

colorchecker CLASSIC



GACETA MEDICA DEL NORTE

1.^{ER} SEMESTRE DE 1918

NÚMERO 1.^º

ENERO 1918

TRABAJOS ORIGINALES

«*Quidquid præcipies, esto brevis*»

PREMIO 2.^º—Autor, D. Balbino Sanz y García, Inspector de Higiene y Sanidad pecuarias.

De gran interés y transcendencia es el tema que tratamos de desarrollar, con gran acierto designado por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao para concursar al premio de don José de Camiruaga.

El enunciado del mismo y la limitación de su extensión, hacen suponer que sus iniciadores desean que se exponga en forma concreta, precisa y clara, las bases esenciales higiénicas para la producción y el comercio de la leche de vaca.

Entendiéndolo así, hemos procurado formular una serie de indicaciones y de reglas, con su correspondiente aclaración, que pueden servir, al industrial, para iniciarle, al profano para advertirle y al técnico para recordarle, cuestiones que á todos afectan y que todos, en su esfera de acción respectiva, deben tener presentes para contribuir de consuno á la solución de uno de los más importantes y arduos problemas de la Higiene pública.

GACETA MEDICA DEL NORTE

1.^{ER} SEMESTRE DE 1918

NÚMERO 1.^º

ENERO 1918

TRABAJOS ORIGINALES

«*Quidquid præcipies, esto brevis*»

PREMIO 2.^º—Autor, D. Balbino Sanz y García, Inspector de Higiene y Sanidad pecuarias.

De gran interés y trascendencia es el tema que tratamos de desarrollar, con gran acierto designado por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao para concursar al premio de don José de Camiruaga.

El enunciado del mismo y la limitación de su extensión, hacen suponer que sus iniciadores desean que se exponga en forma concreta, precisa y clara, las bases esenciales higiénicas para la producción y el comercio de la leche de vaca.

Entendiéndolo así, hemos procurado formular una serie de indicaciones y de reglas, con su correspondiente aclaración, que puedan servir, al industrial, para iniciarle, al profano para advertirle y al técnico para recordarle, cuestiones que á todos afectan y que todos, en su esfera de acción respectiva, deben tener presentes para contribuir de consuno á la solución de uno de los más importantes y arduos problemas de la Higiene pública.

LA LECHE DE VACA

INSTRUCCIONES PRACTICAS
SOBRE EL PRODUCTO, ASI
COMO DE LAS MANIPULA-
CIONES Y CUIDADOS DE QUE
DEBE SER OBJETO DESDE EL
ORDEÑO HASTA SU ENTREGA
AL CONSUMIDOR

1. La leche de vaca es, por su composición y naturaleza, uno de los alimentos naturales más sanos y más completos de que puede disponer el hombre.

Su composición química es de las más complejas y adecuadas á las necesidades del organismo humano; contiene por término medio, en 100 partes, 87'20 de *agua*; 3'50 de *materias nitrogenadas* (principalmente caseína, coagulable por los ácidos y por el cuajo, y en débil proporción lacto-albúmina, coagulable por el calor, lactoglobulina, úrea, hipoxantina, creatina, colessterina, lecitinas, etcétera); 3'60 de *materias grasas* (en ellas entran la crema ó parte de materia grasa que asciende espontáneamente á la superficie del líquido y la manteca ó parte de crema que forma una masa sólida con el batido, pero ni la manteca es toda la crema, ni la crema toda la materia grasa); 5 de *lactosa* (azúcar de leche), y 0'70 de *substancias minerales* (cloruros de potasio y de sodio, fosfatos de calcio y de magnesio, gases carbónico, nitrógeno, oxígeno, etc.). La *densidad* media de la leche de vaca es 1.030.

Además, la leche constituye un *alimento vivo*, por contener diastasas ó fermentos amorfos que favorecen su digestión y poseen propiedades microbicidas.

2. La leche es un líquido sumamente delicado, difícil de obtener en condiciones de absoluta pureza y de conservar sin alteración.

La mama ó ubre no sólo es un aparato de secreción, sino un emuntorio de excreción por el que pueden eliminarse substancias perjudiciales para la salud del consumidor, si las hembras produc-

toras no se encuentran en perfecto estado de salubridad ó no están sometidas á un régimen higiénico adecuado.

Por otra parte, la leche es un producto muy expuesto á la contaminación y constituye un medio ó elemento muy favorable para la pululación de toda clase de gérmenes que pueden determinar la alteración del líquido ú ocasionar infecciones en sus consumidores.

3. Debe procurarse que la leche sea lo más pura, fresca y limpia.

Debe ser *pura* ó legítima, es decir, de composición normal y no adulterada con la adición de sustancias extrañas ó con la subtracción de alguno de sus componentes; debe ser *fresca*, por proceder de ordeño reciente y encontrarse en buenas condiciones de conservación, y debe, finalmente, estar *limpia* ó exenta de todo germen ó impureza que pudiera hacerla nociva.

4. El ideal higiénico sería disponer de una leche en las condiciones antedichas que pudiera ser consumida en crudo.

La ebullición ó hervidero de la leche, forzosamente recomendada de ordinario, hace de dicho producto un alimento inerte, destruyendo sus diastasas y disminuyendo la digestibilidad de la caseína. Además, lo mismo la cocción que la pasteurización no destruyen todos los gérmenes (el bacilo de Koch resiste temperaturas próximas á 100°) y la toxicidad de los bacilos muertos y de ciertos venenos termoestables persiste después de dichas operaciones.

5. Las causas que se oponen al ideal higiénico son muy numerosas y complejas, siendo preciso tenerlas todas en cuenta.

De ahí las dificultades para conseguir que el consumidor disponga de una leche en las condiciones apetecibles y la necesidad de educar convenientemente á los industriales á la vez que se intensifica y perfecciona la acción técnica en la inspección sanitaria de la producción lechera.

6. La leche puede no reunir las debidas condiciones para el consumo por alguna de las siguientes causas:

1.^a *Por no haberla obtenido en condiciones de perfecta integridad.*—En ocasiones, la composición química de la leche suministrada por algunas hembras es anormal: tal sucede en el *ordeño incompleto*, que proporciona una leche acuosa, muy pobre en materia grasa, ó si se suministra al ganado *alimentos muy acuosos*; y cuando se mezclan *calostros*, que poseen acción purgante. Otras veces se altera la composición de la leche: por la influencia de *diversos estados de las hembras* (ninfomanía, preñez avanzada, afecciones agudas y febriles), y, finalmente, *ciertos alimentos* (alterados, plantas ligeramente tóxicas, residuos industriales fermentados, tortas oleaginosas, etc.) y *medicamentos* (éter, cloroformo, alcanfor, esencia de trementina, áloes, ajeno, etc.) pueden comunicar á la leche un gusto desagradable y dotarla de propiedades irritantes.

2.^a *Por contener gérmenes ó productos infecciosos de los animales de donde procede.*—El bacilo de la *tuberculosis* y los supuestos microbios de la *fiebre aftosa*, del *cow-pox* y de la *rabia*, pueden transmitirse al hombre por la leche de hembras atacadas de dichas afecciones. Las *mamitis sépticas* y las *estreptocócicas* del ganado ocasionan en el hombre y con más intensidad en los niños, anginas sépticas, vómitos, catarros gástricos, etc.

3.^a *Por ser portadora de gérmenes patógenos de procedencia exterior.*—Se citan casos de transmisión de *difteria*, *tifus*, *fiebre tifoidea*, *para-tifus*, *escarlatina*, *disentería*, etc., mediante la leche contaminada por individuos atacados ó convalecientes de dichas afecciones ó por el agua empleada en el lavado de las vasijas.

4.^a *Por haberse alterado después del ordeño.*—Prácticamente, se distinguen aquí, con el nombre genérico de *enfermedades de la leche*, y con calificativos adecuados á la clase de alteración producida, diversas modificaciones ocasionadas por agentes microbianos especiales que se encuentran en las vaquerías y en las vasijas ó utensilios empleados, dando lugar á las *leches cuajadas*, que se coagulan espontáneamente por el desarrollo de ácido lácti-

co, algunas horas después del ordeño ó inmediatamente bajo la acción del calor; á las *leches sin manteca*, que producen una débil cantidad de grasa, imposible de recoger con el batido; á las *leches pútridas*, que exhalan un olor desagradable y desprenden burbujas gaseosas; á las *leches viscosas* ó *pegajosas*, que se adhieren á las vasijas y tienen aspecto filante ó mucilaginoso, alteración debida á la descomposición de la lactosa, que aparece 24 ó 36 horas después del ordeño; á las *leches rojas*, que adquieren este color algunas horas después de su recolección, por la influencia de los microbios cromógenos *Bacillus prodigiosus*, *Sarcina rosea* y *Bacterium lactis erythrogenes* y que no debe confundirse con las *leches hemorrágicas*, teñidas ya en el momento del ordeño con los glóbulos sanguíneos que contienen y que van depositándose en el fondo del recipiente; á las *lechee azules*, con manchas de dicho color que aparecen lentamente y son debidas al *Bacillus cyanogenus*; á las *leches amarillas*, producidas por el *Bacillus synxanthus Schröter* que segrega un producto análogo al cuajo, coagulando la leche, redisolviéndola y coloreándola en amarillo; á las *leches amargas*, que á las pocas horas de ordeñadas toman este sabor bajo la acción de diversos microbios.

5.^a *Por estar falsificada.*—Los fraudes más corrientes son el *aguado* y el *descremado*: con el primero se rebaja la densidad de la leche, pero el segundo la eleva, por lo que puede acusar la densidad normal una leche que haya sufrido los dos fraudes. Ninguno de ambos es nocivo para la salud, pero disminuyen el valor nutritivo del producto.

Para encubrir el color azulado de la leche aguada y para espesarla suelen emplear extracto de achicoria, flores de caléndula, caramelo, azúcar, harina ó almidón, dextrina, goma, gelatina, etc.

Para simular la crema utilizan generalmente materia nerviosa ó sesos triturados con agua, clara de huevo, etc.

Para prolongar la conservación de la leche suelen agregar bicarbonato de sosa, ácido salicílico, ácido bórico y otros productos químicos de acción nociva.

7. De lo expuesto se deduce una serie extensa de cuidados y atenciones para la obtención de una leche higiénica y para conservarla en condiciones de pureza y sanidad desde su ordeño hasta su entrega al consumidor.

Los primeros, ó sean los que preceden á la obtención del producto, son preferentemente de carácter técnico y demandan una intervención facultativa directa. Los segundos, si bien deben estar igualmente sometidos á la inspección sanitaria, constituyen el verdadero campo de operaciones de los industriales y comerciantes de la leche y comprenden una serie extensísima de pequeños detalles que reclaman una verdadera «educación especial» para ser constantemente observados.

8. Las atenciones preliminares para la obtención de la leche se refieren al estado sanitario del ganado productor y á su régimen alimenticio é higiénico.

Es preciso que todo el ganado esté exento de *tuberculosis* (que no acuse síntomas de dicha afección ni reaccione á las pruebas de tuberculina), que no padezca ninguna clase de *mamitis*, que presente buen estado de nutrición y no evidencie en general, síntomas de *enfermedad crónica*, pues de lo contrario deberá ser eliminado para producción. En los casos de *enfermedades agudas* ó de *alteraciones pasajeras* se suspenderá temporalmente el aprovechamiento de la leche para el consumo.

La *alimentación* debe ser sana, nutritiva, limpia de polvo y suciedades y los piensos se distribuirán con regularidad. Deben usarse con moderación los alimentos acuosos que producen diarreas y leche pobre (hojas de remolacha, de col, hierbas frescas), otros que son ligeramente tóxicos (hojas de chirivía, de alcachofa, pulpas frescas, vinozas, heces de destilerías y cerveceras, tortas de algodón, ricino, mostaza) y deben proibirse los alimentos mal conservados, fermentados, enmohecidos. El *agua* debe ser clara, salubre, abundante y un poco tomada en invierno.

El *régimen higiénico* del ganado estabulado exige en primer término su instalación en un establo amplio y ventilado, de pavi-

mento impermeable, provisto de canalillos de desagüe algo pendientes, reunidos por una fosa ó reguera colectora de las deyecciones líquidas y de los excrementos, con agua abundante para su arrastre y para lavado del establo; los muros, hasta una altura de dos metros y los pesebres deben estar impermeabilizados y ser fácilmente lavables; el techo y las paredes deben ser lisos y las camas cortas y suficientemente altas. Debe conservarse el establo en esmerado estado de limpieza, quitando el estiércol dos veces al día, siempre antes de distribuir el pienso, dejando correr el agua por los canales del suelo, lavando diariamente los pesebres, usando paja de cama limpia y sin polvo; los techos y los muros deben ser lavados y enjalbegados una vez al mes; no debe tolerarse que haya telarañas y los cristales han de encontrarse limpios; no deben guardarse en el establo piensos ni más útiles que los indispensables para el servicio; debe regularse la temperatura entre 15° y 20° y velar por la pureza del aire. Conviene hacer una desinfección completa de los locales por lo menos una vez al año y siempre que las circunstancias lo requieran. Debe procurarse que el ganado salga del establo una vez al día y en verano á pastar en sitio próximo.

9. La operación del ordeño y todas las manipulaciones de la leche exigen como precepto fundamental una meticulosa limpieza.

Todas las reglas pueden resumirse en ese precepto, que debe estar en la mente al realizar todas las operaciones, educándose en él cuantas personas intervienen en el manejo de la leche.

El ordeño mecánico, hoy en vías de solución, presentaría indiscutibles ventajas de orden higiénico; pero mientras no se resuelva satisfactoriamente en todos sus aspectos y se generalice su empleo, hemos de referirnos al ordeño manual.

10. Antes de proceder al ordeño debe procurarse la limpieza del ganado y del ambiente.

De no disponer de un local dedicado exclusivamente al ordeño, lo que en la práctica ofrece varios inconvenientes, debe haberse

quitado con bastante anticipación el estiércol del establo y los restos de alimentos de los pesebres; se evitará el polvo, no removiendo las camas ni los piensos, ni abriendo inoportunamente puertas ó ventanas; se prohibirá la permanencia en el establo de perros, gatos ó gallinas y se procurará, en resumen, que el aire sea puro y sosegado, declarando guerra implacable á las moscas.

Las vacas, aparte de la limpieza habitual de bruza y cepillo en horas alejadas del ordeño, serán, antes de proceder á éste, sometidas á un lavado de las ubres, nalgas, cola y periné, por medio de una esponja ó paño húmedos (no mojados) para evitar el desprendimiento de pelos, descamaciones y suciedad durante el ordeño. En el momento de proceder á esta operación, se frotarán nuevamente las ubres con un paño limpio seco ó ligeramente engrasado y se atarán las colas á las patas de las vacas.

11. Es preciso un gran aseo personal de los ordeñadores

Estos deberán jabonarse bien las manos y los brazos antes de ordeño, enjuagándose y secándose y procediendo á la operación con los antebrazos desnudos. Usarán blusones especiales que cubran todas sus ropas y mandiles muy limpios, de preferencia blancos.

12. El ordeño debe efectuarse á fondo y con gran limpieza.

El sobado ó amasamiento de la ubre preliminar al ordeño debe realizarse en seco, no empleando jamás para ello leche, ni siquiera agua. Los primeros chorros de cada pezón deben recogerse en una vasija aparte, excluyendo esa leche del consumo, por encontrarse muy cargada de gérmenes. No se debe tocar nunca la leche, más conviene que sea gustada la de cada vaca, para no mezclarla con las demás si posee mal sabor ó indicios de alteración.

El ordeño debe practicarse á fondo, extrayendo los últimos chorros, porque éstos son los más ricos en materia grasa.

13. Los recipientes para el ordeño deben estar muy limpios.

Tanto éstos como las vasijas para el transporte y reparto, deben ser lavados escrupulosamente con agua abundante, corriente y de buena procedencia, siendo muy conveniente escaldarlos diariamente con agua hirviente.

14. Tan pronto se ordeña, debe ser retirada la leche del establo.

Los numerosos peligros de contaminación que en el establo existen, demandan dicha medida, trasladando la leche a un local distinto, limpio y aireado, destinado á las demás operaciones de lechería.

15. Inmediatamente debe procederse al filtrado, mezcla y refrigeración de la leche recolectada.

El *filtrado* se efectuará mediante coladores adecuados que contienen planchetas renovables de algodón que retienen las impurezas que la leche haya podido recoger durante el ordeño. La *mezcla* se realizará en recipientes grandes y abiertos, siendo conveniente reunir la leche de todas las vacas del establo, para que su composición resulte más uniforme. La *refrigeración* es siempre conveniente é indispensable en las épocas de calor, porque la temperatura á que sale la leche y la dificultad con que se enfría, favorece la vegetación y pululación de bacterias: esta operación se realizará preferentemente por medio de los aparatos llamados refrigerantes y en último término, por la inmersión de las vasijas en agua fría.

16. Después de refrigerada, se trasvasará la leche á los recipientes de transporte.

Estos recipientes pueden ser, según la distancia y los medios de transporte empleados, las mismas vasijas para el reparto (de medio á dos litros) ó bidones de mayor capacidad. Refiriéndonos ahora á éstos, han de preferirse los metálicos, de hierro bien estañado, de aristas redondeadas, de boca ancha para su más fácil limpieza, de cierre hermético, sin corcho, ni caucho. Se tendrán en

cuenta los cuidados de limpieza expuestos á propósito de los recipientes de ordeño.

17. El transporte de la leche envasada debe efectuarse lo antes posible, evitando su agitación y calentamiento.

La *agitación* de la leche durante el transporte anticipa su acidificación, difunde los fermentos y microbios y provoca la separación de la manteca: para evitarlo debe llenarse bien los recipientes y trasladarlos con cuidado, procurando, si se utiliza para ello carruajes y carretillas, que estén provistos de buenos muelles. Para evitar el *calentamiento*, se protegerán las vasijas con paños húmedos, cuidando de colocarlas en sitio aireado, librándolas de la luz solar directa.

18. Los puestos de venta de leche al aire libre deben ser prohibidos en absoluto.

Conocidas las facilidades de contaminación de la leche, se comprende la necesidad de desterrar esa añeja y peligrosa costumbre, que, afortunadamente, ha sido extirpada en la mayoría de las poblaciones.

19. El reparto de la leche se efectuará en vasijas especiales que garanticen la inviolabilidad del contenido.

Como todas las demás empleadas deben ser de material inofensivo y de fácil limpieza. Las que reúnen mejores condiciones son las botellas de cristal con cierre de cartón parafinado y sello de procedencia.

20. Todo el personal que interviene en el ordeño, manejo y reparto de la leche, debe hallarse en perfecto estado de salud.

Son peligrosos y deben ser excluidos de la industria lechera, los individuos atacados y convalecientes de enfermedades infecto-contagiosas (tuberculosis, fiebre tifoidea, tifus abdominal, difteria, escarlatina, sarampión, viruela, sífilis, etc.), así como los que padezcan afecciones cutáneas.

**HAY QUE PONER EMPEÑO
GRANDE EN HACER BIEN
:-: LOS DIAGNÓSTICOS :-:**

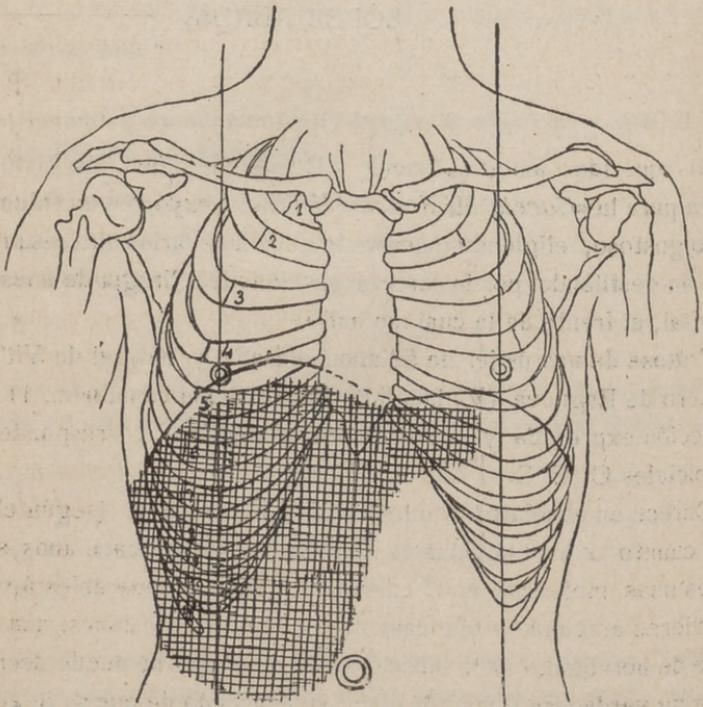
CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL
CIVIL DE BILBAO, POR JOAQUÍN
LÓPEZ ABADÍA

Mis queridos amigos Crende y Romeo me piden una historia clínica para la «Gaceta Médica del Norte», á cuyo requerimiento, acedo gustoso, eligiendo un caso de entre los varios interesantes que van desfilando por la tercera sección de Cirugía de nuestro Hospital, al frente de la cual me hallo.

Trátase de una mujer de 52 años, casada y natural de Villarmentero de Esgueva (Valladolid), que ocupa la cama núm. 11 de la sección expresada y cuyo nombre y apellidos corresponden á las iniciales C. G. S.

Carece en absoluto de antecedentes hereditarios (según ella) y en cuanto á los individuales, dice haber notado hace unos seis meses unas molestias en el costado derecho comparables á si le estuvieran arañando profundamente y en otras ocasiones, una especie de hormigueo en la misma región, pero que no puede decirse fuera un verdadero dolor. Al poco, se apercibió de que se le abultaba ese lado por debajo de las costillas, decidiéndose por ello á consultarse; haciéndolo con tres facultativos. El primero le dijo que era reumatismo y los otros dos que era un quiste que se le estaba formando en el hígado, aconsejándole que debía operarse. Como la tumefacción iba en aumento, nuestra buena mujer optó por ingresar en el Hospital para que se lo quitaran.

Estado actual.—Descubierta la región afecta, se observa una tumoración, que por inspección se ve ocupa el hipocondrio y vacío derechos, llegando á la región umbilical. Por palpación se nota que esta tumefacción es redondeada, lisa, indolora, de consistencia uniforme y tiene cierta renitencia. La percusión revela que no hay límite de demarcación entre ella y el hígado, habiendo una zona de macidez que llega, desde la quinta costilla en la línea mamilar, hasta unos 11 ó 12 centímetros por debajo del reborde costal, siguiendo la misma línea, y en el sentido transversal, empieza la macidez tumoral en la línea axilar, para terminar en la zona umbilical, según indica la adjunta gráfica.



La macidez ocupaba próximamente lo que está rayado; el borde anterior costante del hígado se había redondeado por completo y era liso.

Interrogamos á renglón seguido si había tenido ictericia y de más fenómenos de retención biliar, así como si había padecido de alguna infección intestinal, para ver si pudiera tener relación con alguna dilatación de la vexícula biliar ó abscesó del hígado, y sien-

do negativa la contestación, descartamos la idea, quedándonos tan solo con la de que se trataba de un quiste hidartídico, opinión coincidente por otra parte, con la de otros dos profesores, uno de ellos muy reputado por cierto, que la habían visto con anterioridad.

Establecido este criterio, decidimos operarle, llevándolo á cabo el 3 de Diciembre último, y en efecto, abierta la cavidad abdominal por una incisión vertical á nivel del borde externo del recto, me encuentro ¿con qué creerán ustedes?... Pues con un hermoso goma sifilitico del hígado. ¿Que si hubo falta por mi parte? No, y si á la vez. No, porque ninguna de las obras que yo poseo (y son unas cuantas) hacen una descripción semejante de los gomas hepáticos, ni yo había visto ningún caso análogo. Sí, porque hace unos tres años y con ocasión de estar yo de auxiliar en una de las secciones de Medicina de este Hospital, de la que es Jefe don Roque Prieto, tuve ocasión de ver un caso de goma pleuro-pulmonar (que otro día referiré) que nos trajo de cabeza, y desde entonces me prometí no dejar pasar ningún enfermo que cayera en mi jurisdicción con tumoraciones cuyo diagnóstico no fuera evidente, sin practicarle la reacción de Wassermann y todas las reacciones habidas y por haber para ver si se trata de sífilis, antes de poner mis pecadoras manos sobre él, y... sin embargo, por esta vez me he olvidado, con perjuicio para la enferma, que si bien desde la era antiséptica los peligros de una laporotomía no son grandes, de todos modos se le ha sometido á una operación innecesaria, con la consiguiente pérdida de fuerzas, por la cloroformización, dieta, etcétera, etc.

Por eso precisamente he elegido este caso, para si alguno lo lee y se tropieza con algo semejante, que no incurra en la omisión en que yo he incurrido y apele á todos los medios exploratorios para el diagnóstico de la sífilis y de la tuberculosis, que es otra de las enfermedades protexiformes que reserva muchas sorpresas á los principiantes. He de hacer constar además, que en el interrogatorio hecho antes de la operación relativo á la anamnesia patológica, me dijo la enferma, que antes de ésta no había sufrido de ninguna enfermedad, y después de operada, al yo insistir acerca de ella por si alguna vez había tenido alguna erupción cutánea,

ó placas en la boca, etc., etc., me dijo: ¡Ah, sí! una erupción tuve de chica en esta mano (mostrándome la derecha) que me duró siete ú ocho años y con nada se me quitaba, y al replicarle yo, ¿y eso para usted no era enfermedad? ¿Por qué cuando yo pregunté á usted antes, me dijo que no había tenido nada? Volvió á decirme: Sí, es verdad, de eso me olvidé.» Véase, pues, cuánto debe buscarse y aquilatarse todo, haciendo, después de las preguntas generales, otras concretas y encaminadas hacia el esclarecimiento de esas dos grandes plagas á que antes aludía y que tantos disgustos an de costarnos á tirios y troyanos, hasta que se logre domeñarlas, porque, eso sí, soy optimista, y tengo la esperanza de que algún día, la ciencia ha de vencerlas.

Como epílogo de esta historia diré, que vacié el goma con un htrócar, dando un punto de sutura para cerrar el pequeño orificio y que la enferma, por fortuna, sigue bastante bien y sometida, como es natural, al tratamiento específico.

UN CASO DE PERICARDITIS, SUBAGUDA, CON DERRAME

CLÍNICA MÉDICA DE HOMBRES: HOS-
PITAL DE BILBAO: DR. DÍAZ EMPA-
RANZA

El año 1915, tuvimos ocasión de leer en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, una historia clínica referente á un caso de Pericarditis con derrame sero-fibrinoso, presentando la pieza anatómica: este caso fué publicado por mi querido amigo el doctor don Félix Landín, en una notable Memoria del Doctorado. El año pasado, hemos tenido en nuestra Clínica un hombre afecto del mismo proceso, y como se trata de una enfermedad que pocas veces hay ocasión de observar en la práctica, vamos á dar cuenta en pocas líneas de este segundo caso, acompañando al texto algunos gráficos del mismo.

Se trataba de un tal Jesús Rodríguez, de 26 años de edad, soltero, natural de Vilar de Gondrame, provincia de Lugo, que ingresó en la Clínica el 14 de Julio de 1916. Manifestó que hasta el 25 de Junio, no había tenido absolutamente ninguna enfermedad, y que en su familia ninguna afección especial hubo que pudiera tener importancia. Dicho día de Junio, estando en un trabajo de minero (minas de hierro) notó flojedad, fatiga y algún escalofrío, que le obligaron el 30 á quedarse en cama: tuvo fiebre, sudores y fatiga, ésta se acentuaba por la noche, siendo el decúbito supino el que le permitía respirar mejor.

En la primera visita que le hizo mi profesor clínico el doctor

Léniz, el enfermo nada le indicó que pudiera orientarle respecto de localización, siendo la exploración la que le permitió pensar en la pericarditis: la mayoría de las veces, el enfermo de Hospital no da indicación que pueda al médico servir de guía, razón por la que muchos primero exploran y luego interrogan: el orden no hace al caso, lo importante es, que sea cual sea el sitio de que se queje el enfermo, debemos reconocerlo de cabeza á pies y desnudo.

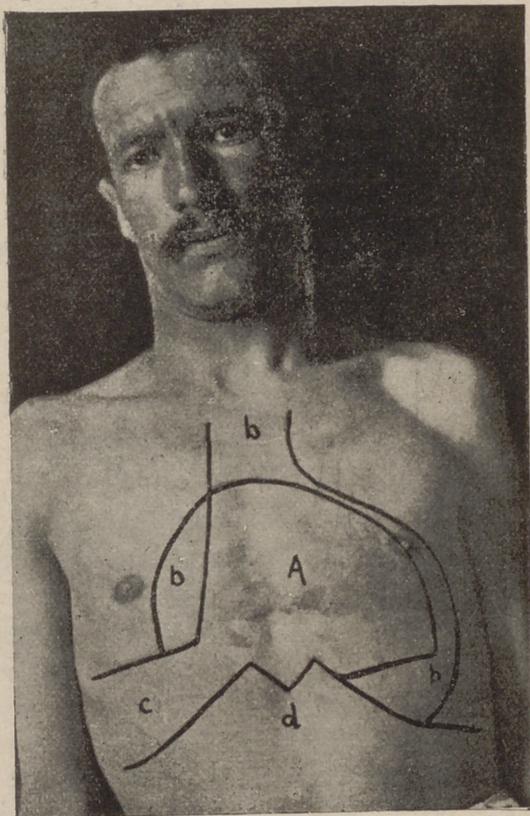
Al explorar á nuestro historiado pudimos observar lo siguiente: sujeto bien desarrollado, moreno-pálido, habla como tartamudeando, y mientras nos refiere los antecedentes de su enfermedad, al tomarle el pulso, nos llama la atención su extraordinaria frecuencia y carácter paradójico: nos encontramos con una macidez cardiaca sumamente aumentada de tamaño, como puede verse en la fotografía núm. 1, y gráfica núm. 1, en las que pueden apreciarse perfectamente, forma y límites de dicha macidez, relevándonos esto de describirla: en las partes laterales del pecho, así como en la cara posterior, nada de especial. Por auscultación se oye un ligero roce pericárdico, tonos cardiacos normales. El pulso, como hemos indicado ya, era pequeño, frecuente y de carácter paradójico: 120 por minuto con temperatura de 37'3: á pesar de esto, su actitud no denota fatiga; ha dormido en decúbito supino y con dos almohadas. En los restantes aparatos, nada especial.

Una punción exploradora en el 5.º espacio intercostal izquierdo, línea mamilar, permite extraer unos cuantos centímetros cúbicos de líquido sanguinolento, pero en vista de que no sale más, hago una segunda punción en el punto costo-xifoideo, con aguja de 0,06^m, que resulta negativa.

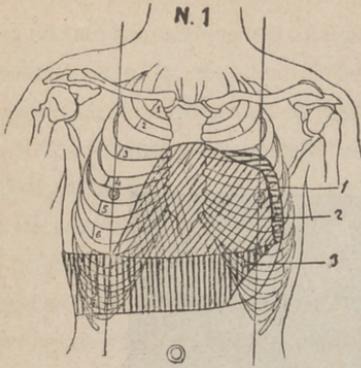
El análisis del líquido extraído, da: linfocitos escasos, células planas vacuoladas, hematies: no se observan elementos microbianos.

En la orina, no se encuentra nada anormal.

El diagnóstico de *pericarditis con derrame*, no tiene dudas en vista del resultado de la exploración y es comprobado por la punción exploradora primera: sin embargo me extrañaba no poder sacar más líquido, aunque recordaba lo ocurrido en el caso primero citado al principio, en el que dado el grosor del pericardio y las capas

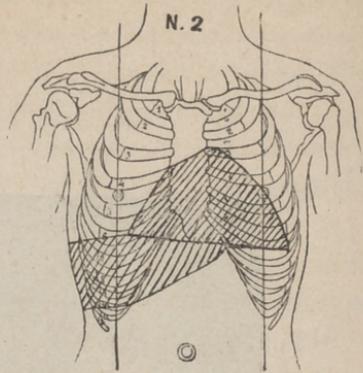


A Macidez cardíaca de derrame.—B Sub-macidez
C Macidez hepática.—D Limite costal y xifoideo.



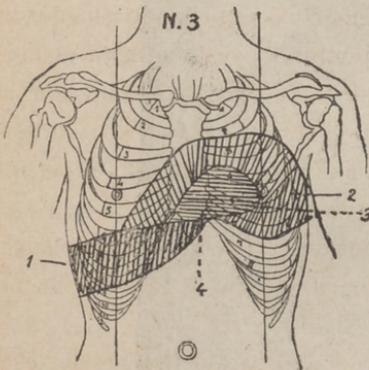
Julio-16-916

1 Macidez relativa.—2 Macidez absoluta cardíaca.—3 Macidez hepática.



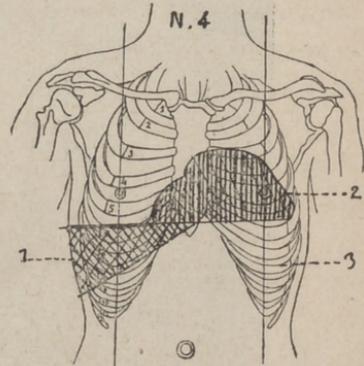
Agosto-1916

Macidez cardíaca absoluta.



Noviembre-15-916

1 Macidez hepática.—2 Macidez cardíaca antes de la punción.—3 Id. después de la punción.—4 Punto de la punción: 5 1/2 centímetros de profundidad.



Noviembre-20-916

1 Macidez hepática.—2 Macidez cardíaca.—3 Zona de Traute.
Pulso 120 = roce : choque difuso.

fibrinosas la punción epigástrica fué también negativa y sólo la del punto intercostal me permitió vaciar aquel saco, á pesar de introducir la aguja 6 centímetros por el punto 1.º

Como el enfermo no sufría, contemporizamos para ver si con el tratamiento médico se obtenía alguna mejoría: para esto se recurrió á tónicos cardiacos diuréticos, etc., etc.

El 19 de Julio, la macidez era más reducida, el pulso no tiene el carácter de paradójico: el roce era fuerte, característico: no tenía disnea: pulso 116 y temperatura 37,4. Los días siguientes continúa igual, levantándose á ratos y alimentándose algo: el día 22. el pulso latía á 90, era rítmico: temperatura 37°: toma digitalina.

Agosto.—El día 2 le hago una punción exploradora y sólo consigo sacar 3 ó 4 c. c. de líquido, tropezando la aguja en masas dentro del saco pericárdico: se le hace una radiografía (radiografía número 1) que pone de manifiesto la zona cardiaca aumentada de tamaño, su forma, límites perfectamente limpios á derecha é izquierda y una especie de escotadura en el lado izquierdo, así como la sombra que llega hasta el puño externo y se confunde abajo con la zona hepática.

El día 12 se le hace otro examen radioscópico, comprobando que la sombra cardiaca de la pantalla concuerda con la macidez que hemos dibujado sobre el tórax del enfermo: esta sombra es inmóvil, no se distinguen latidos, lo que no ocurre en estado normal. Por aquellos días tuvo un brote de pleuritis seca en el lado derecho: el termómetro no marca más que alguna décima y el pulso es frecuente y pequeño, pero regular (Fig. 2).

Septiembre.—Tamaño de la macidez: 21 centímetros de anchura en la base, 18 de altura en la línea esternal y 15 en la mamilar izquierda.

El día 5 de este mes pude extraer 150 c. c. de líquido sero-sanguinolento por punción costo-xifoidea, después del cual las dimensiones son: 18 de base y 12 de altura: él se encuentra bien.

Día 12, punción epigástrica: á los 5 y 1½ centímetros de profundidad salen 50 c. c. de líquido: análisis de orina, cuyo resultado es: Densidad, 1026. R. ácida. Urea, 16,70. Cloruros, 8,20. A. úrico, 0,41. A. fosfórico, 2,30: ningún cuerpo anormal: sedimento formado por fosfatos. En vista de este análisis hay que descartar un hidro-pericardias de origen renal: el estado general. el examen del aparato respiratorio, hace desechar la idea de una tuberculosis: la marcha es parecida á la de los procesos pleurales sero-fibrinosos: un período febril, seguido de otro apirético en el que la cantidad del líquido aumenta.

Durante el mes de Septiembre y Octubre, aumenta la zona de macidez: el estado general ha mejorado aumentando de peso: el pulso es frecuente, pequeño, pero no tiene disnea, á pesar de que se levanta. En la espalda no se nota nada.

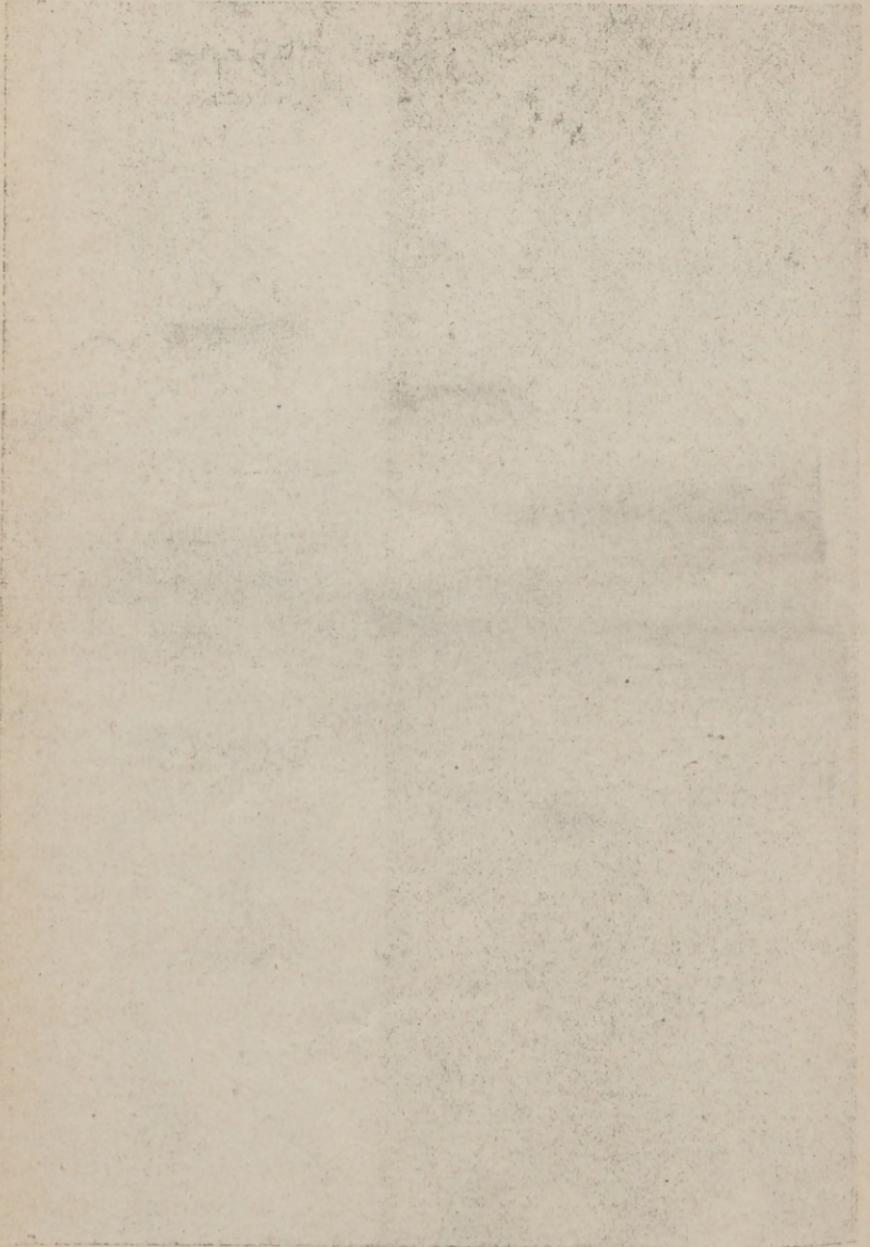
Noviembre 15.—La macidez se ha extendido hacia la línea axilar, llegando á la posterior: alcanza en la mamilar izquierda desde el fondo superior de la 3.^a costilla hasta el de la 7.^a. En la para-external izquierda del borde inferior de la 2.^a costilla al inferior de la 6.^a y en el lado derecho sigue una línea oblicua desde la articulación condro-esternal 3.^a hasta el punto de unión de la mamilar derecha con la macidez hepática, teniendo la forma de un trapecio, sin escotadura de Sibson y espacio de Traube libre. En la cara posterior no se nota nada de particular: falta esa zona de submacidez que suele encontrarse en la base izquierda en casos semejantes. Pulso frecuente, sin carácter paradógico: disnea de esfuerzo moderada, pero que no le impide levantarse (Fig. 3). Le hago una punción en el punto costo-xifoideo izquierdo con trócar, y á la profundidad de 5 y 1½ centímetros sale líquido, extrayendo 950 gramos de aspecto sero-fibrinoso, claro. La operación se hace sin ningún contratiempo: inmediatamente se reduce la macidez en la forma que pone de manifiesto la Fig. 3 (en azul antes de la punción, en rojo después) desde el tercer espacio al quinto y desde la paraexternal derecha á la mamilar izquierda: el pulso se retardó y por auscultación se oye un ligero ruido de roce pericárdico.

Se continuó el tratamiento, procurando mejorar el estado general, y por medio de revulsión, ioduro potásico se intentó mejorar el local. Pocos días después de la punción, pidió el alta para marcharse á su pueblo, saliendo en las siguientes condiciones. Macidez aumentada (Fig. 4): pulso 120, con alguna arritmia: ruido de roce líquido nada de disnea: aspiresia: aumento de peso.

Dimensiones de la área cardíaca: 19 centímetros de anchura al nivel de la 6.^a costilla izquierda, 10 y 1½ de altura en la para-external izquierda y en la mamilar izquierda: ángulo hepato-cardíaco borrado: es decir, el líquido vuelve á aumentar.

En uno de los números próximos daremos cuenta de otro caso.





∴ EL IODURO DE SODIO ∴
∴ EN LA BLENORRAGIA ∴
PORESTEBAN CLEMENTEROME
= MÉDICO DEL HOSPITAL CIVIL =

En el tratamiento de la blenorragia, como en el de todas las afecciones orgánicas, el éxito curativo estriba en la discreción científica del médico. Dar una pauta general de tratamiento es un absurdo, se acomodará á las circunstancias particulares del caso. Por eso, al tratar en esta *nota terapéutica* de la acción del ioduro de sodio en la blenorragia no pretendo, colocar en primero ni último término su virtud curativa, sino apuntar simplemente los resultados obtenidos en mi corta práctica profesional, al emplear éste medicamento, por iniciación propia y sin otro antecedente científico que el dictado por una modesta y personal especulación.

Comencé mi práctica médica, recién salido de la Facultad, en una demarcación rural donde abundaban tragineros, gentes de camino que transportaban mercancías á muchas leguas de distancia, haciendo anchos paréntesis en su vida conyugal, lo que me explicaba, juntamente con otras razones de índole moral, la inusitada frecuencia de los padecimientos venéreos.

Aunque mis inclinaciones profesionales no iban por ahí, mis primeros enfermos fueron de esta especialidad. Y con los medios curativos relativamente escasos de que disponía emprendí mi tarea.

Mi labor consistía en estudiar á fondo las propiedades curativas de unos pocos medicamentos, y agotar el conocimiento de sus virtudes terapéuticas para aplicar uno mismo en el mayor número de casos.

Al hacer el estudio de los ioduros opté por el potásico para las manifestaciones luéticas unicamente, y resolví emplear el de sodio para llenar todas las demás indicaciones de los compuestos de este radical. Sirviome de fundamento la consideración de ser más tóxicas las sales de potasio que las de sodio y «ser igualmente activas» (Sidney Ringer).

Sabido es que la acción de un compuesto equivale á la suma de la de los componentes un tanto disminuída, sin que por ello pierda cada uno su acción particular. Obran como dos individuos de una sociedad comanditaria que se unen para un fin especial al cual coadyuvan de consuno, sin que por eso pierdan sus energías individuales particularísimas, que socialmente les hace responsables como individuos comanditarios y como personas particulares. En virtud de estas propiedades, cuando se administra el ioduro potásico el corazón se acelera, elevándose la presión sanguínea; más tarde aparece una vasodilatación con descenso de presión; constituyéndose dos períodos, denominándose al primero fase de álcali y al segundo fase de iodo. Estos fenómenos son muy atenuados con el ioduro de sodio, á pesar de que el iodo tiene una acción primordial de tónico cardiaco, á la que subsigue otra deprimente, con independencia absoluta de los centros medulares, es decir que obra sobre los elementos propios del miocardio.

Fuera de las acciones combinadas hay que buscar el efecto terapéutico del ioduro de sodio en el iodo, lo que lógicamente nos llevaría al empleo de este cuerpo en solución, sino tuviésemos en cuenta la energía que de momento desarrolla en su aplicación, y el no ser admitido por el organismo en sustancia, puesto que al pasar á la sangre es transformado en ioduro potásico «ó más probablemente sódico» á beneficio de una doble descomposición hecha á merced de las grandes existencias de cloruro de sodio que contienen los líquidos orgánicos y células. El combinarle con el sodio tiene las ventajas de una dilución, unidas á las que suponen la aplicación no brusca, por la lentitud y continuidad de la reacción liberadora, del radical iodo. De aquí la acción hiperemiante é hiperémica de este compuesto sobre las mucosas (producción de secrecciones bronquiales) y serosas, por la cual hace más absorbible

el medicamento útil por los elementos orgánicos, y hasta los exudados (razón de su empleo en los derrames pericárdicos y pleuríticos).

El iodo es absorbido por las mucosas con predilección, aun en sus compuestos, y aunque M. Ide afirma que no se ha podido demostrar su presencia, indica que los fenómenos que se presentan después de administrar una forma de ioduro son consecuencia de quedar en libertad el iodo.

Citadas algunas razones por las que opté por el empleo de éste compuesto medicamentoso, entraré en las aplicaciones á que me refiero.

Al tratar de la acción del ioduro de sodio en la blenorragia, me circunscribo solamente á los casos de uretritis en el hombre y vulvo-vaginitis en la niña, descartando la blenorragia en la mujer, verdadero laberinto sintomático, patogénico y terapéutico, y en el niño por no haber tratado casos.

Al iniciar el tratamiento de la blenorragia por el ioduro de sodio lo hacía buscando dos acciones, una antiflogística y otra microbicida.

Proponíame combatir primeramente el estado inflamatorio de las partes infectadas por el gonococo, fundamentando la indicación en los buenos efectos observados en la curación de toda flógosis, sea de origen traumático ó séptico, después de repetidas aplicaciones de una solución de ioduro de sodio al 4 por 100, enseñanza que adquirí de las sabias lecciones clínicas de mi querido maestro y eminente cirujano el Dr. Sagarra, de la Facultad de Medicina de Valladolid, á quien desde las modestas líneas de este trabajo envío mis cordiales afectos.

Por la oportunidad me complazco en recomendar dicho tratamiento en los flemones dentarios sobre todo, en los difusos y en las inflamaciones consecutivas á traumatismos, etc. en las primeras horas. La técnica consiste en mantener aplicada la solución constantemente mediante compresas empapadas en ella y cubiertas con seda impermeable, renovando la cura dos ó tres veces en el día; no disponiendo de este medio se aplicará una cataplasma de miga de pan dispuesta entre dos hojas de gasa humedecida en la

solución de yoduro de sodio al 4 por 100, renovados con frecuencia.

No hay porque hablar de la absorción de los compuestos medicamentosos en solución por la piel, el efecto terapéutico en este caso corrobora que se hace; además tuve ocasión de demostrarlo en un trabajo con cuya publicación me honró "La Clínica Castellana" en que exponía varios casos de curación de pústula carbunosa por la aplicación saturada de bicloruro de mercurio, según el método de mi distinguido amigo y profesor el Dr. Pascual de Saude. De considerar infranqueable la barrera-piel es en el estado normal, lo cual constituye una acción de defensa puramente fisiológica, acción que se debilita y hasta se anula en los distintos procesos patológicos.

Respecto al caso que nos ocupa y con referencia á las mucosas, demostrada está su facultad de absorción y principalmente para las soluciones de yoduro de sodio.

La segunda acción que buscaba era la del yodo con relación á los gonococos, una acción antiséptica. Para ello tenía en cuenta lo dicho por un distinguido terapeuta el cual afirma que para las curas de yodo sirven todas las moléculas iodadas, menos aquellas que presentan el yodo indisolublemente unido ó ligado á un núcleo de carbono. Y por si la acción del yodo (en unión con el sodio) sobre el gonococo y el organismo no fuera todo lo mortífera para hacerle desaparecer de escena, tuve en cuenta la acción de dicho halógeno favoreciendo la fagocitosis, con lo cual aumentaban los medios de defensa sin poner en peligro los elementos celulares del organismo. (1)

Cuando comencé la aplicación de las soluciones de yoduro de sodio en la blenorragia (del 1911 al 1912), desconocía los trabajos citados por el Dr. Georges Luys en su tratado sobre estas afecciones (2). Al hablar de las insuflaciones de vapores de yodo en el tratamiento de la uretritis crónica, cita el procedimiento de Hamonic, que hacía llegar los vapores de yodo á la uretra y hasta

(1) La sola acción fagocitaria constituye un método de curación de la blenorragia, mediante su avivamiento por la hiperemia provocada según el método Biev.

(2) *Traité de la blennorrhagie et de ses complications par le doctor Georges Luys.*—París, 1914.—2.^a edición.

á la vejiga; á continuación hace una ligera referencia de la aplicación del iodo en estado naciente, mediante la inyección uretral de una solución de ioduro de sodio seguida de otra de agua oxigenada (20 gotas de la primera, al 5 por 100; 20 gotas de agua oxigenada al décimo), afirmando que el tratamiento es doloroso; y termina con el proceder de Kauffmann el cual limita la acción del iodo al punto enfermo mediante la aplicación del uretroscopio, depositando unas gotas de la solución concentrada de ioduro de sodio y encima otras de agua oxigenada á 12 volúmenes. El resultado, dice, es producir un ligero escocimiento, y el efecto inmediato es la transformación del líquido rojo y «puriforme» en un líquido transparente.

De lo transcrito se desprende no buscar otra acción que la irritante por el iodo naciente; fijando el carácter doloroso de la cura, no haciendo consideraciones sobre el resultado final, la curación.

Por otros caminos llegamos á la aplicación de las soluciones de ioduro de sodio; su técnica es indolora y sus resultados favorables. Solamente cuando se emplea una solución de ioduro de sodio impura es cuando se observan algunas molestias, debidas á combinaciones irritantes, formadas á expensas de los elementos que alteran este compuesto químico, pues no hay que olvidar su carácter higroscópico y las alteraciones que en él produce el aire.

Sentado ésto pasemos al tratamiento de la uretritis blenorragica en el hombre (1).

Según el período, más ó menos avanzado, así se aplica la solución de ioduro de sodio con las variantes de concentración indicadas, ayudando, según los casos, esta acción con medicamentos coadyuvantes (nitrato de plata y permanganato potásico).

En el primer período de iniciación se optará por el tratamiento

(1) Al describir someramente este tratamiento en el hombre me guía el deseo de ponerlo á la consideración de mis compañeros por si vieran en él utilidad práctica, aplicándole según mi proceder ó el que su criterio médico y la clínica les dictase, viéndome muy honrado al considerarle en sus manos rindiendo el fruto que deseo, invitádoles á la publicación de los casos que observen, retirándome, por mi parte, á otros campos de observación por la limitación clínica que impone mi actual labor como paidópata.

abortivo mediante las inyecciones clásicas de la solución de nitrato de plata. Inmediatamente, presentados los fenómenos irritativos de la cauterización, se harán los lavados uretrales, dos ó tres veces al día, con la solución de ioduro de sodio al 2 por 100. El efecto primordial es calmar la reacción inflamatoria del conducto uretral.

En el segundo período, propiamente agudo, en el que el tratamiento abortivo ha fracasado ó no ha sido instituído, es donde la aplicación de los lavados con la solución dicha al 4 por 100 está más indicada. Es ese período en que muchos autores recomiendan abstenerse de todo tratamiento. Es ese período volcánico en el que por el carácter del glande surgen como larvas, cenizas y detritus, los gonocos, restos epiteliales, células de defensa, serosidad y moco. Si el tratamiento es continuación del correspondiente al período anterior, los lavados se harán al 4 por 100. Si el tratamiento comienza, es preferible hacer grandes lavados, dos veces al día con la solución de ioduro de sodio al 1 por 100, mediante la cánula de Suarez de Mendoza, no pasando el irrigador de un metro de altura; al terminar el lavado se inyectará con una geringuilla corriente unos centímetros cúbicos de la solución al 3, 4 ó 5 por 100 en el canal de la uretra. En los casos de inflamación intensa del pene se envolverá éste en compresas frías empapadas en la solución al 3 por 100, cubriéndolas con seda impermeable. A veces se presentan erecciones dolorosas, sobre todo si pasan muchas horas sin renovar la cura, habiendo necesidad de humedecer y refrigerar al mismo tiempo el apósito. También es necesario, en ocasiones, hacer la aplicación de las compresas de un modo intermitente, para evitar el estado de inquietud que se despierta en algunos individuos nerviosos, y otras veces por aparecer en la piel vesículas pequeñas que producen comezón.

Con tan sencillo procedimiento he obtenido inmediato alivio en casi todos los casos tratados y un encauzamiento hacia el período de declinación dentro de la primera semana en muchos de ellos.

Iniciada la fase de declinación y con ella el apagamiento de los síntomas consiguientes, á la vez que se administran los balsámicos se aumenta, con observación, la concentración del soluto medicamentoso inyectando, después de los lavados hechos al 1 por 100,

en el canal de la uretra. Si el caso lo requiere inyección de nitrato de plata á soluciones débiles en días intermedios.

Cuando la blenorragia, en su postrer período, pasa de aguda á crónica, por abandono en el tratamiento, trasgresión de régimen, cojtos intempestivos, etc., el problema es más arduo. Al tratamiento de las inyecciones y lavados uretrales hay que añadir otros encaminados á destruir los pequeños nidos donde el germen se encastilla y reponer las lesiones que deja una infección tan virulenta en un aparato tan complicado. La pauta á seguir en estos casos ha de marcarla la mano del especialista. En uno de los casos más rebeldes hube de consultar á mi distinguido amigo el reputado sifiliógrafo Dr. Felix Domingo, á quien no me atreví á esbozar mi tratamiento en vista del fracaso.

Es lo corriente que á los pocos días de hacer dos lavados cotidianos de la solución de ioduro de sodio al 2 ó 4 por 100 el flujo blenorragico desaparezca.

El éxito coronó dos casos, únicos tratados en Bilbao. En el primero cedió la supuración, ya antigua, dentro de la segunda semana, con sólo los lavados bicotidianos. En el segundo comencé administrándole urotropina en sellos de 0,50 centigramos, régimen, gonosan y lavados de ioduro de sodio en solución al cuatro por ciento.

De haber iniciado estos medios de curación en una capital hubiese empleado los preciosos recursos de que la terapéutica moderna dispone para coadyuvar á la mayor eficacia por el tratamiento mixto, sobre todo en lo que se refiere á los valiosos compuestos á base de plata.

Casos habrá, y no es de despreciar su estudio, en que la acción de las soluciones de ioduro de sodio sea más útil reforzándolas con iodo metálico, formando una verdadera solución iodo i durada.

No he de pasar en silencio el hecho de haber tratado alguna uretritis de dudoso origen blenorragico por la solución tantas veces repetida con un éxito sorprendente, lo que al afirmar mi juicio clínico me hizo ver una acción curativa más marcada en los casos de uretritis no blenorragica de causas distintas.

Respecto á la vulvo-vaginitis blenorragica de las niñas he de citar á grandes rasgos el plan trazado.

Los cinco ó siete primeros días un lavado diario con una solución de nitrato de plata al 4 por 1000; á continuación dos lavados diarios con la solución de permanganato potásico al 1 ó 2 por 10.000, durante ocho ó diez días y en lo sucesivo uno diario con la solución al 4 por 100 de ioduro de sodio.

Este tratamiento suele ser bastante largo. En la actualidad estudio con interés creciente algunas modificaciones.

Bien reconozco que en la índole especial de estos trabajos entra por mucho, como valiosa prueba testifical, el acoplamiento de las historias clínicas á los finales, prueba con la que no puedo adornar este trabajo porque en los tiempos y lugares en que realicé estas prácticas no pensé nunca en que salieran á luz; sin embargo habiendo cambiado satisfactoriamente las circunstancias de tiempo y lugar dejo para su debida época la continuación de esta última parte en un trabajo que ostente como único mérito la documentación clínica. A ello me obliga formalmente la multitud de niños enfermos que ante mí desfilan al cabo del año, á juzgar por los 2.676 niños asistidos el año 1917 en la consulta pública de enfermedades de la infancia á mi cargo en el Hospital Civil; los 100 constantes, como promedio, tratados en las clínicas á cargo de mi distinguido jefe el Dr. Laguna; y los de mi clínica particular. Esta circunstancia nos ha proporcionado la observación de 9 niñas de 3 á 6 años afectas de vulvo-vaginitis blenorragica, demostrada por el análisis bacteriológico, siendo de conciencia hacer constar que ni un solo caso hemos podido achacar á depravaciones criminales y sí todos á la miseria, ambiente que pulula por todas las urbes ricas en grado superlativo.

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Sesión del día 7 de Diciembre de 1917

Preside el Dr. Crende

Asisten los señores Mendaza, Fontán, Mochales, Clemente Romeo, Yanke, Ribera, Santibañes, Unamuno, Mesanza y Echave Sustaeta.

El Sr. Clemente Romeo, interviene en los casos presentados por el Sr. López Albo en las dos sesiones anteriores y hace constar las dificultades que á veces existen, para diagnosticar con exactitud la topografía y aun la existencia de un tumor intracaneano. Refiere un caso de tumor de la hipófisis, encontrado en la autopsia de un hombre adulto, que á una hora avanzada de la noche, ingresó en el Hospital en estado comatoso y con síntomas de asfixia. Le practicó una traqueotomía de urgencia, pero el enfermo falleció á las pocas horas, después de presentar convulsiones generalizadas. El enfermo, que tenía constitución corpulenta, procedía de un asilo. En la autopsia encontró un tumor de la hipófisis, que había escavado la silla turca y hechodesaparecer las apófisis clinoides.

El Dr. Crende, interviene en la discusión, para recordar que no en todo sifilítico, con tumor intracaneano, hay que diagnosticar un goma. Cita dos casos de leucoplasia en sifilítico, que empeoró con el tratamiento antisifilítico, y un tercer caso que curó con la operación.

El Sr. López Albo, agradece á los dos señores la participación en los casos por él presentados. Indica la imposibilidad de diagnosticar un tumor intracaneano, cuando, careciendo de antecedentes, nos encontramos ante un enfermo comatoso, como sucedió en el caso presentado por el Sr. Romeo, en el que única-

mente el aspecto exterior del enfermo—síntomas acromegálicos,— pudo hacer sospechar un tumor de la hipófisis. Opina que como el enfermo procedía de un asilo, se trataría de un ciego asilado incurable, en el que la hemianopsia bitemporal y la atrofia de las papilas, pudieron con anterioridad, haber servido para el diagnóstico de tumor de la hipófisis.

El Sr. Mendaza, pregunta cómo pueden explicarse los síntomas respiratorios, que se observaron en el enfermo.

El Sr. López Albo manifiesta que aparte de que en todo enfermo con un tumor intracraneano que se encuentre en estado comatoso acompañado de convulsiones, la brusca compresión excesiva intracraneana es suficiente para aclarar los trastornos respiratorios; pues ella repercute sobre todos los centros encefálicos y bulbares. Pero en casos de tumor de la hipófisis es preciso recordar que según las experiencias de Katzenzein y Polimentc, en el lóbulo frontal hay un centro especial para los movimientos de la musculatura laríngea.

Respecto á lo manifestado por el Dr. Crende cree que aunque en un sífilítico con tumor cerebral, éste puede ser de naturaleza no específica, siempre debemos instituir el tratamiento antisifilítico, con el que, por lo menos trataremos su infección, y á veces, como ha sucedido en el caso que presentó en la sesión del día 7 de Noviembre, la desaparición de la neuritis óptica servirá para afirmar á posteriori la naturaleza sífilítica de la neoplasia.

El Sr. López Albo presenta dos tubos que contenían líquido hemorrágico extraído dos horas antes por punción lumbar de un enfermo con hemorragia meníngea. La salida á gran presión, el aspecto invariable en los 30 c. c. obtenidos y sobre todo la ausencia de coágulo fibrinoso demostraban que no se había originado una hemorragia accidental durante la punción lumbar. Los hematíes se sedimentaron y el líquido presentaba un color amarillento. Promete tratar en la sesión próxima del diagnóstico de las hemorragias meníngeas, con motivo de dos casos que ha observado.

El secretario de actas, *W. López Albo*.

Parálisis infantil ó poliomielitis anterior aguda.—Rosique Cebrián.

Este trabajo, recomendado en el último concurso de *Los Progresos de la Clinica*, constituye un estudio completo de la inflamación aguda de las astas anteriores de la médula. El autor trata los diversos aspectos de esta afección y expone el estado actual de su bacteriología y tratamiento sueroterápico, según los más recientes estudios de los autores americanos en las epidemias de Nueva-York. Hay una nota bibliográfica que contiene los trabajos últimamente publicados.



**BIBLIOGRAFIA DE ARTICULOS DE
REVISTAS MÉDICAS ESPAÑOLAS**

Biología y Patología genérales.

Dr. Perera. —Un caso curioso de recidiva metaxtásica de un mixoma (Medicina y libros, núm. 32).

Diagnóstico y Terapéutica generales.

Dr. Ruiz Matas. —Sobre el cloruro de calcio (Gaceta Médica del Sur, núm. 891).

Dr. Roselló. —Valor clínico de los medicamentos antidiabéticos (La Crónica Médica, núm. 688).

Dr. Amunátegui. —Diagnósticos oscuros y errores instructivos, conclusión (Progresos de la Clínica, núm. 60)

Enfermedades infecciosas, Higiene y Bacteriología.

Dr. De Diego. —Higiene del pelotari, del torero y del actor (Unión Médica, núm. 72).

Dr. Muguruza —Valor de los rayos ultravioleta y de la ozonización en la esterilización de las aguas (Guipúzcoa Médica, núm. 20).

Dr. Iñigo Nougés. —La antisepsia hace 50 años (Aragón Médico, número 1).

Dr. Castaño. —El Haptinógeno Neumo Mendez en la neumonía y en las afecciones neumocócicas (Progr. de la Clínica, núm. 60).

Dr. Garriga Rivero. —Anatomía topográfica de la rabia (La Clínica Castellana, Diciembre 1917).

Enfermedades de los niños.

Dr. Roig Reventós. —Estudio anatomo-clínico de la punción lumbar en la infancia (Rev. de Cienc. Méd. de Barcelona, núm. 12).

Dr. Rivera Mallafré. —Alimentación y mortalidad infantiles (Bios, número 24).

Enfermedades del sistema nervioso y psiquiatría.

Dr. Galcerán Granés. —Tratamiento de las epilepsias parciales (Arch. de las enf. nerv. y mentales, núm. 90).

Dr. Gimeno Riera. —Algunas consideraciones fundamentales acerca de la patología general del sistema nervioso (Aragón Médico, núm. 1).

Dr. R. Lafora —Estado actual de la hurtopatología del sistema nervioso. (Progr. de la Clínica, núm. 60.)

Dr. Roselló. —El choc nervioso. (La Crónica Médica, núm. 688.)

Enfermedades de los aparatos circulatorio y respiratorio.

Dr. Cerrada (F.). —Cardiopatías latentes (Aragón médico, núm. 1.)

Dr. Xalabert. —Tratamiento de las hemoptisis tuberculosas (Bios, número 24).

Dr. Igea Rodríguez. —El reposo y el método de Patterson, en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar (Clínica Castellana, Nov. 17.)

Enfermedades del aparato digestivo, sangre y endocrinología.

Dr. Perera. —Tratamiento del cólico biliar (Progr. de la Clínica, número 60.)

Dr. Gómez de Rosas.—Cirugía de la úlcera crónica del estómago y del duodeno (Esculapio, núm. 66).

Dr. Crespo Alvarez.—Úlcera del duodeno (Clínica Castellana, Dbre. 1917).

Dr. Luis J. Yagüe.—Bases clínicas para la formación de tratamientos, en los dispépticos con quimismo disociado. (Clínica Castellana, Nov. 1917).

Enfermedades de la piel, genito-urinarias y venéreas.

Dr. Algora Gorbea.—La uretroscopia aplicada al estudio de la uretritis crónica (La especialidad práctica, núm. 53).

Dr. Brito Foresti.—Tratamiento del eczema (Clínica Castellana, Nov. 1917).

Enfermedades de los ojos, garganta, nariz y oídos.

Dr. Basterra Santa Cruz.—Técnica detallada de la extirpación del saco lagrimal, según el método vienés (Progr. de la Clínica, núm. 601).

Dr. Martín Calderón.—Nuevos datos y acaso una conjetura acerca de la formación de la catarata (Progr. de la Clínica, núm. 60).

Dr. Martín Ruiz.—La trepanación del globo ocular según Elliot. (Revista Vallisoletana de especialidades, núm. 121).

Dr. Fernández 'orredor.—Tratamiento de la rinitis atrófica (Revista Vallisoletana de Especialidades, núm. 12).

Cirugía ortopédica y terapéutica física.

Dr. Bastos Ansart.—Nuestra técnica en el tratamiento de la luxación congénita de la cadera (Aragón Médico núm. 1).

Dr. Xercabius y Romeu.—El enema eléctrico en las oclusiones intestinales (Clínica Castellana, Dbre. 1917).

Cirugía general, accidentes del trabajo y medicina legal.

Dr. Blanco Salas.—Sobre un caso de aneurisma arterio venoso de la arteria y vena axilar (Rev. Navarra de Med., Cir. y Farm., número 56.)

BIBLIOGRAFIA DE LIBROS

La unidad funcional. (Ensayos de fisiología interorgánica).—Pi Suñer, Editorial Minerva, S. A., Barcelona. Un tomo de 350 páginas, 1917.

El autor desarrolla una doctrina acerca de la unidad que preside de todas las funciones del ser viviente: unidad interorgánica y correlaciones funcionales. La idea que se defiende en esta obra es la de una fisiología interfuncional.

En capítulos sucesivos se ocupa de los principios teológicos y la unidad funcional; de las correlaciones y adaptaciones motrices en el aparato digestivo; de los mecanismos de correlación interorgánica; de la unidad química y la individualidad plasmática; de la unidad química y la morfogenia; de la unidad nerviosa; de la unidad psíquica, y concluye con un capítulo dedicado á la unidad funcional.

Es una obra muy interesante por la originalidad en que se halla planteado este problema de fisiología interorgánica, lo cual hace muy agradable é instructiva su lectura. Cada capítulo va completado con una nota bibliográfica de la cual saca el autor puntos de apoyo para su concepción fisiológica.

La Neurología de guerra. (A Neurología na guerra, por *Egas Moniz*, profesor de Neurología en la Facultad de Lisboa. Un vol. de 334 páginas, con 91 fotografías en el texto. Librería Ferreira, 1914.

En este volumen reúne el autor todo lo concerniente á la neurología de guerra, publicado en varias obras y en la *Revue Neurologique* por los neurólogos y cirujanos franceses.

Primeramente estudia las lesiones del cráneo y cerebro, luego las del raquis, médula y nervios periféricos, y en los últimos capítulos se ocupa de los conmocionados, de las perturbaciones de orden reflejo y de los simuladores y exageradores. Dedicó un capítulo á los derechos de los heridos de guerra.

Las heridas de los nervios.—(Les blessures des nerfs), por *Tincl*. Un volumen de 200 páginas con numerosas figuras y fotografías. Masson y Cie, editeurs, París, 1916.

Interesantísima obra referente á las lesiones de los nervios durante la actual guerra.

El autor describe detalladamente la sintomatología y nuevos signos de las lesiones de cada nervio en particular; los diversos síndromes de interrupción, de compresión, de irritación, de degeneración y los síndromes disociados. Se ocupa de la neuritis ascendente, consecutiva á las lesiones de los nervios y del factor funcional que se une á las parálisis, así como de las hipertonías y contracturas por neuritis. También dedica unas líneas á la parálisis hisquémica.

Termina la obra con una exposición de los tratamientos médicos, fisioterapéuticos; eléctricos y quirúrgicos en las lesiones de los nervios periféricos.

W. L. ALBO.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Curso de 1917 á 1918

PREMIO DEL DOCTOR CAMIRUAGA

Encargada esta Academia de conceder un premio, del legado que con el mismo objeto otorgó el académico difunto, don José Angel de Camiruaga, á la mejor Memoria, sobre un punto científico designado de antemano, q ueda abierto desde esta fecha un Concurso acerca del tema:

*Antecedentes químicos del salvarsan y sus derivad s, (Iudil, galill, novoarsencbenzol, neosalvarsan, margol, salvarsan sódico, etc)
Procedimientos de obtención. Diferenciación química y estudio farmacológico. Medios de que se podría disponer en España para su preparación.*

SOBRE LAS SIGUIENTES BASES

1.^a Se concederán dos premios: el 1.^o consistente en la cantidad de 250 pesetas y título de socio corresponsal (si el autor no reside en Bilbao) al autor de la mejor Memoria que, á juicio de un Jurado nombrado al efecto, lo merezca, y que versará sobre el tema ya anunciado y el 2.^o otro que consistirá en un accésit y diploma de carácter honorífico á la Memoria que siga en mérito á la anterior. La Academia se reserva el derecho de conceder el premio, si la Memoria carece de suficiente mérito á su juicio.

2.^a Las memorias ó trabajos recompensados con el premio, pasarán á ser propiedad de la Academia, que los podrá imprimir en tirada aparte sin otra obligación que la de poner á la disposición de los autores, 15 ejemplares para el primero y 5 para el accésit. Pero si por la situación económica de la Academia, no pudieran hacer edición especial de los trabajos premiados, se limitará á publicarlos sucesivamente en el periódico GACETA MEDICA DEL NORTE en lugar preferente, entregando á cada uno de los autores, el número de ejemplares antes indicado.

3.^a Los trabajos no premiados, serán sellados hoja por hoja, quedarán de propiedad de sus autores y si no se recojen en un plazo de treinta días, serán quemados con el sobre que contenga el nombre del autor.

4.^a Una vez publicados los trabajos premiados, quedarán de propiedad de sus autores.

5.^a Podrán optar al premio todos los Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios y Profesores dentistas de España, que se hallen en posesión del Título correspondiente. Quedan exceptuados los individuos que formen parte del Jurado calificador.

6.^a El dictamen del Jurado calificador es inapelable.

7.^a La cantidad consignada como premio se pagará á los treinta días de haberse dictaminado el fallo, sin que se requiera otro justificante que un certificado del Título, acompañado de un sobre con el lema, conteniendo en su interior el nombre y apellido de su autor.

8.^a El plazo de admisión de trabajos termina el 1.º de Agosto de 1918.

9.^a El premio y el accésit se adjudicarán en la primera sesión académica ordinaria del próximo curso.

10. Los trabajos deben presentarse en papel blanco, tamaño 8.º forma apaisada, escrita en castellano, á máquina ó si son manuscritos, con letra clara, y sin que contenga más signos ó notas que las relacionadas con el tema. Los que traigan alguna indicación por la que pueda descubrirse el nombre de su autor, serán rechazados.

11. Los trabajos deberán ser encabezados con un lema elegido por el autor, incluidos sin firma en sobre blanco, de tamaño corriente, en que se consigne el mismo lema y acompañados de otro sobre opaco y cerrado, conteniendo en su interior el nombre y apellido del autor, su residencia y el lema.

12. Dichos trabajos serán dirigidos al Secretario General de la Academia, D. Carlos Mendaza, á su domicilio, Correo, 6, 3.º, Bilbao ó á la Academia, en sobre, con franqueo, certificado los de provincias: por correo interior y certificado, los de la localidad.

Bilbao 1.º de Enero de 1918.

El Secretario General,

Carlos Mendaza.