

GACETA MÉDICA DEL NOROCCIDENTE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXI

Bilbao Septiembre—1915

Núm. 249

SUMARIO

- Sobre las funciones del bazo*, traducción del Dr. W. L. Albó.
*¿Adenolipomatosis con prodominio cervical ó Enfermedad de Hodg-
kins?*, por R. García Díaz (con tres fotografías).
La viruela en Bilbao, por Univaso.
Revista de Revistas.
Sobre la demostración de meningococos en el líquido cerebro-espinal.
Centro de Información Comercial del Ministerio de Estado.
La escasez de medicamentos.

Sobre las funciones del bazo ⁽¹⁾

En el Hospital Municipal de Moabit, en Berlín. (Sección del Consejero Privado, Dr. G. Klemperer).
(Ueber die Funktionen der Milz). Dr. Hans Hirschfeld, asistente al Instituto para investigaciones sobre el cáncer. Deutsche Medizinische Wochenschrift, número 37, 1915. Traducido por el Dr. W. L. Albó.

Ya se sabía desde los tiempos antiguos, que el bazo no es un órgano importante para la vida. Plinio refirió la posibilidad de extirpárselo á los perros, sin que perecieran por semejante operación. La antigua y notoria tradición, también citada por Plinio, de que en la antigüedad se extraía el bazo á los corredores á fin de evitarles la punzada dolorosa que presentaban á menudo durante la carrera, en la región esplénica, es una prueba á favor de la gran amplitud que adquirió la doctrina de la inutilidad de esta entraña.

A pesar de eso, muchos médicos y naturalistas se ocuparon con asiduidad en el problema de las funciones esplénicas, pues ellos no pudieron representarse cómo no habría de tener impor-

(1) Conferencia dada en la Sociedad para Medicina interna de Berlín, el 3 de Marzo de 1915.

tancia un órgano tan grande y que aumenta progresivamente á través del reino animal; pues todos los vertebrados, á excepción del *Amphioxus* y algunos peces inferiores, poseen el bazo.

No quiero disertar en este lugar sobre las numerosas teorías especulativas que fueron erigidas durante el transcurso de los siglos á propósito de la importancia de este órgano. Quien se interese por esas cuestiones, puede dirigirse á la obra de Giesker, «*Splenologie*» y á la de Heinrichs, «*Krankheiten der Milz*», aparecidas respectivamente en los años 1835 y 1843, las cuales ocupan en detalle de la parte histórica del asunto. Sólo Giesker, refiere 177 trabajos sobre las funciones del bazo. Únicamente recordaré con mucha brevedad, que al bazo se le imputaron relaciones con el funcionamiento de la corteza cerebral, con la elaboración de la bilis, con la secreción del jugo gástrico, con la producción del quilo; que ya muy anteriormente se le consideró como una glándula sanguínea y que algunos autores vieron en él un reservorio sanguíneo quien regularía la distribución de la sangre en la cavidad abdominal. Krans ha designado muy acertadamente con la denominación de «la edad de la tradición del bazo» á este primer período de conjeturas acerca de su función.

Tan sólo desde mediados del anterior siglo ha sido objeto el bazo de exactas pesquisas. Ese período fué preparado por el descubrimiento que hicieron Kölliker y Ecker, independientemente el uno del otro, de unas células esplénicas conteniendo corpúsculos sanguíneos. (*Blutkörperchenhaltigen Zellen*).

Con eso se probó una de las más importantes funciones del bazo, es decir, su función destructora de la sangre. Los ulteriores progresos sobre esta cuestión, los debemos tanto á los estudios experimentales, como igualmente en especial, á las investigaciones clínicas. En los últimos siglos se hicieron esplenectomías cada vez más á menudo, y los estudios sobre las alteraciones sanguíneas después de la extirpación del bazo en el hombre, nos han proporcionado muchas é interesantes aclaraciones. Además, nuestros conocimientos acerca de la importancia del bazo, han sido fomentados por el estudio clínico y anatómo-patológico de muchas enfermedades, especialmente de aquellas de la sangre que presentan mayor ó menor tumoración esplénica durante su curso. recordaré en particular, la leucemia, la policitemia, la anemia perniciososa y la ictericia hemolítica. En especial en estos últimos años ha sido publicada una gran serie de hechos importantes, los cuales demuestran que el bazo, efectivamente, es un órgano en general supérfluo, mas, empero, no un órgano inútil, sino que, antes bien

ha de desempeñar importantes funciones. En la actualidad existe ya un material tan grande, disperso en aisladas publicaciones, que creo oportuno dar una resumida ojeada sobre nuestros actuales conocimientos respecto á las funciones del bazo, en los que, sobre todo, yo mismo he colaborado algo. No sólo consideraré los estados normales sino también los patológicos.

Que el bazo no es un órgano de importancia vital, no solamente se prueba por la experimentación animal y la intervención operatoria en el hombre, sino asimismo por la observación, altamente interesante, hecha en los tiempos antiguos y en los recientes, de que hombres nacidos sin bazo pueden alcanzar una edad elevada sin que jamás se observe trastorno alguno en ellos. Por otro lado, se ha probado repetidamente una regeneración del bazo, ó lo que es igual: múltiples y pequeñísimos bazos, después de la esplenectomía. Es natural que podemos sentar, en vista de esos procesos regenerativos, la conclusión de que el bazo no es un órgano inútil.

A favor de eso habla mucho el que sean diferentes las funciones esplénicas en las distintas especies animales y el que no sea exactamente igual en todas las especies el valor del bazo, comparado con la totalidad del organismo. Aún será expuesto más especialmente este asunto, cuando tratemos de la formación de la sangre. Al presente, sólo indicaré que el tamaño relativo del bazo, en proporción con el de la totalidad del organismo, varía extraordinariamente en las diversas especies animales.

El bazo de los conejos, por ejemplo, es muy pequeño en comparación con el cuerpo del animal y, al contrario, extremadamente grande en el ratón y la rata. No es raro en manera alguna encontrar un bazo de rata del mismo tamaño que el de un conejo, cuyo cuerpo, sin embargo, es cuando menos, de 10 á 20 veces mayor que el de la rata. De ello se está autorizado á concluir que el bazo juega, con toda probabilidad, un papel más importante en el ratón que en el conejo. Yo quisiera indicar además sobre esto, que el bazo de algunos animales, por ejemplo, el de los cerdos, muestra una riqueza muy extremada en fascículos musculares lisos, y, en consecuencia, es contráctil en alto grado. También podemos deducir de ello algunas funciones especiales.

El bazo humano posee asimismo una cierta contractilidad, como lo prueba su contenido, si bien moderado, en fibras musculares lisas, y ya Henle logró contracciones del bazo bajo el influjo de la corriente farádica. No puede decirse con seguridad si tal contractilidad tiene alguna importancia valorable para la distribu-

ción de la sangre. En todo caso, el bazo es muy dilatable, como todos los órganos cavernosos. Y no puede apenas dudarse de que en el hombre se hipertrofia durante la digestión lo mismo que se ha visto repetidas veces por la sección en vivo de los animales. Del aumento de volumen del bazo mientras la digestión, se ha inferido que él participa de alguna manera con actividad en ella.

Conocidos son los experimentos de Schiff, quien ha afirmado que la tripsina del pancreas sería activada por una secreción interna del bazo. Sobre esta cuestión han sido publicados una gran serie de trabajos, en diferentes sitios. La mayoría de los posteriores investigadores no pudieron confirmar la opinión de Schiff, de modo que hoy solamente podemos decir que el bazo, en efecto, aumenta de volumen al tiempo de la digestión, pero ignoramos si este aumento congestivo es únicamente pasivo, si depende de una fuerte hiperhemia de los órganos de la cavidad abdominal durante la digestión, ó si el bazo tiene evidentemente en alguna forma desconocida, una participación activa en la digestión.

El aumento de volumen del bazo en los trastornos del aparato circulatorio, depende de la congestión sanguínea y, en parte, seguramente también la esplenomegalia de la policitemia verdadera: eritremia. Ya he dicho en otra ocasión, que el aumento volumétrico del bazo es, en esta afección, un acontecimiento provechoso para el organismo, en tanto él sea sólo dependiente de la hiperhemia. Tenemos en esta enfermedad un aumento considerable de la cantidad de sangre, al cual seguirá una intensa elevación de la presión sanguínea si no se instala una dilatación de las vías circulatorias.

Positivamente, en los casos de policitemia sin aumento de volumen del bazo, se aprecia una elevación muy fuerte de la presión sanguínea, mientras que si existe gran tumoración esplénica, únicamente se observa un pequeño aumento de la presión ó completa ausencia de elevación en ella. Debemos ver en parte, por lo tanto, en dicha esplenomegalia acompañante á la eritremia, un acontecimiento compensador favorable que obvia una elevación de la presión sanguínea amenazadora para la vida. Yo quiero recalcar, con toda intención que no me explico, la tumoración del bazo en la eritremia, como un suceso pasivo y solamente consecutivo á la excesiva dilatación de los espacios cavernosos del bazo, debida á la elevada cantidad de sangre. En los enfermos de ictericia hemolítica depende asimismo la esplenomegalia, en gran parte, de una enorme congestión del bazo, como lo mismo se ca-

racteriza el bazo por un sorprendente aumento de su contenido en sangre en los enfermos de anemia perniciosa.

Únicamente desde la reforma de la hematología por Ehrlich, estamos bien orientados sobre las funciones hematopoyéticas del bazo.

En los años precedentes reinaron muchas ideas falsas acerca de esta cuestión. Desde Ehrlich sabemos que el bazo humano no forma nunca hematies en estado normal, y jamás leucocitos granulados. Estos elementos son producidos, indudablemente, por la médula ósea. Por el contrario, el bazo está interesado, en unión con los ganglios linfáticos y demás aparatos linfáticos, en el nacimiento de los linfocitos sanguíneos. Estos toman origen en los folículos esplénicos. También se halla en la pulpa esplénica, grandes células que en parte tienen aspecto endotelial y por otro lado se asemejan á los grandes elementos mononucleares sanguíneos. Como más tarde veremos, los grandes elementos endoteliales tienen especialmente la función de engullir y destruir los glóbulos rojos. Con seguridad, no son sólo los linfocitos los únicos elementos procedentes del bazo y transportados al torrente circulatorio, sino asimismo las grandes células mononucleares. Ya Kölliker pudo demostrar que la sangre venosa del bazo, es mucho más rica en leucocitos que la normal. El bazo no produce otros elementos aparte de los dos citados. De aquí resulta que el papel del bazo como órgano hematopoyético, únicamente es baladí, pues ambas formas celulares citadas, son también originales en otros numerosos órganos.

Se ha estudiado con frecuencia el modo de comportarse la sangre después de la extirpación del bazo al hombre y á los animales. Kurloff demostró, bajo la dirección de Ehrlich, que en los casos á quienes se ha extirpado el bazo, se aprecia una multiplicación de leucocitos, lo cual depende, indudablemente, de un vigoroso auge de linfocitos, aumento que suele durar más de un año, para desaparecer de nuevo lentamente. Es de evidencia, que en ello hemos de ver un acontecimiento hipercompensador. El organismo, y en primer término los ganglios linfáticos, precaven la pérdida de la sangre en linfocíticos—que sería originada por la destrucción de folículos esplénicos—á causa de una nueva formación, excesivamente aumentada, de estos elementos, cantidad que al principio retrograda con lentitud á fin de que circulen de nuevo el número normal de linfocitos en la sangre. Igualmente se aprecia después de la extirpación del bazo, una eosinofilia que desaparece de nuevo con lentitud, la cual se atribuye á una excitación de la

médula ósea. Varios autores ha observado asimismo un crecimiento del número de los grandes mononucleares sanguíneos, luego de la esplenotomía. Después de la extirpación del bazo en el hombre, ha sido comprobada una conducta completamente análogo de la sangre. Al contrario, Port hechó de menos la aparición de una linfocitosis en los conejos. De ello precisamos deducir, que en el conejo—de la pequeñez de cuyo bazo llamamos anteriormente la atención—no juega el bazo un papel tan importante como en los otros animales. No quiero omitir que la cantidad engendradora de linfocitos poseída por el bazo, ha sido de nuevo utilizada por Frey y Lury, para fundamentar sobre ella una especie de diagnóstico funcional del bazo. La linfocitosis presentada luego de la inyección de adrenalina, condujo nuevamente á estos autores á la suposición de que ésta excita la contractilidad de las fibras musculares lisas del bazo, expulsando por este mecanismo una mayor cantidad de linfocitos en el torrente circulatorio. Si no funciona el aparato folicular del bazo, no aparece la linfocitosis adrenalínica. Posteriores investigaciones sobre esto, hechas por Kräuter, no han tenido buen resultado. Precisamos amplios y posteriores ensayos para determinar el valor que pueda tener este diagnóstico funcional del bazo.

Cuanto de menor importancia es la función hemato-poyética del bazo normal, tanto más grande é importante es ella bajo ciertas condiciones patológicas. Las prodigiosas esplenomegalias que encontramos en los enfermos leucémicos, sólo dependen de una formación sanguínea aumentada y alterada patológicamente. En la leucemia linfática, hallamos una hiperplasia del foliculo esplénico con plena atrofia lenta de la pulpa. En los casos progresivos, solamente se compone el bazo de linfocitos. En la leucemia mieloide, la pulpa se transforma en tejido mieloideo y produce indudablemente iguales elementos que antes únicamente se originaban en la médula ósea: mieloblastos, mielocitos y hematies nucleados. Por ello se instala una atrofia total del foliculo, de modo que á veces no es posible diferenciar en una leucemia mieloide progresiva, si un corte ó un frote es tejido esplénico ó de la médula ósea. En tales casos es de especial importancia la actividad del bazo para formar con largueza hematies. Se halla de vez en cuando leucemias mieloides en las cuales la médula ósea ha adoptado una actitud supurativa y se encuentra en estado de la conocida transformación purulenta. Con frecuencia no es posible encontrar en tales casos una cantidad valorable de hematies en la médula ósea. Pero que en esos casos todavía tiene el organismo eritrocitos, lo acredita

en primer lugar el bazo, en el cual se halla á menudo, bajo semejantes condiciones, considerables eritroblastos. Por lo demás, también pueden participar los linfáticos y el hígado en la formación de eritroblastos. Tal vez dependa la muerte que casi siempre sigue á la extirpación del bazo en los casos de leucemia mieloide, de que en parte se priva al cuerpo de su órgano más importante formador de eritroblastos.

Mas también en otras afecciones, en las anemias, en las enfermedades infecciosas, en los tumores malignos, se encuentra frecuentemente fuertes metaplasias, mieloides del bazo. Sin duda, estas no son casi nunca de tal importancia como para hablar á favor de una efectiva utilidad para el organismo. En parte compar-ten también la formación de la esplenomegalia, lo que indudablemente depende en gran parte de otras alteraciones que diremos más tarde. Há y una afección en la cual es de importancia vital para el organismo esta función vicariante del bazo por la médula ósea.

Son aquellos casos de tumoraciones metastásicas generalizadas de la médula ósea, en las cuales es suplida por tejido tumoral toda la médula de los huesos largos y cortos. En tales casos se ha visto una elevada metaplasia mieloide del bazo. Se debe admitir que en semejantes casos el bazo suple vicariamente á la médula ósea destruída, y que la función hematopoyética, en especial la formación de los hematies, es desempeñada por él solo preponderantemente. Asimismo, en experiencias en animales, se ha podido provocar la transformación mieloide del bazo, después de la amputación de muchas extremidades. Por lo demás, la aptitud del bazo á convertirse en mieloide, es esclarecida á través de la ontogénesis y filogénesis. En el embrión humano, el bazo es un órgano puramente mieloide durante largo tiempo; en la mayoría de nuestros animales de laboratorio se encuentra casi siempre en el bazo, si bien con escasez, elementos mieloides rojos y blancos, y en los peces, que, sobre todo, no poseen médula ósea, el bazo es, en unión del tejido peri-renal, el único órgano formador de la sangre.

De mayor importancia es el papel del bazo como órgano destructor de los corpúsculos sanguíneos, que ha sido descubierto por Köllicker y Ecker, como ya al empezar recordé. Los grandes elementos endoteliales de la pulpa, tienen la aptitud de engullir y destruir los corpúsculos sanguíneos. Estas células contentoras de corpúsculos sanguíneos fueron ya encontradas por Köllicker, además de en el bazo, también en la vena esplénica y en la vena

porta. Ellas transportan, por lo tanto, para ulterior elaboración en materia colorante de la bilis, los detritus de los corpúsculos sanguíneos, del bazo hacia el hígado. En el hombre sano se encuentra siempre pocas células que contengan corpúsculos sanguíneos, mientras que en condiciones patológicas se halla grandes cantidades. Ellas son especialmente numerosas, como es sabido, en el bazo tífico, mientras su cantidad no está elevada en la medida que era de esperar, en la anemia hemolítica, en la anemia perniciosa ó en la ictericia hemolítica. Por eso es por lo que se ha suscitado la cuestión de si los hematies no son todavía destruidos de algún otro modo en el bazo. Primeramente se debía esperar que al destruirse la hemoglobina ingresara en el plasma la materia colorante de la sangre. Entonces debiera aguardarse que el suero de la vena esplénica contuviera materia colorante. Los datos que encontramos en la literatura acerca de este punto, se contradicen unos con otros. Evidentemente, la técnica de esa investigación es muy difícil. Yo he podido obtener siempre un suero por completo libre de materia colorante, en la vena del bazo. Pero es muy posible que es imaginable que la disolución de la hemoglobina sea tan lenta, que pasen al plasma tan mezquinas cantidades, que se sustraigan á nuestros corrientes medios de investigación. Finalmente, no podemos tampoco rechazar que se forma en el bazo un incoloro producto de destrucción de los eritrocitos. Todas estas cuestiones aguardan todavía su solución.

Acaso se ha procurado aislar sustancias hemolíticas del bazo, porque se presumió la existencia de ellas en él. Esas sustancias servirían para la destrucción extracelular de los hematies. Los resultados de estas investigaciones han sido contradictorios. Algunos autores consiguieron descubrir hemolisina en el bazo, sólo pudo ser demostrada, naturalmente, por aquellos métodos que no procuraron alteraciones químicas profundas y extensas en las partes del órgano de las cuales se extraía. Por consiguiente, sólo se utilizaron extractos de bazo en solución clorurado-sódica fisiológica, ó en la solución de Ringer. De este modo, no se ha conseguido hasta hoy, de manera indudable, probar que el bazo normal contiene sustancias destructoras de los corpúsculos sanguíneos. A pesar de eso, yo tengo por muy probable que en el bazo se verifica no solamente una destrucción intracelular de los elementos sanguíneos, sino asimismo otra extracelular. La hemolisis de la anemia perniciosa y de la ictericia hemolítica, en cierto modo elevada, no se podría aclarar, por lo demás, pues no se halla de ninguna

manera en esas enfermedades un aumento especialmente fuerte de las células que contienen elementos sanguíneos.

Respecto al modo de verificarse el más delicado mecanismo de la destrucción sanguínea en el bazo, puede asegurarse que en éste se cumple una preparación para el definitivo proceso de transformación, el cual tiene lugar en el hígado, de la hemoglobina en materia colorante de la bilis. Una gran parte de la sangre que atraviesa el bazo, es, pues, preparada en el bazo y puesta en condiciones para su definitiva elaboración en materia colorante biliar. A propósito del más fino mecanismo de ese proceso, estamos informados con muchísima insuficiencia.

(SE CONTINUARÁ).

¿ADENOLIPOMATOSIS CON PREDOMINIO CERVICAL Ó ENFERMEDAD DE HODGKINS?

HISTORIA CLÍNICA, POR R. GARCIA DIAZ

Hospital de Basurto.—Clínica del Dr. Díaz Emparanza

TOMAS DOMINGO DELGADO

Natural de Valtiendas (Segovia), *vecino* de Bilbao, desde hace 14 años, *estado* casado sin hijos, *oficio* labrador (antes, pues ahora no se dedica á nada); *salud habitual* buena, ingresó en Agosto 1915.

Antecedentes hereditarios: Los padres se casaron de veintitantos años, el padre murió de 100 años á consecuencia del cólera, la madre á los 90 años y ambos no padecieron antes ninguna enfermedad digna de mención. Una tía carnal falleció á los 102 años. Fué el primer hijo y contrajo matrimonio de 50 años.

Enfermedades que ha padecido: De niño tuvo sarampión, á los 17 años dice que se fracturó la clavícula derecha, á los 50 años tuvo una pulmonía, hasta hace 30 años ha tenido frecuentes epistaxis, desde que reside en Bilbao padece dolores reumáticos en las extremidades inferiores. No ha hecho *excesos* en el trabajo y si algunos en la *bebida*, es muy *fumador*.

Antigüedad de la enfermedad actual: Empezó hace 30 años.

Modo de comenzar y curso que ha seguido: Se inició por una tumoración del tamaño de un garbanzo, situada en el ángulo izquierdo del maxilar inferior, no sabiendo á qué atribuir esto; le duró en igual estado como un año, desapareció y observó poco después que empezaban á salirle más tumoraciones en el cuello, sin que tuviese dolor ni ningún otro síntoma que le llamase la atención.

Estas tumoraciones fueron aumentando de volumen muy rápidamente adquiriendo en poco tiempo (meses) el tamaño actual.

Estado actual: (22 de Julio de 1915).

Generalidades.—*Estatura:* 1 metro y 52 centímetros, *peso:* 44 kilogramos (tiene el mismo peso desde hace 6 años). Edad 75 años.

Conformación orgánica: Regular.

Estado de nutrición: Músculos y paquete adiposo poco desarrollados.

Estado de la piel: Coloración pálida poco acentuada, *hay edema* bastante pronunciado en las extremidades superiores y menos señalado en la parte superior del tórax.

El enfermo no guarda ningún *decúbito* especial y su estado de fuerzas es débil.

Estado psíquico: normal.

Temperatura: Es normal (36,5 casi constantemente).

Pulso: Normal, más bien algo lento de 56 á 60 pulsaciones.

Cabeza: Cráneo algo pequeño, apófisis mastoides muy grandes.

Cara: Simétrica, expresión normal.

Oídos: Nada de particular.

Nariz: Sensibilidad olfatoria algo disminuida, fosas nasales permeables al aire.

Labios: Algo cianóticos.

Mucosa bucal, encías y secreción salival: Bien.

Lengua: Ligeramente saburral, folículos de la base un poco hipertrofiados, amígdala derecha medianamente hipertrofiada.

Deglución: Muy fácil.

Guello: Es corto, muy ancho, su perímetro es de 39 centímetros en su parte media, es deforme sobre todo en su base y partes laterales y posteriores.

Glándula tiroidea: Está algo aumentada.

Ganglios linfáticos: (Fot. núms. 1, 2 y 3). Debajo del ángulo izquierdo del maxilar inferior se toca uno del tamaño de una avellana, en la axila derecha hay dos pequeños. En la parte inferior de la región mastoidea derecha hay dos masas esferoidales, que

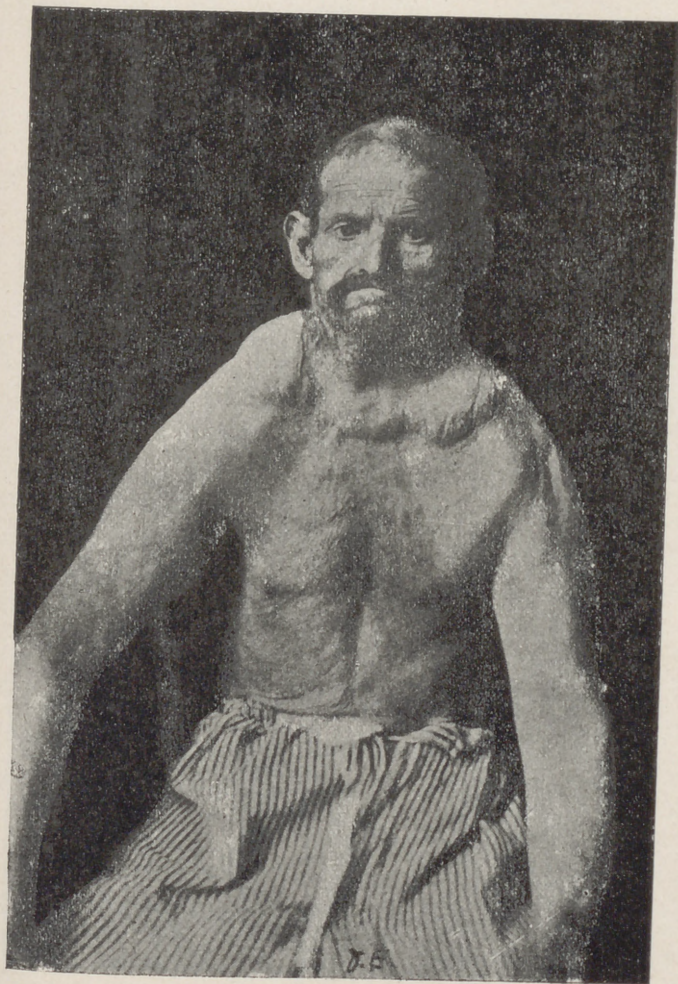


FIGURA 1

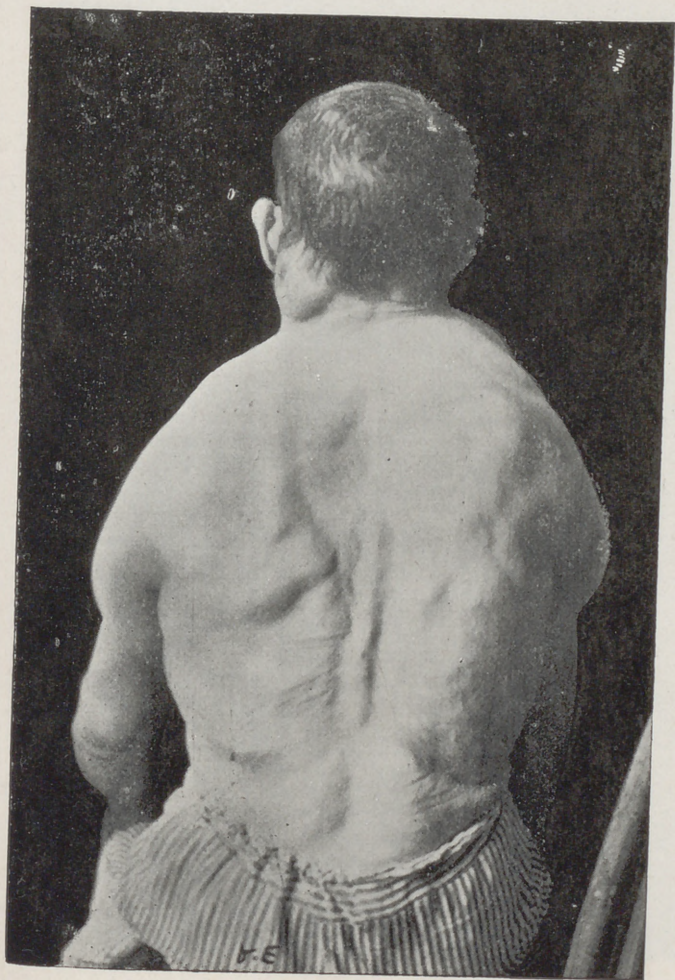
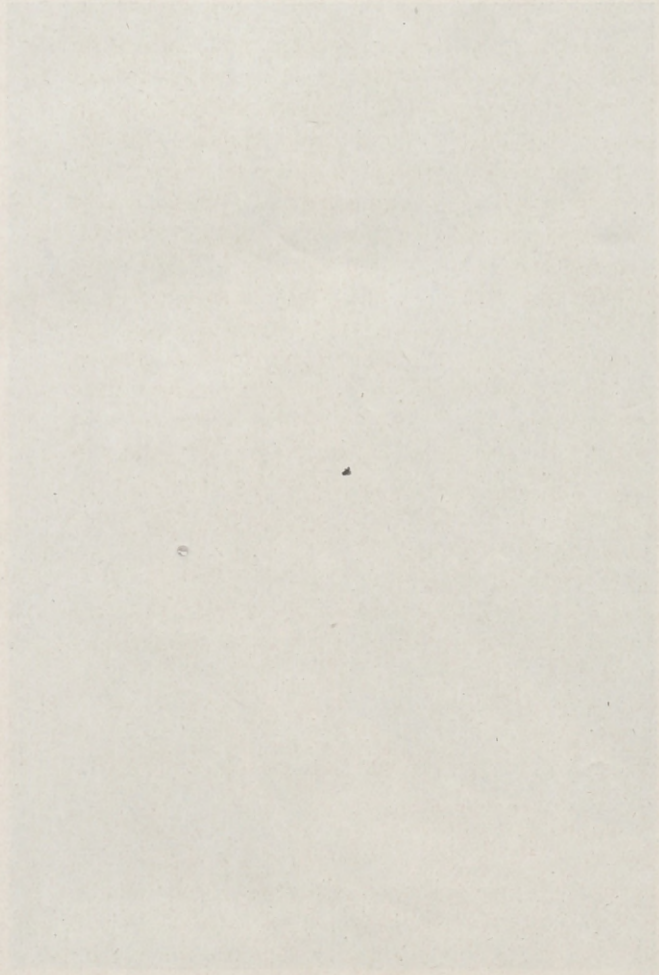


FIGURA 2



s
d
d
o
d
c
p
d
t
la
h
q
si
t
e
tr
ll
el
un
gi
N
re

ra
ch

qu

tra
mo
del
víc

te

se continúan la una con la otra, son subcutáneas y la más anterior del tamaño de un huevo, la otra es algo menor; su consistencia es dura. En la parte inferior de la región mastoidea izquierda hay otras dos tumoraciones superficiales del tamaño de una naranja y de un huevo, su consistencia es blanda. En la parte lateral derecha del cuello, arrancando de su base y ocupando toda la fosa supraclavicular, existe una tumoración esférica de 11 centímetros de diámetro. En el lado izquierdo del cuello, ocupando la misma situación que la anterior, hay otra de igual forma y tamaño. Por delante y un poco hacia la parte interna de la articulación escapulo-humeral hay otra tumoración de 5 centímetros de diámetro y otra que mide 4 centímetros en sentido vertical y 6 transversalmente, situada en la parte anterior de la región infrahioidea. Todas estas tumoraciones son lobuladas y estos lóbulos, que se aprecian en su espesor, son bastante duros y tres casi iguales de unos 4 centímetros de diámetro para el tumor situado en el lado derecho del cuello y 6 para el del lado izquierdo, siendo de diversos tamaños, pues el mayor mide 4 centímetros y el menor 1. El tejido que cubre y une estos tumores es de consistencia blanda; la piel de estas regiones tiene un tinte algo más rosado que la del resto del cuerpo. No hay ninguna cicatriz. Por palpación se aprecia que estos tumores tienen adherencias profundas.

Laringe: Voz normal

Torax: Fosasa supra é infraclaviculares ocupadas por las tumoraciones descritas. En la parte superior del pecho se destaca mucho una red venosa.

Respiraciones: Número normal.

Percusión: Normal.

Auscultación: Murmullo respiratorio algo áspero en el lado izquierdo.

Vibraciones: Normales.

Corazón: Bien.

Radioscopia: Nada de particular, unicamente algún ganglio traqueal hipertrofiado; la zona correspondiente á los vértices pulmonares aparece obscurecida debido á que los tumores que hay por delante de estas regiones disminuyen la transparencia. En la clavícula que dice se fracturó no se observa ninguna anormalidad.

Abdomen: Hígado normal.

Bazo: Normal ó muy poco aumentado de volumen.

Extremidades superiores: Están muy edematosas, ligeramente cianóticas y con la red venosa muy visible.

Extremidades inferiores: Dolores á lo largo de su parte ex-

terna, más acentuados en la extremidad izquierda, donde adopta la forma de ciática y hay un poco de atrofia.

Reflejos: Normales.

ANÁLISIS DE ORINA		(23 de Julio)	(29 de Julio)
CANTIDAD		Unos 1,000 gramos	Unos 1,000 gramos
COMPOSICION EN GRAMOS POR MIL	ORINA NORMAL	ORINA ANALIZADA	ORINA ANALIZADA
Aspecto	Claro	Amarillo parduzco	Turbio
Densidad	1018-22	1012	1012
Reacción	Acida	Acida	Alcalina
Urea	19-24	15,30	14,09
Cloruros.	7-9	5,40	4,20
Acido úrico.	0,35-50	0,316	0,30
Id. fosfórico	1,8-2,1	1,412	1,45
<i>Cuerpos anormales</i>	Albúmina.	Indicios	Se acusa
	Mucina	Indicios	No
	Glucosa.	No	No
	Pigmentos biliares..	Biliberdina	No
	Urobilina	No	Indicios
	Indican	En exceso	No
	Otros cuerpos	No	No
<i>Sedimentos formados por</i>	Uratos sódico y amoniaco y células del epitelio de la vejiga y cuello.		Igual mas leucocitos y hematies.

ANÁLISIS DE SANGRE: (2 de Agosto).

	SANGRE NORMAL	SANGRE ANALIZADA
Hemoglobina.	100 X 100	79 X 100
Hematies por m. mc. . . .	4.500-5.00.000	4.000.000
Indice de coloración. . . .	1	0,98
Leucocitas por m. mc. . . .	7-9000	12.200
Relación globular	1 X 500	1 X 327

FÓRMULA LEUCOCITARIA

	SANGRE NORMAL	SANGRE ANALIZADA
Polinucleares	71×100	72×100
Mononucleares	2×100	3×100
Linfocitos	24×100	23×100
Eosinófilos	$2,5 \times 100$	2×200
Mazellen	$0,5 \times 100$	Algunos

VARIACIONES PATOLÓGICAS

Paikilocitosis: Algunos.

Alteraciones de estructura: No.

Id. de tamaño: No.

Mielocitos: No.

(DR. ANGEL LÓPEZ.)

DIARIO CLÍNICO:

Julio 23.—El enfermo tiene algo de diarrea, cuatro ó cinco deposiciones diarias, por cuyo motivo se le pone á dieta láctea y se le prescriben unos sellos de bismuto.

24.—Hace menos número de deposiciones.

25.—Está bien y se le manda ración común, á petición suya. El edema de las extremidades superiores aumenta.

27 y 28.—Continúa aumentando el edema de las extremidades superiores; se queja de picor en los antebrazos y la piel de éstos está eritematosa, á pesar de estos trastornos se encuentra bien y se levanta.

31.—Otra vez tiene diarrea. El edema igual.

Agosto 1.º—Sigue lo mismo; á leche y sellos de bismuto.

2.—Cede la diarrea y algo el edema, continúa el prurito y eritema de los antebrazos.

4.—Vuelve algo de diarrea; los antebrazos lo mismo.

5.—Pidió y obtuvo el *alta*. Se marchó por temor de que se le extirpara un trozo de tumor para su estudio.

Dignóstico: La primera impresión que produce este enfermo, es de que se trata de una *adenolipomatosis*, con predominio cervical; pero si nos fijamos un poco veremos que, en esta enfermedad, el crecimiento de las masas tumorales es muy lento, cosa que no sucedió en nuestro enfermo, en el que los tumores aumentaron de tamaño rápidamente, quedando después en la forma y volumen actual. Además, la adenolipomatosis, adopta una forma más simé-

trica, y en ella los lipomas se localizan preferentemente en la *nucha*, muy especialmente al empezar. En nuestra historia observamos que el primer tumor se presentó en el ángulo izquierdo del maxilar inferior y que los que aparecieron posteriormente crecieron mucho en poco tiempo; además, las tumoraciones ocupan regiones correspondientes á ganglios. Teniendo presente todo esto, podía pensarse en el síndrome de Hodgkins, y aunque el resultado del análisis de sangre de nuestro caso, exprese aumento de la cifra de leucocitos, lo que pudiera alejarnos de la *adenia*, tenemos que tener en cuenta que además de que esta leucocitosis no es intensa, suele presentarse en los últimos períodos de dicha enfermedad, aun más pronunciada á veces. Todo nos induce á creer que se trata de un caso de enfermedad de Hodgking, de forma crónica, pues á parte del diagnóstico diferencial establecido, no cabe ya hacerlo con la tuberculosis y sífilis ganglionares y sarcoma del cuello, que únicamente cuando empezó la enfermedad de que hemos tratado podría haber dado lugar á confusiones. No pudimos conseguir que el enfermo nos permitiera la extirpación de un trozo de uno de los tumores, cuyo estudio histológico sería interesantísimo: si podemos llegar á hacerlo, daremos cuenta de su resultado.

El caso es importante, sobre todo por su curso largo y benigno, lo que prueba, que á veces, es la localización especial la causa de la terminación rápida y funesta, como ocurrió en otro caso observado en la misma Clínica hace tiempo, el cual falleció por asfixia, por compresión tráqueo-bronquial, sin cuadro de caquexia, ni síntomas generales que señalaran malignidad especial de los tumores. Es que no hay un cuadro único de enfermedad de Hodgkins, y la prueba es el sinnúmero de nombres que tiene, desde la *adenia* de Trousseau hasta la *seudo-leucemia* de Coahuén, las variaciones de lesiones anatomopatológicas, las distintas participaciones del bazo, médula ósea, ganglios linfáticos, etc., etc., que hacen que todavía no se pueda señalar á este proceso como bien conocido y limitado.

Septiembre 1915.



LA VIRUELA EN BILBAO

Cuatro casos de la enfermedad variólica en esta capital, produjeron un estado de opinión que se reflejó en la prensa periódica. Es posible que en cualquiera otra población, esos casos de invasión variólica en el curso precisamente de las fiestas de Bilbao, se hubieran pasado de *matute* y ni la prensa ni el público se hubiera dado cuenta de su existencia. ¿Cuál era el mejor camino á seguir; el silencio y por lo tanto el desconocimiento público de la existencia del foco ó por el contrario la publicidad y la toma de medidas de previsión á la vista de todos? Indudablemente el segundo; mucho más si se tiene en cuenta que, dadas las condiciones de preservación e inmunidad en que está el vecindario de esta villa, existía la esperanza de que el foco ó focos quedarán limitados á los casos antedichos. Y efectivamente, las medidas se tomaron y todos los individuos que formaban parte del personal de las barracas de feria fueron vacunados ó revacunados, procediéndose á la desinfección escrupulosa de los lugares en que los enfermos habían estado y á éstos se les condujo al Hospital (sección de infecciosos). Desgraciadamente de los cuatro casos importados (niños todos) han sucumbido; pero afortunadamente el contagio no ha sobrevenido y el estado higiénico de la villa, en cuanto á esta enfermedad afecta, es inmejorable. ¡Es de sentir que en demografía sanitaria de la villa engañen que figurar en el presente año tres fallecimientos de esta enfermedad; pero tendremos muy buen cuidado en su día de hacer constar que los dichos casos no corresponden en rigor á Bilbao, que tiene, no la fortuna, sino el honor, en lo que á esta afección se refiere, de estar á mayor altura que el resto de las capitales de España y á tanto que las mejores del Extranjero!

¿Pero acaso por las manifestaciones que anteceden puede deducirse que la *viruela* ha desaparecido de Bilbao para lo futuro? No; es cierto que los resultados han sido sumamente halagüeños; pero el Instituto Municipal de Vacunación sabe perfectamente que la enfermedad variolosa, cual enemigo sagaz y traidor, nos acecha siempre y que siempre por lo tanto hay que luchar contra ella, sosteniendo la continua vacunación de los niños principalmente, pero también de los adultos y entre éstos de los inmigrantes. Aun así la *viruela* ha de subsistir en casos aislados, porque nunca podremos estar libres de la importación de alguno ó algunos ó de que por sistemática oposición de algunos padres, se nieguen ellos á vacunarse.

y no consientan que lo hagan los hijos; pero las epidemias que asolaban á esta villa con triste constancia, esas no volverán á reaparecer; pero aun en el supuesto que llegaran, todas las medidas están tomadas para hacerlas abortar en plazo corto.

La muerte de un niño por viruela supone un *infanticidio* por ignorancia ó desidia; la de un adulto supone un *suicidio*. «*En el alma de toda madre tiene que quedar cruelmente labrada la culpa de la muerte de su hijo por viruela.*»

El único medio de concluir con las epidemias de esta enfermedad, es la vacunación. El pueblo que no vacuna á sus habitantes está condenado á viruela á perpetuidad.

Es, por lo tanto de necesidad, por exigirlo así deberse humanidad y de caridad cristiana, que todos y cada uno de los que nos dedicamos al sacerdocio de la profesión médica, en lo que nuestras fuerzas alcancen, trabajemos para convencer los que ignoran y á los otros que tienen ideas contrarias á la verdad, ó necesario proclamar que la vacuna no atrae la viruela, sino que la preserva: de que la operación de la vacunación es insignificante y sin consecuencia alguna; de que todas las épocas son buenas para vacunar, pero que la higiene, más que aconsejar exige, principalmente cuando la viruela existe en la vecindad.

No hay más que pasar la vista sobre los cuadros adjuntos, para ver qué consecuencias más aterradoras producía en Bilbao las distintas y casi continuas epidemias de viruela: considerar las relaciones inmediatas que Bilbao, pueblo que crecía extraordinariamente por una inmigración continua, tenía con la viruela y era hoy libre de enfermedad tan asquerosa como cruel y mortífera debido á la vacunación y revacunación constante, tenaz, de sus habitantes.

UNIBASO.

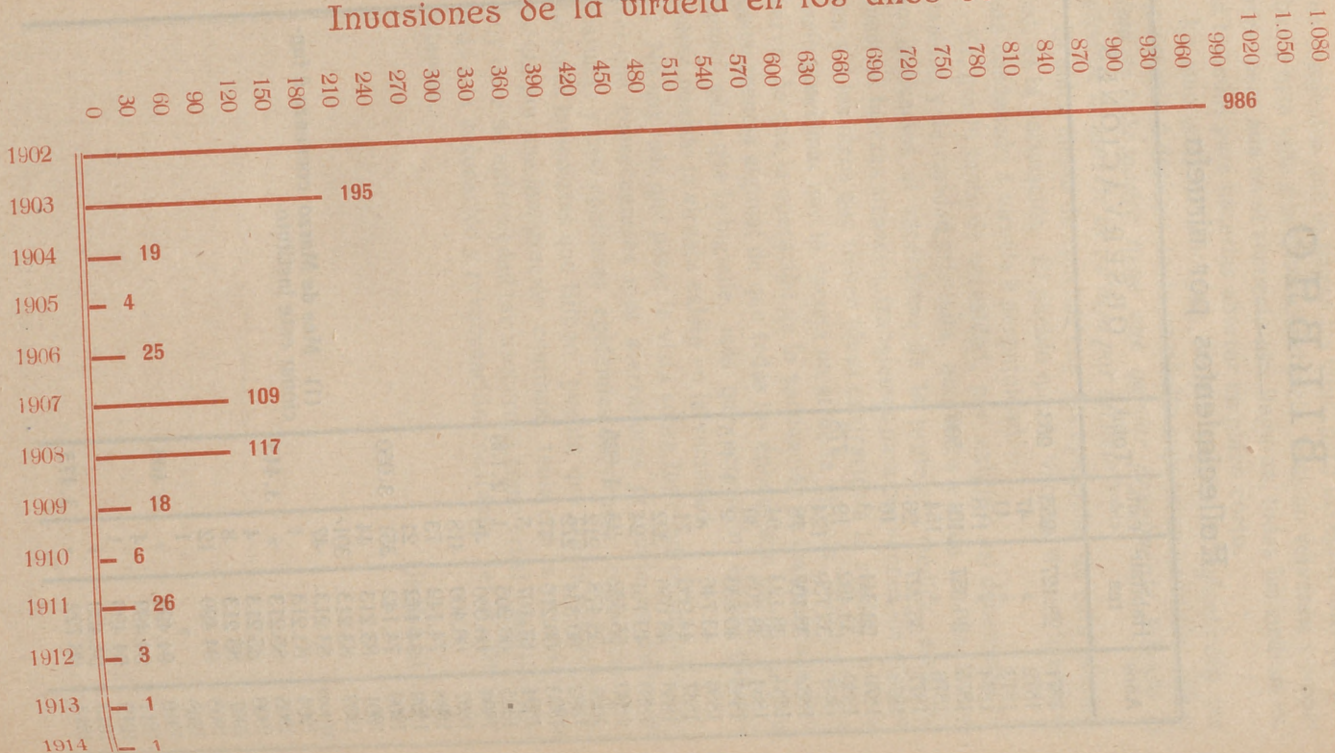
BILBAO

Fallecimientos por viruela

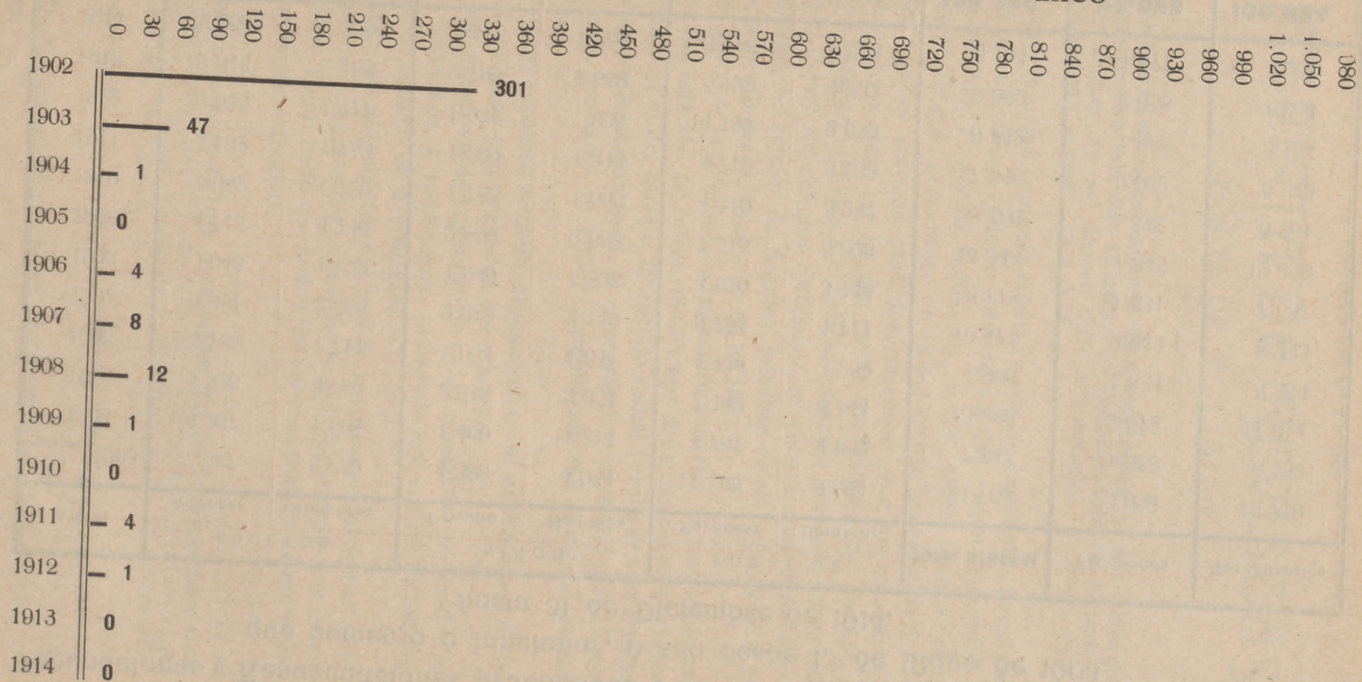
Años	Habitantes	Fallecidos	Total	OBSERVACIONES
1871	28.127	253	253	
1872	»	47		
1873	»	41		
1874	»	118		
1875	26 357	101	560	
1876	»	154		
1877	35.227	26		
1878	»	16		
1879	29.341	3		
1880	33.492	19	778	
1881	35.759	124		
1882	38.107	78		
1883	38.123	94		
1884	38 208	39		
1885	40 833	2	1.115	
1886	43.746	»		
1887	44.986	71		
1888	48 056	392		
1889	49 161	24		
1890	55.632	23	1 625	
1891	58 478	212		
1892	60 334	279		
1893	60.210	17		
1894	61.107	5		
1895	66.205	1	2.139	
1896	66.000	48		
1897	66.409	418		
1898	74.142	73		
1899	74 142	21		
1900	74.142	351	3.050	
1901	83.213	44		
1902	83 213	301		
(1) 1903	83 213	47		
1904	83.213	1		
1905	85.213	»	3.443	
1906	85.213	4		
1907	85 213	8		
1908	94 499	12		
1909	»	1		
1910	94.499	»	3 468	
1911	94.499	4		
1912	94 499	1		
1913	94.499	»		
1914	96.722	»	3.473	

(1) Mes de Marzo comienza á funcionar este Instituto.

Invasiones de la viruela en los años de



Defunciones por causa de la viruela en los años



Vacunaciones y Revacunaciones practicadas por el Instituto Municipal de Vacunación desde
 que comenzó á funcionar, ó sea desde 1.º de Mayo de 1903
 hasta 31 de Diciembre de 1914.

280

AÑOS	ADULTOS		NIÑOS		TOTAL DE		TOTAL GENERAL	Vacunados	Revacunados
	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras			
10 meses 1903	7.567	5.750	4.398	4.054	11.965	9.804	21.769	3.050	18.719
1904	3.367	1.666	1.400	1.314	4.767	2.980	7.747	1.558	6.189
1905	4.626	3.790	2.516	2.354	7.142	6.144	13.286	2.272	11.014
1906	3.180	1.711	1.064	1.541	4.744	3.252	7.996	1.634	6.363
1907	3.481	2.568	2.273	2.149	5.754	4.717	10.471	2.248	8.223
1908	3.040	1.922	1.930	1.826	4.970	3.748	8.718	1.631	7.087
1909	4.715	4.146	2.800	2.682	7.515	6.828	14.343	1.845	12.499
1910	3.082	1.782	1.737	1.505	4.819	3.287	8.106	1.345	6.761
1911	3.102	1.788	1.600	1.345	4.712	3.133	7.845	2.002	5.843
1912	2.928	1.777	1.231	906	4.159	2.683	6.842	1.638	5.154
1913	2.346	2.168	2.799	2.669	5.125	4.837	9.962	2.058	7.904
1914	2.359	1.529	1.417	1.399	3.776	2.298	6.704	1.477	5.227
	43.803	30.597	25.645	23.744	69.448	54.341	123.789	22.806	100.984

REVISTA DE REVISTAS

POR EL DR. W. L. ALBO

Consideraciones sobre los reflejos y su comportamiento en la tabes.— (Considerazioni sui riflessi e sul loro andamento nel decoso della tabe dorsale). A. Deuti, Riv. di Patol. nerv. e ment., 1914, XIX, p. 1.

Denti examinó cuarenta tabéticos con los siguientes resultados: En 44 por ciento los reflejos rotulianos y del tendón de Aquiles estaban abolidos en ambos lados; en 16 por ciento los dos reflejos patelares estaban presentes; en 18 por ciento los reflejos del tendón de Aquiles estaban perdidos, mientras que los rotulianos se hallaban presentes: en 14 por ciento los reflejos del tendón de Aquiles estaban abolidos y el reflejo rotuliano presente en un lado; en 4 por ciento los reflejos rotulianos se encontraban presentes y los reflejos del tendón de Aquiles faltaban en un lado, y en 4 por ciento los reflejos existían sólo en un lado.

Los reflejos tendinosos del miembro superior persistieron más que los del inferior. El reflejo del triceps desapareció primeramente, y después el del biceps. El reflejo radial persistió más tiempo.

De los reflejos cutáneos, el cremastérico persistió más tiempo en un lado, mientras el reflejo epigástrico fué el más á menudo abolido.

Denti no encontró relación alguna entre las alteraciones de los reflejos cutáneos y la gravedad del ataque.

En muchos casos de comienzo de tabes encontró exagerados los reflejos cutáneos y tendinosos, indicando eso una irritación precediendo al estadio de destrucción.

La parálisis del esfínter fué uno de los primeros síntomas objetivos de tabes. Aparte del signo de Argyll Robertson que nunca se modificó, Denti halló que todos los reflejos podían reaparecer, luego de haberse abolido.

Accidentes mortales después de la inyección del Salvarsan. (Ueber Todesfälle nach Salvarsan), Profesor doctor Bernhard Fischer (Frankfurt a. M.) Deutsche m. Wochenschrift, números 32 y 33, Agosto, 1195.

El autor deduce de su extenso artículo, las siguientes conclusiones:

1. Hasta hoy se han manifestado como trastornos debidos al salvarsan:

- a) Las necrosis localizadas en el sitio de la inyección.
- b) La encefalitis hemorrágica.

Todavía no están aclaradas las condiciones especiales que dan origen á la última complicación.

2. Los casos de muerte en que no es posible una investigación macroscópica y microscópica muy exacta, completada en ciertos casos con la investigación química, deben separarse por completo cuando queramos juzgar sobre el modo de obrar del salvarsán.

3. Igualmente, en los casos de muerte luego de la inyección del salvarsán, debe de tomarse en consideración la posibilidad de una intoxicación por el mercurio. Eso ocurrió en un caso interpretado como muerte por el salvarsán, mientras la investigación química probó que había sido por intoxicación mercurial.

4. El salvarsán no actúa tóxicamente sobre las células hepáticas. La atrofia aguda amarilla del hígado, es una consecuencia de la misma sífilis y no originada por el salvarsán.

5. La acción tóxica del salvarsán, no corresponde á una intoxicación arsenical. Las únicas observaciones que lo contradicen—las de Lube—no se han mantenido firmes por la crítica.

Corea y reacción de Wassermann.—Chorée et réaction de Wassermann.) M. S. Comby y M. Queyrat. (Société Médicale des Hopitaux. París, 30 Julio 1915.)

Comby halló en seis casos de corea la R. W. negativa en la sangre y en el líquido cerebro-espinal. Cree que en los casos de coexistencia de sífilis y de corea, se puede dudar del papel etiológico de la primera. En cambio, la reacción á la tuberculina fué positiva 24 veces en 36 coréicos examinados.

Queyrat, distingue una corea infecciosa que puede interesar, junto con el sistema nervioso, el pericardio, el corazón, las articulaciones, etc.; y los estados coréicos, en general dependientes de la sífilis.

Meningitis cerebro-espinal aguda y diplo-streptococo encapsulado.—(Meningite cérébro-spinale aiguë et diplo-streptocoque encapsulé.) Señores F. Trémolieres y P. Lœw. Société Médicale des Hopitaux. París, 30 julio 1915.

Refieren la observación de un caso de meningitis cerebro-espinal con el hallazgo de un diplococo en la sangre y en el líquido. Creen que la infección se hizo por vía sanguínea.

Estudio histológico de un caso de paraplejía por conmoción debido al estallido de un obús.—(Etude

histologique d'un cas de paraplégie par commotion par éclatement d'obus.) Señores H. Claude, J. Lhermitte y señorita M. Lozez. (Société Médicale des Hopitaux. París, 30 julio 1915.)

La conmoción medular sin lesiones de la columna vertebral ni de la médula, puede ocasionar lesiones profundas de la médula, que, en vista del caso investigado, son probablemente de naturaleza vascular y, en ciertos casos, del tipo isquémico. La sintomatología de estos casos puede aproximarse á la de las compresiones medulares, y la reacción ependimaria y el edema medular podrían tal vez justificar una intervención quirúrgica para descomprimir la médula.

Trastornos de la secreción sudoral en las lesiones radiculares del plexo braquial.—(Troubles de

la sécrétion sudorale dans les lesions radiculaires du plexus brachial.) E. Porak. (Société Médicale des Hospitaux.) París 30 de Julio 1915.

1. En las lesiones de las raíces ó de los troncos del plexo braquial, es característica la disociación de los síntomas. En las parálisis radiculares superiores, se comprueba, por ejemplo, la parálisis motriz del deltoides, del biceps y del supinador largo; la anestesia del territorio innervado por el ramo cutáneo interno del radial y una sudación normal provocada.

Al lado de las formas disociadas, se encuentra aún un síndrome radículo-simpático cuando las raíces son alcanzadas cerca de su origen, en la vecindad del ganglio simpático cervical inferior.

2. La sudación provocada, permite á menudo hacer el diagnóstico diferencial entre una parálisis orgánica y una parálisis neuropática.

3. En el síndrome radicular total, en medio de los trastornos profundos de la motilidad, de la sensibilidad y de las reacciones eléctricas, es difícil juzgar con frecuencia la importancia de los elementos nerviosos susceptibles de funcionar todavía.

Inversamente, en el síndrome radicular total frustrado, la prueba de la sudación muestra que ciertos troncos están más profundamente interesados.

El edema histérico.—(L'ademe hystérique). Lebar. (Société Médicale des Hopitaux. París, 30 julio 1915.)

Refiere un caso de edema considerable de la mano que desapa-

reció casi por completo después de ocho meses de existencia, y en un tiempo extremadamente corto, á consecuencia de una terapéutica desconocida por el enfermo y capaz de impresionar su imaginación. Opina que el edema histérico no debe aún borrarse del cuadro nosológico.

Tratamiento de la fiebre tifoidea con la vacuna de Besredka.—(Die Behandlung des Typhus abdominalis mit Besredkas Vazine.) Dr. Eugen Szécsy. (Budapest.) D. m. W. n.º 33, Agosto, 1914.

El autor concluye su trabajo con el siguiente resumen:

1. Se inyecta subcutáneamente en la pared abdominal á dosis progresivas, y durante cuatro días consecutivos, de 1 á 4 c.c., en total 10 c.c., que contienen cinco asas de platino de bacilos tíficos, de vacuna de Besredka que no sea más antigua de 10 á 12 días y que contenga media asa de platino de bacilos tíficos en 1 c.c. Aunque el tifus abdominal no es curado abortivamente, como sucede con la vacuna de Ichitarra (1), no obstante, la persistencia de la afección durante varias semanas, de los tiempos pasados, se ha restringido á seis ú ocho días, incluídos los cuatro de la vacunación, sin causar molestia alguna al paciente, ni en el sitio de la inoculación ni en su estado general.
2. Con este método de administración de la vacuna de Besredka, se reducen al mínimum las recaídas—en una cuarta parte de nuestros vacunados, —y fueron alejadas por completo con una nueva inyección de la última dosis, es decir, con 4 c.c. las elevaciones de temperatura que eventualmente aparecen semejando recaídas. La desaparición se hizo, bien por crisis, ó bien por lisis lenta en uno ó dos días.
3. La circunstancia de que las positivas recaídas curen, por la repetición de la última dosis, en forma de crisis ó en lisis de uno á dos días, podemos emplearla como recurso diagnóstico de los síntomas clínicos de la recaída de la fiebre tifoidea.
4. La vacunoterapia de Besredka reduce la mortalidad al mínimum; en nuestros casos al 2 por 100.
5. El proceder citado, es de tan sencilla ejecución que no sólo puede ser llevado á cabo en clínicas y hospitales, sino asimismo, y con la mayor facilidad, en la práctica privada, sin que por ello se originen molestias al enfermo ó á sus familias.

(N. del T.)—Ichitarra recomendó la inyección intravenosa de bacilos tíficos sensibilizados. (Zschr. f. Immun. Forsch. 23 S. 32.)

Sobre la acción inmunizadora de los hematies y bacterias tíficas sensibilizadas y no sensibilizadas.—(Ueber antigene Wirkung sensibilisierter und nicht sensibilisierter Blutzelleu und typhusbakterien.) Profesor L. von Liebermann y doctor D. Acél. (Budapest.) D. m. W. Número 33, Agosto 1915.

Los autores, después de la exposición de los ensayos hechos separadamente con hematies y bacilos tíficos, terminan con el siguiente resumen:

No existe ninguna diferencia en la aptitud para formar aglutininas y anticuerpos citolíticos y bactericidas, entre los hematies y bacilos tíficos sensibilizados y los no sensibilizados, respecto al valor que pueda tener la cantidad de anticuerpos circulante para medir su modo de obrar. La cantidad de estos anticuerpos en el suero sanguíneo es prácticamente la misma en ambos casos.

El anterior resultado confirma nuestra conjetura, ya expuesta en la Real Academia de Medicina de Budapest, en la sesión del 27 de Enero de 1915, según la que no podía existir ninguna diferencia esencial entre el efecto terapéutico de la vacuna, fuera ella fabricada con gérmenes sensibilizados, con tal de que la dosis de vacuna contuviera, demostrables con toda seguridad, la cantidad de anticuerpos necesaria para cumplir el efecto inmunizador y terapéutico. Las experiencias clínicas conocidas desde entonces parecen igualmente confirmarlo.

Tratamiento exclusivo de la sífilis por el salvarsan. (Syphilisbehandlung ausschliesslich mit Salvarsan.) Por el Privatdozent Dr. Rudolf Krefitng. (Cristiania.) D. m. W. Número 33, Agosto 1915.

El autor hace largas consideraciones sobre su experiencia, que alcanza á 2.300 inyecciones de salvarsán, y estudia los casos aisladamente en la sífilis primaria, secundaria, terciaria y latente. Cita 10 casos de reinfección y recuerda los 20 casos de Gennerich, los cuales son una prueba de la esterilización del organismo por el arsénico.

Seis de sus 10 casos reunieron las rigurosas condiciones siguientes:

1. Segura y completamente comprobada una infección anterior.
2. Intervalo libre de recidiva clínica y serológica entre las dos infecciones. (El tiempo libre de recidiva, precisa ser compro-

bado bastante inmediatamente antes de presentarse la segunda infección.)

3. Seguridad absoluta de que el chancro está en lugar distinto á aquél de la manifestación primaria anterior.

4. Aparición de una R. W. positiva dentro del período de tiempo usual en la sífilis reciente.

5. Presencia de la adenitis inguinal.

6. Presentación de la roseola típica.

Al final deduce las siguientes conclusiones:

1. El tratamiento exclusivo é intensivo de la sífilis con salvarsán, parece ser de tan buenos resultados que el tratamiento mixto con salvarsán y mercurio.

2. En los casos de sífilis primaria se observó—hasta donde nos permita juzgar la experiencia de algunos años—la curación, casi excepcionalmente, por medio de fuertes dosis de salvarsán, dadas con intervalos de unos 14 días.

3. Por hoy no puede fijarse una regla para suministrar el salvarsán en los casos de sífilis secundaria. Sin embargo, debe ser practicado largo tiempo el tratamiento, y continuarse aunque sea negativa la R. W.

4. No pudo determinarse una contraindicación verdadera de este remedio.

La insolación.—Forma meníngea progresiva.—

Forma cardiaca.—(De l'insolation. Forme meningée progressive.—Forme cardiaque.) Camille Lian. (La Presse Médicale, 16 de Septiembre de 1915.

Refiere dos formas anormales de insolación: la forma meníngea progresiva y la forma cardiaca.

En la *forma meníngea* ha comprobado, como en otros casos ya publicados, la existencia habitual de una reacción meníngea en las formas graves de insolación, sea simple hipertensión del líquido cefalo-raquídeo que se escapa á chorro ó en gotas rápidas, sea, más rápidamente, reacción leucocitaria de predominio polinuclear y luego linfocitario. Estos datos del líquido cerebro-espinal, unidos á cefálea, vómitos, delirio, contracturas, convulsiones, trastornos pupilares, etc., indican que la insolación da lugar á un síndrome meníngeo que puede tomar el aspecto de una meningitis subaguda ó aguda, benigna ó grave.

En la *meníngea progresiva*, todo ocurre como si los desórdenes provocados por la insolación aumentaran progresivamente á causa

de la repetida exposición al sol, para llegar, en fin, al cabo de varios días, á realizar un síndrome meníngeo bien característico. En esta forma, la desaparición de los síntomas, lo mismo que la aparición, es lenta, de una á dos semanas. La asociación en este síndrome, cuando es intenso, de la cefálea y los vómitos, con una ligera rigidez de la nuca, esbozo del signo de Kernig y la elevación de la temperatura, hace pensar en una meningitis aguda, pero la hipertensión y la ausencia de reacción leucocitaria del líquido cefalo-raquídeo, unidas á la anamnesia, permitirán reconocer un síndrome meníngeo ligado á la insolación.

De la *forma cardiaca* de la insolación, expone la historia de un caso típico de verdadera forma cardiaca de insolación. Observó una dilatación aguda del corazón con una arritmia extremadamente marcada, y no le parece dudoso que la insolación fuera la causa de los trastornos cardiacos.

Emite la idea de que la insolación provoca una verdadera disminución de la fuerza del miocardio, por sufrir éste una impregnación tóxica, debida á los fenómenos auto-tóxicos que origina aquélla.

«También la fatiga muscular, la marcha rápida, la ascensión de una pendiente, son especialmente nocivas cuando se unen á un fuerte calor: de una parte acentúan el proceso de auto-intoxicación, porque el cansancio muscular ya realiza de por sí una auto-intoxicación y, además, aumenta la temperatura orgánica; de otra parte, complican la tarea del miocardio, que se halla en estado de meiopragia por efecto del fuerte calor. Explicase así fácilmente que, en un sujeto cuyo corazón es un órgano de menor resistencia, se pueda observar una forma cardiaca de la insolación, donde, á la vez que trastornos nerviosos discretos—cefálea, estado vertiginoso,—se presente una verdadera dilatación aguda del corazón.

Las aplicaciones frías en la cabeza, unidas á la punción lumbar, si se presentan fenómenos nerviosos graves, representa el principal tratamiento de la forma meníngea progresiva; y la medicación tónico-cardiaca se prescribirá en la forma cardiaca de la insolación.

Enumera los siguientes trabajos sobre insolación:

1. *Bretón*.—«Cyto diagnostic». Gaz. des Hôp., 29 Août. 1901.
2. *De Massary et Lian*.—Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 15 Février 1907.
3. *Dopter*.—«Le liquide céphalo-rachidien dans le coup de chaleur». Soc. Méd. des Hôp., Déc. 1903.

4. *Vaillard*.—Traité de Médecine Brouardel et Gilbert, «Insolation», f. IX, pp. 426-438.
5. *Poselet*.—«Du syndrome méningé dans l'Insolation», Thèse, Paris, 1908, p. 92.
6. *Vincent*.—«Recherches experimentales sur l'hyperthermie», Thèse, Bordeaux, 1887.

Factores determinantes en 100 casos de psiconeurosis.—(Journal of the American medical Asociation, 1914, 28 Noviembre.) D. Gregg.

En la mayoría, sino en todos los casos de psiconeurosis, existe un factor esencial, es decir, una tendencia psicopática natural, hereditaria ó adquirida durante la vida fetal. Si la edad en que se manifiestan estos síntomas psiconeuróticos puede ser considerada como un índice del factor patogénico predominante, se puede admitir que estos factores son sucesivamente los siguientes: sífilis, demencia, neuropatía, alcoholismo. En los psiconeuróticos predispuestos, los trastornos somáticos tienden á provocar la aparición de los fenómenos de desequilibrio de manera más precoz que las sacudidas emotivas. En general, cuanto más antigua es la psiconeurosis, más numerosos son los síntomas de la enfermedad. La proxilaxia de las psiconeurosis puede ser facilitada por un diagnóstico precoz, y la profilaxia de las enfermedades somáticas y de las conmociones psíquicas determinantes, con la ayuda de un tratamiento médico, del psicoanálisis y de la psicoterapia.

Meningitis en la difteria.—(Meningitis bei Diphtherie.) F. Reiche, Zschr. f. Kindhlk. 11. H. 5 y 6.

Las meningitis agudas pertenecen á las más raras complicaciones de la difteria. Entre 8.000 casos, solamente observó 8, de los cuales murieron 6, á consecuencia de la aparición de una leptomeningitis purulenta secundaria. En los dos casos que curaron, se instaló un grave cuadro meningítico durante el apogeo de la difteria, el cual debe interpretarse como una meningitis serosa, en vista de su terminación y del resultado de la punción lumbar. La investigación bacteriológica de sangre recientemente obtenida, dió un resultado en ambos enfermos, negativo.

Los delirios guerreros en la fiebre tifoidea.—(Les délires guerriers dans la fièvre typhoïde). Devaux y Logre. La Presse Médicale, núm. 44, 1915.

Los autores han observado que el delirio de los tíficos, tanto en el frente como en los hospitales de retaguardía, se militarizó, siendo en un buen número de soldados un delirio esencialmente guerrero, es decir; un «delirio de ocupación». A pesar de la desorientación y del estupor á veces profundo, los enfermos conservaban el patriotismo y la disciplina, obedeciendo al oficial, á lo que antes no habían logrado los enfermeros. Un delirio bastante frecuente fué el del retorno momentáneo con sus familias, el que se acompañó casi siempre de ideas melancólicas. Entre éstas, sobresalieron supuestas faltas á la disciplina. La guerra fué el tema bastante habitual de sus conversaciones ficticias y de sus fabulaciones. Las ideas delirantes de grandeza fueron casi siempre de orden militar. Un tífico con confusión mental á tipo paralítico, creía haber muerto dos veces; una, luchando al lado de Rusia y la otra como soldado francés; entonces creía que estaba combatiendo bajo la bandera serbia.

Excepcionalmente se notaron ideas de sosaecha é inquietud, análogas á las de los perseguidos.

Terapéutica de la psicosis alcohólica.—(Therapie der Alkoholpsychosen). C. Hudovernig. (Budapest). Neurolol. Zbl. núm. 16, 1915.

Recomienda el siguiente tratamiento:

Descanso absoluto en cama; administración de un preparado de digital, aunque el corazón parezca normal; dar durante 8 ó 10 días una inyección de clorhidrato de pilocarpina, cuya dosis inicial sea de cinco miligramos en los primeros días, y aumentarla sucesivamente hasta un centígramo. En la primera semana aconseja una dieta ligera, principalmente líquida. El insomnio y demás fenómenos nerviosos exigen un tratamiento especial. Los baños sólo se emplearán excepcionalmente. Los casos con manifiesta debilidad cardiaca y con arterioesclerosis, son excluidos de este tratamiento.

DR. W. L. ALBO.



Sobre la demostración de meningococos en el líquido cerebro-espinal

(Neben den Nachweis von Meningococos in der Lumbalflüssigkeit.) Dr. E. Fränkel. (Heidelberg.) Deutsche med. Wochenschrift, núm. 36, 1915. Traducido por el Dr. W. L. Albó.

En nuestros ensayos encaminados á asegurar el diagnóstico bacteriológico de la meningitis epidémica, por medio del cultivo de los meningococos existentes en el líquido cefalo-raquídeo de los enfermos, obtuvimos frecuentemente, al principio, un resultado negativo con el empleo de las estrías directas y los medios de cultivo sólidos, como agar-ascitis y agar-suero. Evidentemente, ello dependía, ó de que los meningococos eran muy escasos, ó de que, en parte, perdían con rapidez su aptitud vital ó su función reproductora.

Por esa razón, nosotros empleamos, desde hace ya largo tiempo, un método con el cual se obtiene una cantidad sorprendente de meningococos y que tiene muchas analogías con el proceder de Obé (1). Este autor quiso facilitar al médico práctico la investigación de los meningococos, pero su método no nos parece muy recomendable porque es á menudo demasiado difícil formar con él juicio exacto.

Nosotros mezclamos unos c.c. de caldo-ascitis-agar (Asciteagarbouillon) con unos c.c. de líquido cefalo-raquídeo, con el fin de obtener una cantidad abundante de sedimento por simple reposo ó centrifugando. Partimos de la idea de que los meningococos situados en el interior de las células ó en su proximidad, y que aún conservan su vitalidad, se multiplicarían y se desarrollarían, haciéndose por lo tanto más fácilmente demostrables. También pudiera ser debido á la fagocitosis todavía persistente en el cultivo.

Después de 12 á 24 horas de permanencia en la estufa á 37°, tomamos con una pipeta algunas gotas del depósito formado en el fondo del tubo, teniendo cuidado de no agitarle de antemano, y las coloreamos con azul de metileno y con el Gram.

Entonces se ponen de manifiesto muy bien las formas celulares, en cuyo interior ó proximidades hallamos grandes acúmulos de meningococos, que con otros procedimientos sólo se evidenciarían en un número extraordinariamente escaso.

Si bien, en principio, este método no encierra novedad alguna, no obstante, creemos que su aplicación práctica, en la forma descrita, debe ser recomendada por todos conceptos.

(1) M. m. W., núm. 18, pág. 610, 1910.

LA ESCASEZ DE MEDICAMENTOS

Buenas noticias

Nos escriben de Cádiz:

«Algo se aclara el horizonte con las noticias recibidas hoy por el presidente del Colegio de Farmacéuticos.

»Ministerio de Estado á presidente del Colegio de Farmacéuticos de Cádiz:

»San Sebastián, 16 (5,10 tarde).—Tengo el gusto de participarle que, según telegrafía el embajador de S. M. en Londres, el Gobierno británico ha accedido á que la concesión para salvoconductos para el tránsito de Holanda á España de los productos de origen alemán, á cuya circulación ha ofrecido no poner obstáculo trámite entre las Legaciones de España é Inglaterra en El Haya. Asimismo se ha convenido en sustituir la garantía del Gobierno de S. M. por de que cada partida que se importe en España será consumida en nuestro país por una prohibición general de exportación de dichos productos. En vista de lo expuesto, el Ministerio recabará el concurso del de Hacienda y dictará rápidamente reglas oportunas para la rápida implantación del procedimiento acordado.—Lema.»

Mucho nos place que por fin de estas gestiones previas se haya acordado lo propuesto desde hace mucho por el Colegio de Farmacéuticos de Cádiz, que ve coronados así sus esfuerzos por conjurar los graves conflictos que ya tenemos presentes. La prohibición de exportar la ha pedido el Colegio reiteradamente al Gobierno desde el principio de la guerra (la primera vez) hasta hace próximamente un mes, en que, como recordarán nuestros lectores, la solicitó en forma del Ministerio de Estado.»

Centro de Información Comercial del Ministerio de Estado

Como consecuencia de la gran demanda de folletos y prospectos de Aguas Minerales españolas, redactados en idiomas extranjeros, que han recibido en la pasada temporada nuestros Cónsules acreditados en distintos países, el Centro de Información del Ministerio de Estado ha tomado la iniciativa de editar en francés y en inglés una Guía de los Balnearios españoles en la que figuren

todos aquellos que se hallen dispuestos á cooperar en la idea y que estén en condiciones de recibir dignamente á los clientes extranjeros, así como también toda clase de fotografías y noticias de Monumentos, sitios pintorescos, Hoteles, Fondas, Clubs, Casinos, etc., y que puedan fácilmente ser visitados por los bañistas.

Dicha Guía editada y encuadrada á todo lujo, será repartida profusa y gratuitamente por medio de nuestros Cónsules en el extranjero, antes de comenzar la temporada próxima, entre los médicos más reputados de toda Europa.

Fácilmente se alcanza la importancia y beneficios que puede reportar á nuestro país una propaganda de este género, pues aunque la anormalidad actual se restableciese en plazo breve, es innegable que transcurrirán muchos años antes de que los bañistas y enfermos de Alemania, por ejemplo, vuelvan á acudir á los Balnearios franceses y viceversa.

Como detalle digno de tenerse en cuenta, baste indicar que Rusia gastaba anualmente quinientos millones de francos en los Balnearios y Aguas minerales de los imperios centrales, y es preciso aprovechar los actuales momentos para que esta corriente de turismo y de bañistas pueda venir á España en donde tantas aguas hay que, por su virtud excepcional, pueden competir, incluso con ventaja, con sus similares extranjeras.

Así, pues, llamamos la atención de los propietarios de Balnearios y Hoteles para que secunden la iniciativa del Centro de Información Comercial, remitiéndole cuantos datos estimen oportunos y cuyo conocimiento pueda ser de interés para los Médicos y bañistas extranjeros.

FE DE ERRATAS

En el número anterior aparecieron las siguientes:

En la «Revista de Revistas», página 245, línea primera, donde dice «tipo continuado» debe decir «tipo combinado»; en la línea segunda se repite la misma expresión; y en la línea 34, dice «menstruaciones», debe leerse «menstruación».

En la página 248, línea 20 (columna del lado izquierdo), se lee «vago tónico» por vago-tónico».

En el acta de la sesión del día 23 de Abril de 1915:

Página 251, línea 13, dice «las neurosias», debe decir «las neuronas».

Página 253: línea 34, se lee «un comienzo celular», léase «un comienzo medular».

Página 357, líneas 25 y 26, dice «de imbrofismo normal», debe decir «de trofismo normal».

Página 259, línea 22, dice «también puede», debe leerse «tampoco puede».

Página 260, línea 9, donde dice «se pusieron», debe decir «se propusieron».