desde hace un año; yo bien sé que cada caso debía presentarse con su diagnóstico bacteriológico, pero esto no me ha sido posible más que en algunos, clínicamente es muy difícil distinguir cuales son de infección Eberthiana pura y cua-

les no, pues la tifoidea presenta cuadros muy variados; aun en la misma epidemia hay casos en los que, la fiebre, estupor, erupción, diarrea, infarto, se asocian, no dando lugar á dudas, y en varios de estos ha podido comprobarse en el Laboratorio del Hospital, el hemo-cultivo positivo y la reacción de Widal; hay casos en los que lo más saliente es el curso de la fiebre, que dura más de cuatro semanas, con algunos trastornos intestinales, estupor á veces, sin erupción y sin infarto esplénico, y en algunos de estos casos también (en todos los que se han examinado) se ha comprobado la reacción de Widal.

Hay otro grupo, parecido al anterior, pero de menor duración, de 3 á 4 semanas; y también tengo ejemplos de este grupo, en los que se ha comprobado la sero-reacción de aglutinación intensa; por esto, solo reuno como tifoideas los casos análogos á los citados (me refiero á mi clínica).

Número de casos tratados en la clínica de niños del Dr. Aparicio: 14, sin defunción.

Id., íd. en la de mujeres del Dr. Prieto: 19, con 1 defunción.

Id., íd. en la de hombres á mi cargo: 71, con 7 fallecidos.

De los 90 adultos, 73, vinieron del casco de Bilbao; 17, de las afueras y pueblos de las cercanías. De los 73 de Bilbao, 46 de la orilla izquierda de la ría y 27, de la derecha ó antigua.

De mis 71 casos hay seis dudosos, entre ellos uno de los fallecidos; un joven que ingresó en estado semicomatoso, con fiebre alta, sin manchas ni infarto, y con hemo cultivo-negativo en absoluto, falleciendo el tercer día de estancia; los otros cinco dudosos; los llamo así por la benignidad y pequeña duración de la enfermedad; los otros seis fallecidos eran los siguientes:

1.º Un caso de pneumotifus, en un alcohólico, adinamia; R. de Widal, débil (después de la crisis de la neumonía).

2.º Un marinero que venía enfermo desde Nueva-York, ingresó moribundo, falleció á las 8 ó 10 horas; en la autopsia se hallaron lesiones intestinales.

3.º Marinero noruego; ingresó en la tercera semana de enfermedad; falleció por hemorragias intestinales repetidas.

4.º Ingresó en el noveno día, petequias, infartos, diarrea, adinamia; temperatura máxima, 38,5; pulso, 128; falleció el octavo día de estancia.

5.º Ingresó en la tercera semana, roseola, diarrea, tempera-

tura máximo 39,9; intoxicación grande; falleció al cuarto día de estancia.

6.° Once días de enfermedad, diarrea, sin roseola, sin infarto; temperatura máxima, 41, mínima, 36,6; falleció de gangrena pulmonar.

De los seis casos, dos fallecieron por complicación y cuatro por la infección misma, habiéndose hecho en ellos un tratamiento sintomático, tardío y sin emplear ninguno sistemático.

En los 59 restantes se observó el cuadro clásico, con erupción de roseola en 8, el infarto del bazo, no en todos ellos.

Fiebre de más de 4 ó 5 semanas de duración en 29.

Fiebre de 3 á 4 semanas..... en 30.

En estos se cumplió, en todos, el tratamiento fundamental de aireación, limpieza esmerada de la boca, alimentación de leche, caldos, vino generoso, abundantes líquidos, la solución acuosa de clorato de potasa al 1 por 100, con ácido clorhídrico, una cucharada grande en medio vaso de agua cada 3 ó 4 horas; además (aparté de otras indicaciones que no cito) se empleó:

Baños solo.....	en 3 casos	} Curados.
Baños y piramidón.....	» 5 »	
Piramidón solo..	» 22 »	
Baños y Tano-hinon.....	» 4 »	
Sin tratamiento especial.....	» 25 »	

En resumen: los casos de infecciones intestinales tíficos ó paratíficos han presentado cuadros varios, que hemos reunido en tres grupos, en los que en algunos el diagnóstico bacteriológico ha sido positivo: el tratamiento empleado ha sido mixto; el piramidón ha dado buenos resultados; no es necesario tratar sistemáticamente con los baños todos los tifoideos; hay que ser ecléticos.

HE DICHO.

De una relación antropométrica tradicional en Indo-China y Alcarria

POR

T. de Aranzadi

En el *Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Médecine*, t. x, fasc. 4, de 1911, págs. 210 á 216, publica el Dr. Jeauselme un artículo con el epígrafe «Sur quelques procédés anthropométriques en usage de temps immémorial parmi les indigènes de la presqu'île indo-chinoise» en el cual, tras de referirnos la consabida rúbrica oriental por impresión de uno ó varios dedos, describe otro procedimiento más propiamente antropométrico, y que consiste en tomar la circunferencia del pescuezo con un hilo doblado, cortar éste por el término señalado en la medición, desdoblado, tomar el individuo medido los dos cabos del hilo desdoblado con los dientes, y probar si pasa la cabeza por el cerco así formado y sujetado por los cabos entre dientes; si tal ocurre el individuo es adulto, y, por tanto, está sujeto al servicio militar y á los impuestos.

Al leer esta descripción no pudo menos de sorprenderme la absoluta identidad del procedimiento, comparado con el que, medio en broma, medio en serio, usan las mozas alcarreñas, por lo menos entre Mobernando y Jadraque, para deducir si la que se ha sometido al ensayo ha parido ó no. Una advertencia un tanto superflua es la de que para el ensayo ha de ser el peinado de aldabilla, pues los moños en alto y los postizos desvirtúan la solución.

Al poner en parangón las distintas aplicaciones de esta relación antropométrica (circunferencia del cuello $\times 2 \wedge V$, circunferencia máxima de la cabeza pasando por el punto dental) en Indo-China y Alcarria, resulta que el tránsito de la pubertad al estado adulto en el indi-chino masculino se comprueba lo mismo que el tránsito de un estado fisiológico á otro en la moza alcarreña. Cabe hacer una primera deducción, prescindiendo de las diferencias sexuales: la de que en uno y otro país represente esta relación el tránsito á la edad adulta; la consecuencia sería á primera vista escandalosa para la Alcarria; pero prácticamente, y habida cuenta de que es un proceder extraoficial y muy even-

tual, no ocurre tal cosa, por una razón muy sencilla: la provincia de Guadalajara se cuenta entre las que más proporción de casadas tienen, y si no entre las que más matrimonios prematuros ostentan, sí entre las que más cambios de estado presentan hacia el principio del tercer decenio de la vida; pocas son, por tanto, las mozas que llegan solteras á la edad perfectamente adulta. La natalidad legítima referida al número de casadas apenas es mayor que la media de España, y la ilegítima referida al número de solteras de doce á cuarenta, es menor que la media de España. Es muy dudoso que tal proceder se pudiera seguir, ni en broma, en un país en donde hubiese muchas solteras de más de treinta años, no por la mayor frecuencia de la ilegitimidad, sino por la de ajamoniamento, no menos que por el desarrollo muscular consiguiente á la participación activa en las labores del campo.

La existencia de un procedimiento idéntico, aunque con diferente aplicación en dos países tan lejanos el uno del otro, parece que reclama una de dos cosas: una información acerca de si tal proceder existe en una ú otra de sus aplicaciones en otros países intermedios, ó el hallazgo de un transmisor. La primera no me encuentro en condiciones de llevarla á cabo; la segunda quizá alguien la buscaría en un pueblo de origen asiático que ha traído á España no pocos elementos folklóricos, el pueblo gitano; pero no es la Alcarria de las regiones de España más frecuentadas por los gitanos. Queda, por tanto, abierta la cuestión para nuevas investigaciones.

Academias y Congresos

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión celebrada el día 17 de Enero de 1913.

Preside el Sr. Díaz Emparanza

Sr. Laguna.—Expone un caso de *Crup morbilioso*:

Un niño de 23 meses que á las siete de la tarde del 25 de Mayo de 1909 es traído al Cuarto de Socorro; hace tres días ha empezado la erupción sarampiónica, casi hemorrágica, y que á las cinco de la tarde de dicho día la tos se ha hecho casi conti-

nua, afónica, la disnea intensa, el ritmo respiratorio serrático y la respiración difícil, cuando llega el niño al Hospital está cianótico, frío, con gran tiro; ante la asfixia inminente se le traqueotomiza y una vez conseguida la reaparición respiratoria que se había suspendido y llevado al pabellón después de varios incidentes y de una bronco-pneumonía izquierda cura en veinte días.

Otro niño, de 19 meses, habitante en Cantarranas, se le intuba al tercer día de la invasión sarampiónica que ya había desaparecido, se moderan los signos de asfixia respirando bien; dos días después se quita el tubo que hay que reponer en seguida, pues sobreviene el tiro y dificultad respiratoria, quedando tranquilo, á las diez de la noche de ese día, en un absceso de sofocación repentino, el niño muere; extraído el tubo éste se encuentra libre.

Otra niña, caso del Sr. Mendoza, intubada por el Sr. Aparicio y traqueotomizada por él mismo más tarde, pues al quitar y reponer nuevamente la cánula laríngea sigue la sofocación; la niña cura después de pasar una bronco-pneumonía.

Otro niño, de pocos meses, intubado también cuando el exantema ha desaparecido; la dificultad respiratoria se modera mucho, pero no se suprime del todo; sucumbe al día siguiente.

Otro niño, mayorcito, traqueotomizado en plena erupción y que cura después de una prolongada estancia hospitalaria, saliendo curado, pero con un poco de bronco-pneumonía de resolución tórpida.

Otro niño, de 2 años, intubado con tubo largo O' Dwier, casi sin instrumental, quedando bastante tranquilo, sucumbe á las 36 horas.

Y otro que consecutivo á la escarlatina presenta también gran dificultad respiratoria, se le intuba, queda bastante bien, se le desintuba á los dos días, hay que reintubarle no respirando bien y al día siguiente se le tranqueotomiza, sucumbiendo á los dos días de esta última intervención.

Estos casos y otros más que no recuerda, pues no se ha propuesto hacer una estadística del asunto, juntamente con los cinco mencionados por el Dr. Borobio en su trabajo publicado en la *Clinica Moderna* de 1906, comprueban una vez más la enorme gravedad de la laringitis ó garrotillo sarampiónico, en el cual quisiera el exponente que se hiciese una investigación acerca de sus causas para determinar en qué consiste y el por qué de su

extrema gravedad dada la tendencia que tienen todas las complicaciones pulmonares en el sarampión á hacerse descendentes.

En primer lugar y á ejemplo del Dr. Martínez Vargas, propone que al crup morbiloso se le llame en buen españolismo garrotillo sarampionoso, pues no ha de ser vana ni desconocida, aunque dolorosamente sea así, la labor meritoria de los médicos españoles del siglo xvi que aislaron y describieron magistralmente de un modo que no ha podido superarse por nadie, los signos y complicaciones laríngeas de la difteria, á la cual enfermedad llamaban garrotillo y *morbis puerorum*.

Desde luego no deja de llamarle la atención el hecho de que en los casos citados por él, los salvados lo hayan sido por traqueotomía y los muertos lo han sido en lo mismo que en los cinco casos del Dr. Berobio (loc. cit.) todos intubados; desea conocer la opinión de sus compañeros á fin de que ilustren este punto, pues á pesar de que en todas partes se mencione que la traqueotomía predispone y agrava las complicaciones pulmonares, el hecho es que en los casos afortunados ha habido broncopneumonías, pneumonías asténicas, ulceraciones aftosas, en fin, cuadros clínicos de gran toxicidad y complejidad. ¿Es que la traqueotomía da mayor entrada de aire que la intubación?

Repite nuevamente la invitación á sus colegas académicos para que aclaren sus dudas, aunque él se propone estudiar el asunto y hacer nuevas investigaciones.

Sr. Aparicio.—Ya mencionó él el crup sarampioso, cuando habló de la intubación, y entiende que así como la intubación se impone en la difteria no ocurre lo mismo en el sarampión.

Su opinión es la de que, así como en la difteria, tratada por el suero, lo corriente es que se atenúen los fenómenos de estenosis laríngea, al cabo de 24 horas, tiempo muy suficiente para que el enfermo tolere el tubo, no ocurren las cosas de la misma manera en el sarampión. En éste, hay que atenerse, para obtener algún resultado, á la modalidad del enfermo á su estado general; en el sarampión, en efecto, no sólo hay exantema, sino que existe también un enantema caracterizado por una intensa congestión de todas las mucosas en general, pero particularmente de la mucosa respiratoria, y la disnea puede ser debida tan solo á la congestión y á la estenosis laríngea; pero puede ser producida también por una intensa congestión del árbol respi-

ratorio. En el primer caso es donde quizá puede dar algún resultado la intubación, pero en el segundo, es completamente inútil. Además, el sarampión puro, si es grande, llega á lo que se denomina sarampión sideral, que mata con gran rapidez; si no es muy grande cura con facilidad.

Pero donde ocurren la mayor parte de los desastres, es en el sarampión complicado, fenómeno frecuente en el curso de aquella dolencia; pues en aquellas circunstancias el sarampión, además de su gravedad propia, adquiere la de la asociación. Dicho se está que, en estas circunstancias, cuando el enfermo ha adquirido una bronco-pneumonía, por ejemplo, toda suerte de intervenciones practicadas en la garganta, son por completo inútiles.

En cuanto á la diferencia de pronóstico entre la intubación y la traquetomía, se halla, en su concepto, en que ésta se suele practicar más tarde, generalmente cuando los fenómenos generales que aquejan al enfermo han cedido; cuando en realidad está mejor; y es que de ordinario y en presencia de un crup, de la naturaleza que sea, se suele comenzar intubando al enfermo. Generalmente no basta, pues la permanencia del tubo en la laringe la lesiona, y entonces se recurre á la traqueotomía, con buen resultado casi siempre, aunque á decir verdad, esto se debe á que, en el tiempo transcurrido entre una y otra intervención, el enfermo suele mejorar. Por lo demás, lo cierto es que, á veces, á pesar de la traqueotomía y de la intubación, sucumbe el enfermo sin dispnea; se debe esto, por regla general, á los progresos de la infección.

Además, la intubación provoca lesiones en la laringe, y como la laringitis sarampiosa es larga, resulta de ahí que la dolencia con todos sus fenómenos de estenosis y demás, dura mientras permanece el tubo en la laringe. Por otra parte, tanto la traqueotomía como la intubación, no pueden dar resultados si la lesión radica fuera del alcance de su influencia.

Síndromes meníngeos en la declinación de la pneumonía.

Sr. Aparicio.—Dice que la punción lumbar suele ser, por regla general, más bien cuestión de diagnóstico que de tratamiento, y como es así, entiende que se ha disminuído el campo de los denominados estados meníngeos, toda vez que, mediante aquel procedimiento, es relativamente fácil hoy hacer un diagnóstico exacto de las meningitis. A pesar de todo, en algunos, si bien pocos casos, el diagnóstico es imposible por completo.

Describe un caso de neumonía típica, en el cual, al quinto día, los fenómenos meníngeos que se iniciaron hacía días ya, se acentuaron de tal manera, que creyó hallarse en presencia de una meningitis de pneumococos, que la trató como si tal fuera. A pesar de hallarse el enfermo en estado comatoso, fueron evolucionando los fenómenos pulmonarios hasta curar por completo, ocurriendo otro tanto con la lesión meníngea. En vista de semejante resultado, se preguntó si, como ocurre con la lesión pulmonar, cuya evolución clásica se efectúa al cabo de un tiempo determinado, ocurre también con otra lesión cualquiera causada por pneumococos, que termina de pronto y se resuelve en la misma forma que se resuelve la lesión pneumónica.

Si es así, él cree que el caso, por él expuesto, es de una verdadera meningitis pneumocócica.

Refiere el caso de una niña, cuya enfermedad fué diagnosticada como de empacho, por la familia, y que él vió tenía un eritema escarlatinoso. A pesar de ésto, no presentaba la enfermedad síntoma alguno bucal, ni había frecuencia de pulso; pero sí había vómitos y algún fenómeno meníngeo que le hizo pensar mal, por lo cual, practicó una punción lumbar que aclaró el diagnóstico, dando por resultado hallarse en presencia de una meningitis cerebro-espinal epidémica, que, aun tratada por el suero antimeningocócico, no le dió resultado.

Además de otra serie de meningitis que cita y cuyo diagnóstico se corroboró con la punción lumbar, relata el siguiente: niño con escarlatina confirmada y que evoluciona de una manera ordinaria y corriente. Se le da de alta médicamente al enfermo por encontrarse en vías de curación, pero con la recomendación, expresa y terminante de evitar los enfriamientos y la alimentación con exceso. A los tres ó cuatro días, recae el enfermo y esta vez, con fenómenos de nefritis violenta y acentuadísima, con endema en las extremidades, anuria y convulsiones. Naturalmente, se piensa en una uremia, y agotados, sin resultado alguno, toda clase de recursos en esta dolencia, se practica una punción lumbar, en la inteligencia de que así pudieran combatirse los fenómenos convulsivos.

Muere el enfermo poco después, y el análisis derota la presencia de pneumococos en el líquido céfalo raquídeo.

Ni remotamente, por ningún detalle, podía sospecharse semejante hallazgo.

Revista de Revistas.-Bibliografía

- 1) **Profesor L. Rénon.**—Valor teórico y valor práctico del Neumotórax artificial en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Desde hace ya varios años, el método de Forlanini va empleándose cada día más para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. He podido reunir más de 250 artículos sobre este punto en la literatura médica, tanto francesa como extranjera (1). Este método llama tanto más la atención de los tisioterapeutas, por cuanto la terapéutica llamada específica parece que no adelanta (2). Es este fracaso de la terapéutica antituberculosa el que dirige los esfuerzos de los médicos hacia este nuevo tratamiento y legitima sus esperanzas.

¿Merece el neumotórax terapéutico el favor de que es objeto ahora? ¿Actualmente, debemos contarle de manera real y seria entre las medicaciones antituberculosas?

Vamos á aclarar á continuación esos dos puntos importantes. Es considerable el valor teórico del neumotórax artificial. Su principio parece muy halagüeño y justifica su aplicación práctica. En cambio es mucho menor su valor práctico. Esta opinión se deduce del examen de los trabajos ya publicados y de mi propia práctica.

El neumotórax no aspira al título de medicación específica. No obra directamente en el bacilo tuberculoso y no detiene el desarrollo de los otros focos tuberculosos; no es más que una terapéutica local.

La *teoría* de la cual nació la idea y la realización del neumotórax artificial, se basa en las observaciones clínicas y leyes de la terapéutica en general. Woilliez, Bernard, Herard y otros clínicos franceses del siglo pasado, demostraron que no era accidente desastroso, sino que podía tener influencia feliz, «providencial», cuando fuese aséptico y estéril.

Se conoce la gran fuerza curadora del descanso absoluto del órgano enfermo, lo cual es una ley de patología general, y esta inmovilización obra más aun en la tuberculosis.

Es clásica la inmovilización en la tuberculosis ósea pues lo

(1) Int. Centralblatt für die gesamte Tuberkulose. Forschung. 30 de Noviembre 1912.

(2) LOUIS RÉNON. "Valor actual de la terapéutica antituberculosa. (Acad. Méd. 21 de Julio de 1912).

que en esta forma de tuberculosis obra ¿por qué no ha de realizarse en lo que toca al pulmón?

Una vez inmovilizado, debe defenderse mejor contra la tuberculosis, y ello es lo que sucede.

Y lo ha comprobado Forlanini en una subida de granulias; en el período último, se puede verificar que el pulmón comprimido por el neumotórax sigue exento de tubérculos miliares, mientras éstos se desarrollan en abundancia en el pulmón que no ha sufrido compresión. Piery compara este resultado con los efectos bienhechores producidos por el derrame pleural de la pleuresía tuberculosa, en que el pulmón opuesto está acribillado de tubérculos, mientras no se desarrolla nada en el que padece pleuresía.

El efecto de la compresión artificial del pulmón es favorecer la evacuación por los bronquios de los focos y cavernas purulentos y suprimir las cavidades infectadas, produciendo un verdadero desagüe quirúrgico que permite la unión de las paredes y su cicatrización.

Esta compresión origina modificaciones en la circulación sanguínea y linfática, la cual resulta más lenta.

Teóricamente solo hay que temer que la supresión de la función de uno de los pulmones origine asfixia, disnea, trastornos de los cambios respiratorios ó deficiencia en la oxigenación de los tejidos. L. Bernard, Le Play, Mantoux, han verificado que el pulmón tiene una capacidad funcional más que la necesaria. La capacidad mínima compatible con la vida equivale á la sexta parte del volumen pulmonar total.

El pulmón que ha sufrido una compresión desde largo tiempo, dice Piery, recobra la mayor parte de su función respiratoria, y Forlanini pretende que las regiones sanas vuelven á funcionar.

La compresión de la parte enferma se hace científicamente bajo el registro de los rayos X; el examen radioscópico decide de la posibilidad del neumotórax artificial y permite se vigilen la inyecciones repetidas, se conozca el estado del muñón pulmonar, el estado de las adherencias, cuando hay, para establecer la intensidad de la comprensión.

Por fin, con el aparato francés ideado por el Dr. Küss, mucho mejor que los otros, no se arriesga el médico á inyectar el aire á

ciegas. Cuando se ha penetrado en la cavidad pleural, el enfermo mismo aspira el gas compresivo; en el curso de la operación se notan las presiones indispensables. Merced á este aparato se obra científicamente.

Esa es la *teoría* del método. Verdad es que un procedimiento terapéutico excelente en una tuberculosis pulmonar considerada como una tuberculosis local.

*
* *
*

Por desgracia el *valor práctico* del neumotórax artificial, si bien parece que sea considerable, no corresponde á su valor teórico.

En primer lugar, muchas veces hay circunstancias que impiden en absoluto su uso; por ejemplo, la existencia tan frecuente de adherencias pleurales, extensas y apretadas. Si son recientes, una presión algo recia puede hacerlas ceder, y por eso no impide la intervención la presencia de adherencias parciales manifestadas por los rayos X. Pero si los rayos X y el examen clínico permiten se sospeche una sínfisis pleural, es difícil verificar su intensidad.

Otras veces el pulmón, lleno de masas caseosas, no se deja aplanar ó solamente de una manera insuficiente.

Por fin, es necesario hacer caso de las lesiones del lado opuesto. Si son tórpidas, poco tendidas, se puede intentar el tratamiento.

Estoy conforme en este punto con Bernard y Jaquerod.

Tales consideraciones hacen que el número de enfermos, á los que se puede aplicar el método, sea menor. En 532 enfermos L. Bernard, ha encontrado solamente 13 casos en que se pudiera aplicar este tratamiento, y en esos 532 casos tres veces solamente el aire ha penetrado regularmente.

Tan escasos fueron en mi servicio los casos capaces de ser influenciados con éxito, pues una tuberculosis bilateral impide proseguir la aplicación del método. Pero hay que tener en cuenta que se trata de³ enfermos del hospital. En enfermos particulares he podido aconsejar la operación en mayor número de casos.

Así, pues, es una medicación cuyas indicaciones son reducidas. Además, es delicado practicarla fuera de los hospitales,

sanatorios y casas de salud. Es necesario someter el enfermo á varios exámenes y vigilar con cuidado las reacciones humorales.

No se deben olvidar los peligros posibles ya inmediatos, ya tardíos. Con el aparato de Küss se suprime la embolía gaseosa; pero hay que temer las complicaciones tardías (subida de tubérculos en el lado opuesto, dilatación cardíaca, derecha), y, además, los resultados en lo futuro no nos son muy conocidos.

¿Tiene el método en su haber curaciones completas? Hay, sí algunas. Pero aun es ínfimo el número de enfermos verdaderamente curados, con relación al de los tratados. Como consecuencia de experiencias practicadas en perros, hay que temer la alteración de las regiones sanas del parenquima pulmonar por la compresión.

Si son dudosos los resultados tardíos y las indicaciones operatorias difíciles de precisar, en casos de comienzo ó en enfermos cuyo estado sigue equilibrado, no es lo mismo cuando se trata de los resultados inmediatos que le aseguran, en algunos casos, un valor práctico considerable. Desde los estudios de Dumarest, los tisioterapeutas están conformes en las modificaciones profundas y rápidas que siguen á su empleo. Baja la temperatura, cede la hemoptisis y disminuyen los esputos hasta desaparecer.

En las tuberculosis febriles, en las bacilosis con reblandecimiento progresivo, en caso de cavernas, al practicar el neumotórax, *el resultado es sumamente probante y se detiene inmediatamente la enfermedad* (1). Se da la vida á enfermos cuya afección había resistido á todas las medicaciones.

Ganar tiempo, ganar semanas, meses y hasta años, ese objeto práctico es el que ahora permite conseguir el neumotórax artificial.

No es permitido ignorar ó descuidar este modo importante de tratamiento que debe figurar en la terapéutica provisoria, mientras esperamos se descubra el tratamiento específico de la tuberculosis.

El neumotórax no tiene valor práctico sino en casos determinados; por eso es necesario, cuando se debe iustituir el tratamiento, apreciar clínica y radiológicamente con cuidado las indicaciones y contraindicaciones, y no determinarse ligeramente, pues se podría exponer á desengaños graves y accidentes.— (*Acad. Méd. 1913*).

(1) RÉNON. "Acción de detensión del neumotórax artificial sobre la evolución de unas tuberculosis agudas."—Congr. de San Sebastian, Sep. 1912.

(2) **Congreso de médicos de Cataluña y de pueblos que hablan la lengua castellana** (*Barcelona Junio de 1913*).

Las noticias que tenemos de este Congreso permiten asegurar que será un éxito, tanto por el número é importancia de los trabajos presentados como por el gran número de Congressistas.

Las inscripciones aumentan cada día, y todo hace esperar que la Medicina de los pueblos que hablan la lengua catalana mostrará á la faz del mundo científico su espléndida y progresiva vitalidad.

La Ponencia de este primer Congreso que versa sobre el *Valor semiológico del examen de la sangre*, queda constituida de la siguiente manera:

Examen citológico y hemoglobínico: Doctores Celis y Gallart (Barcelona), Maury (Perpiñán, Francia), Pons y Pascual, Pujol y Brull, Raventós (J.) y Tarruella (Barcelona), Mas y Magro (de Valencia).

Viscosimetría.—Dr. Vila y Barberá (de Valencia).

Coagulación.—Doctores Freixas y Clotet (Barcelona).

Examen químico.—Doctores Cloter, Dalmau, Genové, Oliver y Rodés, Serrallach (de Barcelona), Peset Alexandre (de Valencia).

Examen legal.—Doctores Peset Cervera (de Valencia), Saforcada y Verderau (de Barcelona).

Bacteriología.—Doctores Alomar, Grifols, Lleó y Morera, Moragas, Pagés (de Barcelona).

Inmunidad y Anafilaxia.—Doctores Turró, Arruga (de Barcelona), Comas (de Palma de Mallorca), Pagés (de Barcelona).

Artículo adicional al Reglamento del primer Congreso de médicos de lengua catalana.

La Junta organizadora, aunque recomiende los tres temas anotados en el Reglamento, admitirá cualquier comunicación sobre Biología siempre que se presente 15 días antes del Congreso y que su objeto sea adecuado á la finalidad del mismo.

3) **XI Congreso internacional de Francia**.—El Congreso se celebrará en los salones de Kurhans de Scheveningne que la Dirección de la Sociedad de baños de mar ha puesto á disposición del Comité Organizador.

Su Alteza Real el príncipe Enrique, de los Países Bajos, dispensa al Congreso su alta protección y los ministros del interior y del exterior han sido destinados para presidente y vice-presidente de honor respectivamente.

La compañía Holando-americana, el Batavíer Line y otras compañías conceden rebajas á los Congresistas en los precios de viaje.

El Comité ejecutivo ha redactado el programa de las cuestiones que se propone someter al estudio y acuerdo del Congreso; este programa será publicado juntamente con el Reglamento del Congreso.

4) **V Congreso internacional para asistencia á los alienados.**—
Moscú (Rusia).

Han sido nombrados por el Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes, delegados españoles en este Congreso D. Nicolás Achucano y el ilustrado frenólogo y Director del manicomio de Nueva Belén, D. Arturo Giné Masriera.

Creemos acertar afirmando que la Psiquiatría española desempeñará un buen papel con tan distinguida representación.

5) **XII Congreso internacional de Oftalmología.**—(*Julio y Agosto de 1914.* San Petesburgo).

El catedrático de Oftalmología de la Facultad Central ha sido nombrado delegado español y miembro del Comité de organización.

Los oculistas españoles pueden dirigirse al Dr. Marquez, quien está autorizado por el Comité de organización para recibir los títulos de las comunicaciones así como las cuotas de los adheridos.

