

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XIX

Bilbao—Septiembre—1913

Núm. 225

Sumario

Artículos originales: **Musatadi.** Tratamiento de la luxación congénita en la cadera, en los sujetos que han pasado de la edad favorable para la reducción.—**T. Aparicio.** Magullamiento del pie izquierdo. Tétanos consecutivos. Curación.—**C. D. Empanza.** Historias clínicas.

Academias y Congresos: Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Actas de las sesiones celebradas los días 28 de Marzo y 4 de Abril de 1913.

Conferencia dada en la primera Asamblea general del XVII Congreso internacional de medicina de Londres.

Sección profesional: Noticias profesionales.

Tratamiento de la luxación congénita en la cadera, en los sujetos que han pasado de la edad favorable para la reducción

Traducido por M. Musatadi

(Continuación)

Al presentarse un enfermo con luxación congénita de la cadera, cuya edad sea superior á 5 años, es muy importante calcular la mayor ó menor probabilidad de conseguir la reducción.

Ya hemos dicho cual es el tipo clínico más favorable según el doctor Gourdon. En ellos el saliente trocanteriano según el eje lateral, es indicio de que el cuello tiene una dirección y longitud normales y que el grado de la luxación es poco marcado; los ruidos articulares demuestran que la cápsula es poco espesa ó que su dilatación es suficiente, ya que permite el frote de la cabeza femoral contra el reborde cotiloideo, esto es, que ella no impedirá la reducción; del mismo modo la buena forma de la pelvis contribuirá á asegurar el apoyo del fémur.

Para confirmar aún más los datos suministrados por la inspección, el doctor Gourdon emplea la exploración «tridigital» de la extremidad superior del fémur.

Supongamos el caso de una luxación congénita de la cadera derecha. Para hacer la exploración «tridigital» se acuesta el enfermo sobre el lado izquierdo, el muslo derecho á un grado máximo de flexión y adducción, y la rodilla reposa sobre el plano de la mesa. En esta posición, se agarra con la mano derecha la rodilla derecha del enfermo, al nivel de la línea bicondilea, y se le imprime un movimiento de rotación interna tan completo como sea posible. Por esta maniobra, la extremidad femoral superior se desplaza y levanta la región glútea, su parte más saliente está constituida por el gran trocánter, punto de referencia sobre el cual se coloca el pulgar izquierdo del explorador; el dedo medio busca un segundo saliente que se hallará más atrás y á mayor profundidad, el será la cabeza femoral; por fin el índice explora la parte deprimida, situada entre estas dos salientes, ese espacio corresponderá al cuello femoral. Normalmente, la cabeza debe ser percibida como una superficie uniformemente globulosa, más ó menos desarrollada según la edad, y además encuéntrase en la posición que se pone al enfermo para el examen, francamente hacia atrás del gran trocánter. Según el doctor Gourdon, á una extremidad femoral bien constituida, corresponde una cavidad cotiloidea suficiente para mantener la cabeza del fémur después de la reducción.

La apariencia del sujeto y la exploración de la extremidad superior del fémur, nos darán datos suficientes para juzgar la posibilidad de la reducción y el éxito del tratamiento en los luxados que hayan pasado de los 5 años.

Al lado de este tipo clínico hay otros que presentan exageración de algunos síntomas, pero que en ellos aunque con menos probabilidades de éxito puede intentarse la reducción.

Es pues, necesario, hacer un examen metódico del luxado. Este examen deberá consistir en lo siguiente: variedad y grado de la luxación, estado del fémur bajo el doble punto de vista de la conformación y constitución, forma de la pelvis, asiento y persistencia de la lordosis, retracciones y contracturas de los músculos, estado del sistema nervioso, dolores de la cadera, y, por último, el estado general.

La variedad iliaca es más difícil reducir que la supra cotiloidea.

Cuando la distancia del gran trocánter á la línea de Roser-

Nelato es superior á 4 centímetros, las maniobras de reducción son muy penables. En éstos conviene tener en cuenta el grado de resistencia de los tejidos del sujeto. Se puede, aunque la ascensión del trocanter sea muy acusada, movilizar y bajar el fémur, practicando una miórresis completa de los abductores, utilizando para ello la tracción por medio de lazos. Debe evitarse el hacer la tracción con demasiada violencia á causa de complicaciones nerviosas, pues pudiera sobrevenir una parálisis parcial ó completa del nervio ciático.

Si al hacer la exploración «tradigital», se nota que la cabeza del fémur en lugar de estar en la prolongación posterior y profunda del gran trocanter, se encuentra colocada más adelante, se debe á que la cabeza femoral se halla en ante-versión, consecuencia á veces de un movimiento de torsión de la parte superior de la diafisis femoral. Según el grado de la ante-versión, las dificultades de la reducción y contención aumentan; aun se hacen mayores cuando la cabeza del fémur en vez de ser de un volúmen normal y regularmente esférica, está atrofiada y deformada, y además el cuello se encuentra acortado.

Si la ante-versión es pequeña, la cabeza está bien constituida y el cuello tiene una longitud suficiente, se puede y debe esperar la reducción; si la ante-versión es grande, habrá que inmovilizar el muslo en posición más ó menos flexionada, y en los casos muy acusados, se llegará á la posición genu-axilar de Verndorff. En este caso, el tratamiento post-operatorio será más largo y el éxito más dudoso. Si á la ante-versión se unen la atrofia de la cabeza y el acortamiento del cuello, las probabilidades de éxito serán muy pequeñas, sobre todo las de contención casi nulas.

La desviación en adducción de la diafisis femoral muy visible cuando el sujeto está de pie, y más visible aún en las placas radiográficas, no aumenta las dificultades de la reducción, lo que ella produce es el llevar la rodilla hacia adentro, una vez que el muslo se vea sin aparato; es bueno corregir esta tendencia, recomendando al enfermo que coloque su miembro inferior en adducción y levantando 2 centímetros la suela del zapato del lado sano.

La mayor ó menor facilidad que presenta el fémur para dejarse atravesar por los rayos X, indicará su grado de resistencia y regulará las fuerzas de las maniobras por miedo á provocar una fractura.

Por medio de la radiografía se obtiene un completo juicio sobre la forma de la pelvis, dirección de cada una de sus partes y, sobre todo, el grado de elevación del iliaco del lado luxado. Este levantamiento es producido por la presión de la cabeza femoral contra la fosa iliaca externa; se acentúa con la edad y es una de las razones que más contribuyen al no sostenimiento del fémur, una vez reducido. Cuanto mayor sea la abertura del ángulo formado por la superficie del iliaco con el eje del cuello femoral, hay menos probabilidades de sostener la reducción.

La lordosis que presentan los luxados dobles, merece mucha atención. Ella puede ser la consecuencia de un movimiento de báscula de la pelvis que se inclina hacia adelante del fémur, entonces el luxado se presenta con un vientre prominente hacia abajo. Esta forma de lordosis, que podría llamarse «lordosis baja», es aparente aun en el luxado joven. Además, hay otra forma de lordosis de localización más elevada «lordosis alta»; en esta el movimiento de báscula apenas existe, la pelvis casi se presenta en cifosis. La actitud lordótica es menos marcada que en el caso precedente y aparece más tarde; es debida á la proyección hacia adelante de la región lumbar.

La lordosis baja se observa en los casos en que la luxación se acentúa rápidamente y que apenas haya tenido punto de apoyo el fémur sobre la pelvis; esto sucede generalmente en los sujetos de tejidos flácidos. La lordosis alta se ve en los sujetos en los que la luxación evoluciona lentamente; frecuentemente en estos sujetos se encuentra una modificación en la dirección antero-posterior de la pelvis, el sacro es más cifótico, y en conjunto también la pelvis; esta disposición de la pelvis debe ser atribuida á predisposición congénita, y secundariamente á la acción del psoas. Este músculo está sometido durante la progresiva ascensión del fémur, á una tracción enérgica, su extremidad inferior es tirada hacia abajo y hacia atrás, toma apoyo en la parte anterior de la pelvis, á la que refrena fuertemente; bajo la influencia de esta tracción, las inserciones superiores del psoas imprimen á la región dorso-lumbar un movimiento hacia adelante, que da lugar á su desviación lordótica. La prueba del mecanismo de esta lordosis está en una pieza anatómica, presentada por el doctor Gourdon en el Congreso Francés de Cirugía del 1909; se veía que la extremidad inferior del psoas había producido un hundimiento

grande en la parte anterior de la pelvis, por dentro de la espina iliaca antero-inferior. La pelvis pertenecía á un luxado unilateral de 35 años. La lordosis alta se encuentra en los sujetos de tejidos resistentes.

Examinando al sujeto de pie, y mirándole de costado, puede apreciarse la localización de la lordosis. Colocándole enseguida en un plano horizontal sobre una superficie dura, la lordosis baja se corrige fácilmente, mientras que la alta no desaparece. Una vez obtenida la reducción, desaparece la lordosis baja, la alta disminuye sí, pero vuelve á aparecer en cuanto se colocan los miembros en posición horizontal. Esta es una complicación muy molesta, contra la cual hay que luchar durante mucho tiempo.

El grado de retracción de los adductores se aprecia estando el luxado acostado sobre el dorso, las rodillas en flexión y los muslos separados; la cuerda que aparece indicará por su espesor y longitud la resistencia de estos músculos. En cuanto al recto anterior, el sartorio y el tensor de la fascia lata, la resistencia de sus tendones de inserción superior aparece haciendo acostar al sujeto con las piernas colgando hacia fuera de la mesa. La retracción de los adductores y de los músculos insertados en las espinas iliacas antero-superior y antero-inferior, no tiene influencia molesta sobre el tratamiento, su resistencia puede siempre destruirse por la miorrresis.

A la retracción muscular se añade á veces la contractura, bien por que el enfermo presente excitación nerviosa, ó porque él sufra de la cadera. Por ello es conveniente examinar los reflejos rotulianos y plantares; si están exagerados es necesario tener en cuenta este signo. Cuando están poco exagerados puede intervenir sin temor; si por el contrario están muy acentuados, son de temer los accidentes paralíticos que pueden sobrevenir á consecuencia de maniobras demasiado enérgicas. En este caso es conveniente que el enfermo guarde 2 ó 3 días de reposo en cama antes de la operación y aun mantener una ligera extensión de sus miembros inferiores por medio de lazos de cauchú.

Hay luxados que se quejan de dolores, bien en la cadera, en la rodilla ó en los músculos de la región antero-interna del muslo. Es necesario buscar bien el origen de estos dolores, pues aunque muy raros, ha habido casos en que se ha presentado la tuberculosis en sujetos afechos de luxación congénita.

Lamy, ha publicado una estadística extensísima de luxaciones congénitas de cadera, y solamente en tres casos se ha añadido la tuberculosis á la luxación. La tuberculosis se localiza muy raramente en tejidos óseos insuficientemente vascularizados; esto mismo que se observa en la luxación congénita, se observa también en los miembros afectados de parálisis infantil.

Los dolores de la cadera, dolores que con frecuencia se transmiten á la rodilla, se explican por la insuficiencia de los medios de sostén. En la luxación ilíaca, la cabeza femoral no teniendo punto de apoyo ó siendo éste inestable sobre la pelvis, las partes blandas, cápsula y ligamentos, tienen que hacer el papel de suspensores en vez de medios de unión, por ello á medida que el peso aumenta, sufren dichas partes blandas y aparece el dolor. Cuando la luxación está algo apoyada, hay otra causa que provoca el dolor; la cabeza femoral sufre presión contra la pelvis, esta presión por no estar las superficies de contacto como en una articulación normal provoca dolor, pues indudablemente se producirán pequeños focos de periostitis.

Los dolores musculares se producen en los momentos de exageración en la separación de las superficies articulares; los enfermos se quejan entonces de calambres muy dolorosos.

Todos estos dolores pueden sobrevenir espontáneamente, por crisis, pero lo más frecuente es que revelen á causa de un traumatismo, un mal paso, después de una marcha prolongada ó estancia de pie.

Como los luxados de edad con frecuencia se presentan al médico con fenómenos dolorosos, es conveniente saber que excepto en casos muy raros de coxo-tuberculosis, estos dolores no constituyen una contra-indicación á la intervención. En las formas dolorosas por «insuficiencia» de la cadera, debe intentarse modificar la posición defectuosa de las superficies articulares y darlas una posición más fisiológica, pero antes de proceder á las maniobras de reducción, es necesario que el enfermo guarde algunos días de reposo. Muchas veces se nota después de la intervención, la desaparición de los síntomas dolorosos.

El estado general debe también ser examinado; no deben operarse los luxados debilitados, ni los que padecen de la enfermedad de Little, parálisis infantil, raquitismo grave, ni infección.

En una luxación unilateral con todas las condiciones favora-

bles, la reducción puede ser intentada hasta los 14 años. En los otros casos es necesario tener en cuenta las condiciones indicadas, sobre todo el grado de desarrollo físico del sujeto y las malformaciones óseas.

En los luxados unilaterales las malformaciones de la cadera luxada son en general menos importantes que en los luxados dobles; se debe esto á que en los primeros el peso del cuerpo actúa sobre el lado sano. En los luxados dobles, aun en las mejores condiciones, no es prudente intervenir después de los 11 años.

En los luxados de edad, hay siempre peligro de que puedan presentarse complicaciones. Roturas musculares, vasculares, fracturas, pueden presentarse durante la intervención; más tarde puede observarse el *schoe*, parálisis, hernias, rigidez articular, deformaciones óseas.

Las roturas musculares y vasculares no son frecuentes y pueden evitarse si no se emplean maniobras bruscas, tales como la tracción mecánica. Utilizando la tracción manual y tomando como punto de apoyo la parte media del muslo para ejercer esta presión, se evitan estos accidentes.

La extremidad superior del fémur se halla mal nutrida á causa de la desaparición del ligamento redondo, que no existe en los luxados que hayan pasado de 3 años. Como la mayor parte del esfuerzo actúa sobre esta parte, el peligro de la fractura es mayor que el de las otras complicaciones; cuando el muslo está en abducción forzada, la cabeza femoral tiene que vencer el reborde cotilóideo para entrar en la cavidad, la fuerza que hace el operador al empujar hacia arriba el gran trocanter, y hacia abajo la extremidad inferior del fémur, toda ella actúa sobre el cuello, por lo que la fractura puede producirse. Por evitar este enganche de la cabeza femoral en el reborde cotiloideo posterior, tiene mucha importancia la «tracción permanente», indicada al principio.

Las fracturas en las otras partes del fémur, son muy difíciles y solo pueden producirse en sujetos predipuestos; por ello es necesario obrar con prudencia.

Una fractura obliga á suspender la intervención; es necesario inmovilizar en buena posición en un aparato enyesado; después de unos 3 meses se podrá intervenir de nuevo.

El sistema nervioso sufre también en la intervención. El doc-

tor Bájac, ha observado que durante las maniobras de reducción que el pulso se hace pequeño y frecuente, algunas veces irregular; en el momento de la reducción, se hace imperceptible, pronto recobra la amplitud, pero la aceleración persiste durante dos ó tres días. El doctor Bojac, cree que la causa principal de estas modificaciones del pulso, se debe á la tracción ejercida sobre la ciática; para él los fenómenos observados, son debidos á la vaso-constricción que será seguida de un reflejo de inhibición cardiaca. Estos transtornos son mayores cuanto mayor es la edad y las maniobras más largas y penibles.

En algunos casos se ha observado la depresión post-operatoria, y en otros al contrario, la excitación; en muchos hay insomnio, y en otras el sueño es entrecortado por sobresaltos; en algunos se presentan convulsiones. Todas estas manifestaciones desaparecen en 3 ó 4 días.

El shock grave seguido de muerte es excepcional.

Es una medida permanente el no prolongar la intervención más de 20 minutos y no recomendar sin que el enfermo haya descansado 8 días.

Las hernias normales aparecen sobre todo en los luxados dobles, y se deben tanto á la debilidad congénita de la pared, como á la distensión del anillo, favorecido por la adducción forzada de los muslos.

La parálisis es un accidente que sobreviene con relativa frecuencia en los luxados de edad. Reter Bade, dice que en un 2,5 á 3 por 100 de las reducciones. Es muy rara en los operados antes de los 5 años, no se registre ningún caso en los luxados de menos de 2 años, luego la proporción de la parálisis aumenta con la edad.

Es más frecuente en los luxados dobles que en los unilaterales, y más frecuente en niñas que en niños.

Las variedades por orden de frecuencia, son: la parálisis limitada al ciático popliteo externo, la del ciático, la parálisis ciática bilateral, la parálisis del crural.

Si bien no hay razón para explicarla, se ha observado con alguna mayor frecuencia la parálisis del lado izquierdo

La parálisis aislada del ciático popliteo externo, se debe según ciertos autores, á la presión de la mano del operador durante las maniobras de reducción, en las que el nervio es com-

primido contra el peroné; para otras la presencia ejercida por el tendón del biceps.

El doctor Van Necte, asistente del doctor Gourdon, cree que después de la reducción, el ciático popliteo externo sufre los efectos de una tracción exagerada, por hallarse fijado por medio de bridas á la oponeurosis del tendón del biceps, las cuales bridas le disminuyen su elasticidad y la tracción actúa por ello con toda su intensidad.

El nervio ciático se encuentra muy retractado en la luxación iliaca; durante las maniobras de reducción es violentamente estirado, después, en la posición de flexión y adducción de muslo á 73 grados no solamente está estirado, sino que sufre una compresión entre la cabeza del fémur y la pelvis; esta compresión cesa en cuanto la cabeza femoral entra en la cavidad cotiloidea. En la luxación supra-cotiloidea la ciática está menos retractada, las maniobras de extensión necesarias á la reducción, son menos enérgicas, por lo que este accidente es más raro en esta clase de luxaciones.

La paraplegia, que á veces puede observarse á continuación de una reducción, se deberá probablemente á una mielitis traumática.

La parálisis del crural es sumamente rara; cuando se la observa es al mismo tiempo que la del ciático. Esta rareza de la parálisis del crural, se debe á que él se encuentra menos retractado que el ciático, sufre poco con la extensión, y que su contusión por obstáculos no es posible.

Las parálisis aparecen inmediatamente después de la intervención, pero durante el curso de ella puede preverse que vendrán, pues se anuncian por trastornos de vaso-constricción el pie, y algunas veces la pierna toman bruscamente un tinte céreo.

La naturaleza y la intensidad de las parálisis es variable: á veces es una simple paresia, otras son trastornos de la sensibilidad con conservación de la motilidad, y otras, abolición completa de la sensibilidad y motilidad.

Estos trastornos á veces desaparecen en pocas horas; en otros duran algunos meses, y muy rara vez algunos años. Cuando la parálisis es completa y se extiende á todo el miembro inferior, el nervio crural es el primero que viene á la actividad, después el ciático popliteo interno, y después el externo.

En muchos casos pueden evitarse estas complicaciones nerviosas. Cuando los luxados pasan de cierta edad, la luxación iliaca es elevada y los reflejos se hallan esaltados; esto indica cierta predisposición. Es prudente, pues, en estos enfermos, no hacer tracciones violentas, mantener durante las maniobras de reducción cierto grado de extensión del fémur para evitar la compresión del ciático, no inmovilizar el muslo en adducción rectangular sin tener la certitud que la cabeza femoral se halla en la cavidad cotiloidea. Vigilar la coloración de la superficie plantar, y si se observa algún tinte céreo, suprimir toda intervención. Cuando se interviene en los luxados dobles de más de 5 años, es prudente no reducir las dos luxaciones en la misma sección; conviene reducirlas con un mes de intervalo.

El tratamiento de las parálisis post-operatorias es sencillo: electricidad, masaje, aire caliente, etc. Si la parálisis es limitada al ciático popliteo externo, no hay necesidad de levantar el aparato de contención de la cadera; si la parálisis es más extensa, hay que levantar el aparato y el enfermo tendrá que seguir en cama. El pie habrá que sostenerlo en buena posición con algunas vendas elásticas, para evitar la deformación en equinismo.

La inmensa mayoría de las parálisis curan bien; en algunos casos persiste cierta debilidad de los peróneos laterales.

En niños de 7 á 13 años, se han observado frecuentes deseos de orinar, sin que esto se acompañe de ningún otro transtorno de parte de los miembros.

Bilbao 13 Septiembre de 1913.

MUSATADI.

(Continuará.)

Hospital Civil de Bilbao

CLÍNICA DE NIÑOS

MÉDICO JEFE

Doctor Don Teodoro Aparicio

Magullamiento del pie izquierdo.--Tétanos consecutivos.--Curación

El día 9 de Julio ingresó en la Sala de niñas, número 18, Benita Sobrón, de 7 años, natural de Orduña, la cual había sido

arrollada por un vagón, produciéndole las siguientes lesiones: Magullamiento del pie izquierdo, con pérdida completa casi de todos los dedos; arrancamiento de la piel de todo el pie hasta por encima de los maleolos, la cual permanece ligeramente adherida en algunos puntos; fractura del esqueleto, dedos y metatarso.

Erosiones en los muslos y tronco, herida contusa como de tres centímetros de longitud en la frente, interesando solo la piel y tejido celular.

Acompañaban á estas lesiones, hipotermia 37-05 grados, palidez completa del semblante, colapso, vómitos frecuentes, gran frecuencia de pulso (140).

La niña había sido curada fuera del Hospital de primera intención; nosotros levantamos el apósito, lavamos la herida, sucia aún, haciendo una cura húmeda con gasas empapadas y cloruro de zinc al 2‰, cubierta con tela impermeable, haciendo fermentos de 4 en 4 horas.

Inyección de suero de Hayén, 600 gramos, é inyecciones de cafeína y aceite alcanforado, alternando una cada 6 horas.

Pequeñas cucharaditas de agua vinosa, fría y leche helada.

Día 11.—Inyección de suero de Hayén, 300 gramos, cafeína y aceite alcanforado, como el día anterior.

La niña continúa en el mismo estado de postración y colapso que ayer. T. 36-08. P. 140.

Día 12.—Se levanta la cura para inspeccionar la herida, encontrando azulados y muertos algunos colgajos de piel plantar y dorsal, los cuales se cortan con la tijera; quítanse también trozos de falanges fracturadas y muertas.

Toques con tintura de iodo y glicerina en toda superficie de la herida, continuando los fomentos.

Como la niña ha reaccionado regularmente T. 37° P. 120, se suprime la inyección de suero y de cafeína, poniendo solo media inyección de aceite alcanforado al 10/100.

Día 15.—La niña está animada, toma alimento líquido; leche y caldo, y tiene T 37 1/2 P. 112.

Día 17.—Nada de particular: levantado el apósito, se encuentra la herida en supuración abundante y franca, se quitan algunos pequeños colgajos mortificados, y se cura con tintura de iodo glicerinada, se espolvorea con polvos de seroformo, poniendo gasas secas asépticas, algodón y vendas. En vista de haberse presentado supuración abundante y haber reaccionado la niña, quedando bien marcada la línea de limitación del trau-

matismo, se acuerda hacer la amputación dentro de breves días.

Día 18.—Visita de la mañana. La noche ha sido intranquila, la fiebre es de 38 1/2 el P. está á 130; al mirar la niña, se observa un trismus marcadísimo, apenas si puede abrir la boca. La nuca ligeramente rígida.

Estamos en presencia de un caso de tétanos traumáticos, desarrollados al octavo día, de un traumatismo séptico en franca supuración.

Inmediatamente se procede á la amputación á dos colgajos; uno externo mayor, y otro interno más pequeño, seccionando el esqueleto por el punto de elección. Aun cuando estamos en zona sana, no se hace sutura completa, dejando un tubo de desagüe número 1.

Una vez practicada la amputación, y antes que la niña saliera del sueño clorofórmico, se procede á la inyección intrarraquídea de suero antitetánico, 10 c. c.

A las cuatro de la tarde inyección de suero fisiológico fenicado al 1 por $\frac{1}{200}$ -(200) gramos.

Hidrato de cloral	4 gramos
Agua de melisa	120 >
Biomuro potásico	2 >
Jarabe de Azahar	30 >

m.

Para tomar una cucharada de hora en hora, hasta producir el sueño.

Día 19.—Continúa mal, el trismus es casi constante, el opistotonos es acentuadísimo, los brazos y las piernas están contracturados.

La temperatura no es muy alta 37, pero el pulso es frecuente 140.

Nos parece el caso gravísimo, y desconfiando de toda medicación, por lo mismo que tenemos gran deseo de salvar la enferma, aglomeramos cuantos remedios se han aconsejado en estos casos; por esto seguimos con el cloral, y en vista de que puede extraerse pequeña cantidad de líquido céfalo-raquídeo, inyectamos en la médula 2 centímetros cúbicos de una disolución de sulfato de magnesia al 25 por 100.

Subcutáneamente inyectamos 20 c. c. de suero antitetánico.

Día 20.—Sigue el mismo estado, los fenómenos tetánicos no ceden en nada; la niña se alimenta poco y á causa sin duda de la poción de cloral se encuentra constantemente dormida.

Mañana: Inyección de suero de Hayén fenicado. Tarde: Inyección subcutánea de 20 c. c. de suero antitetánico.

Día 21.—El mismo estado; la misma medicación, con más una inyección de aceite alcanforado.

Día 22.—Inyección intra-raquídea de sulfato de magnesia, 2 c. c. de suero antitetánico.

Día 23.—Inyección de suero de Hayén fenicado 200 gramos. Como la niña apenas si duerme, se la pone medio c. c. de morfina mañana y tarde.

Día 24 y 25.—La misma medicación.

Día 27.—Diez c. c. de suero antitetánico intra-raquídeo.

Día 28.—Se nota alguna mejoría. Las contracturas han disminuído. Toma algo mejor los alimentos. La temperatura es normal y el pulso, aunque muy frecuente aún (135), es menos que los días anteriores (150 á 160). Se suspende toda medicación.

Día 30.—Continúa la mejoría, que consiste en la desaparición gradual de todos los síntomas nerviosos.

Como tiene la lengua saborrosa, se la administran 20 centigramos de calomelanos al vapor.

Día 1.º.—La niña no ha pasado bien la noche, ha estado intranquila, delirante, el pulso está muy frecuente (160).

De hidrato de cloral 4 gramos

De agua de melisa 100 »

De extracto seco de digital 5 centímetros

De jarabe de las cinco raíces 30 gramos

m.

Una cucharada grande de 2 en 2 horas.

Día 2.—En vista de la agitación y del insomnio, se ordena á más de la poción del cloral, un baño general á 35 grados y media inyección de morfina.

Día 5.—Pulso bien: temperatura normal, resolución muscular completa, pero la niña no duerme y está algo delirante. Se le ordena el veronal 15 centigramos, y 15 gramos de jarabe de Azahar.

Día 6.—La niña ha dormido, está tranquila, toma alimento, presentando un aspecto de franca convalecencia.

Día 8.—Se suspende toda medicación.

Los colgajos trazados para la amputación están cicatrizados. El curso que han seguido, ha sido normal, curando asépticamente aun cuando por segunda intención, debido á que desechos de un buen desagüe dejamos sin suturar gran parte de los concajos.

REFLEXIONES

Se trata de un caso típico de tétanos traumáticos, herida extensa é innoxa, sucia por la tierra, con asociaciones microbianas, que explota al octavo día de recibida la lesión, y cuando la supuración auxiliar está en todo su auge.

En estas condiciones, la terapéutica era clara, el resultado muy dudoso, pero como teníamos gran deseo de triunfar, se instituyó una terapéutica enérgica, variada, para algunos, quizás excesiva. Empezamos por amputar, medida para mí la principal, pues era la más segura y lógica de supresión de la fuente de intoxicación, pudiéndola considerar como verdadera medicación anti-causal; el resto de la medicación le consideramos coma sintomático.

El suero antitetánico como antitóxico, como moderadores del sistema nervioso y calmantes el opio, como agentes destructores de los fermentos y de sus productos, el ácido fénico y el sulfato de magnesia como baño salino, modificador de la excitación nerviosa medular.

Examinando detenidamente los días transcurridos y la cantidad y constancia de los medicamentos empleados, sin que hasta pasados muchos días (desde el 18 al 31 de Agosto), disminuyeran los síntomas capitales del tétanos, está uno autorizado á pensar que la eficacia medicamentosa no ha sido grande ni inmediata, que no ha habido una manifiesta influencia de la medicación sobre los síntomas, sino que éstos han ido disminuyendo poco á poco como si el organismo absorbiendo una cantidad de veneno fuertemente tóxica, pero no mortal, hubiera ido poco á poco eliminando y destruyendo hasta vencer en la lucha.

El acto verdaderamente anticausal ha sido el de la amputación, puesto que hacía desaparecer la materia tóxica separando el terreno y el agente productor.

¿Quiere decir esto que fuera de la amputación no se debe emplear medicación alguna? No. Pero yo creo que cuando la amputación no pudo hacerse, la gravedad del tétanos es muchísimo mayor, á pesar de los sueros y de los remedios farmacológicos.

HISTORIAS CLÍNICAS

Varios casos de enteritis agudas graves. Datos de autopsia. Hospital Civil de Bilbao

(Notas leídas en la Academia)

Caso 1.º Manuel Antón, natural de Uña, Zamora, de 23 años de edad, soltero, jornalero, ingresó el 31 de Julio de 1907 en la Clínica Médica de hombres; sin antecedentes patológicos familiares ni personales dignos de mención; de buena constitución, enfermó diez días antes de nuestra primer visita, de repente, y según creía á consecuencia de haber bebido mucha agua fría; comenzó con grandes dolores de vientre, seguidos de diarrea profusa: pocos días después tuvo vómitos repetidos. Cuando le vi por primera vez, presentaba el siguiente cuadro: facies hundidas, peritoneal, frialdad de las extremidades, hipotermia, pulso pequeño, lengua roja, lisa y seca, abdomen deprimido, pastoso, dolorido en el trayecto del colon; no tiene infarto de hígado ni de bazo; anuria casi completa; vómitos de líquido verdoso, diarrea líquida, abundante.

Diagnóstico: *Enteritis aguda coleriforme.* *Diario de observación.* Primero de Agosto=100 gramos de leche frita cada hora; bismuto y opio; inyección de aceite aleanforado cada 3 horas, suero de Hayén 500 gramos, lavado intestinal con agua hervida.

Día 3.—No hay mejoría: se dispone dieta absoluta, terrones de hielo, que continúan los vómitos y la diarrea; se hace un abundante lavado del estómago.

Ven al enfermo en consulta, los señores Zarza y Brey; el primero cree se trata de una enteritis aguda, y, el segundo, cree que hay algo peritoneal y de la vexcicula biliar; insiste en los tónicos difusibles, pues la algidez es grande: por la tarde cesan vómitos y diarrea, parece que está mejor.

Día 4.—El enfermo dice que está mejor, hay más reacción, no ha vomitado ni ha tenido más deposiciones: igual tratamiento: suero, aceite y hielo.

Día 5.—En vista de que continúa la mejoría, se le da leche con agua de cal, enemas de ácido bórico al 4 por 100.

Día 6.—Reaparece la diarrea: se le administra un laxante y más tarde el salicilato de bismuto con polvos de Dover; con la diarrea hay de nuevo algidez.

Día 7.—Peor, 37°=pulso pequeño=irascible=lengua seca y fuliginosidades, ojos que le cuesta abrir, sueño insensible, diarrea abundante; se le hacen lavados intestinales con ácido bórico aceite alcanforado, etc.

Tarde.—Sopor profundo, boca llena de mucosidades secas, extremidades cubiertas de manchas rojas, lisas, no elevadas sobre la piel, las paredes abdominales presentan las mismas manchas pequeñas como de roseola; no tiene vómitos, pero sí diarrea abundante; fallece la misma tarde.

Autopsia.—Abierto el abdomen se observa: peritoneo y apéndice normales macroscópicamente; hígado y bazo de aspecto normal; estómago ligeramente dilatado.

Intestinos delgados; yeyuno dilatado, congestionado y con paredes gruesas; ileon aplastado y con paredes gruesas, á trechos de color vinoso, en otros más claros; en aquéllos la mucosa está afelpada, gruesa, congestionada y se despega con facilidad; en los trozos claros, la mucosa está como necrosada, descamada como una ulceración: Enteritis ulcerosa y necrosante.

El intestino grueso, muy contraído.

Riñones, algo grandes.

Cultivo en leche, de la mucosa intestinal; á las 24 horas está la leche coagulada por completo; al microscopio da el aspecto de cultivo puro de colibacilos.

Caso 2.º: número 22.—Salustiano Rodríguez, de 48 años de edad, minero, ingresó el día 20 de Septiembre—nada de especial dice de antecedentes hereditarios ni personales; no sabe á qué achacar su enfermedad actual, aparte de haber bebido mucha agua; no conoce de casos de epidemia en el punto de su residencia.

Enfermó 15 días antes, con fuertes dolores de vientre, con diarrea profusa, sin vómitos ni trastornos: no da más datos.

Estado actual.—En la primer visita, nos encontramos con un hombre acolapsado, que tiene una diarrea líquida copiosa y muy fétida, pulso filiforme, hipotermia, no aqueja dolor espontáneo en el vientre, pero la presión lo produce en toda su extensión, sobre todo en el lado derecho; no tiene vómitos, anuria. *Diagnóstico:* Enteritis aguda coleriforme, *Diario:* Tratamiento.—Dieta absoluta Hielo—bismuto con polvos de Dover 1 y 0,10=aceite alcanforado, etc.

Día 21.—Mil gramos de leche para las 24 horas, á pequeñas dosis; tiene hipo.

Día 22.—Peor: colapso intenso, hipo; fallece por la tarde (no ha presentado erupción).

Autopsia.—Abierto el abdomen, nos encontramos una colitis intensa, el colon transverso de color de hoja seca, de paredes delgadas, se desgarran con solo pellizcarlo con las pinzas ó dedos, pues está completamente necrosado, la terminación del ileon presenta el mismo aspecto, la serosa inflamada también, en la cavidad peritoneal hay líquido fecaloideo, y en algunos puntos pus espeso: Apéndice normal, hígado y bazo negruscos y muy blandos.

En resumen: necrosis ó gangrena intestinal en masa, que produjo una perforación y peritonitis consecutiva.

Caso 3.º.—S. Bartolomé, de la provincia de Burgos, de 60 años de edad, minero, buena salud habitual, sanguíneo; ingresó el 11 de Agosto.

Enfermó unos días antes con dolor de vientre, diarrea, vómitos, calambres en las pantorrillas: bebía mucha agua en la mina.

E. A.—Demacración, hipotermia, pulso filiforme pequeño, cara esquelética, ojos hundidos, nariz fría, lengua seca, rojo-obscura-sucia, vientre metido, contraído, diarrea abundante y fétida-líquida, numerosas deposiciones; vomita líquido verde, orina escasa, sedimentosa.

Diagnóstico: *Enteritis aguda coloriforme.*

Diario y tratamiento: Dieta absoluta, hielo, bismuto, aceite alcanforado.

Día 14.—Mejor, suero Hayen, alcanfor, café con leche; por la tarde, hipotermia, sueño insensible, ojos rojos que se le cierran sin querer, cafeína.

Día 16.—Algo mejor, menos sueño, cafeína, enemas de bismuto, dieta de hielo.

Día 17.—Mejor, menos diarrea, jerez, café y leche.

Día 20.—Mejoría grande, pulso mayor, orina más, temperatura más elevada, no hay modorra; se curó.

Caso 4.º.—Q. Valle, de 61 años de edad, de Medina de Pomar, ingresó el 9 de Septiembre, salud habitual buena. Enfermó hace pocos días, con dolores, diarrea profusa y calambres; causa desconocida.

E. A.—Estado malísimo, demacración, colapso; cara hipocrática, pulso depresible, Hipotermia, lengua seca, roja, resquebrajada, vientre blando, doloroso, sin manchas ni infartos; diarrea líquida, profusa, fétida; orina escasa, sedimentosa; sed in-

tensa, ojos secos, se le cierran sin querer, como narcotizada.
Diagnóstico: Enteritis coleriforme.

Diario: Día 16 de Septiembre. Dieta absoluta, no se le da purgante, pues lleva así quince días. Enema de 1000 gramos, con 8 de bismuto; bismuto y Dower.

Día 11.—Igual: aceite alcanforado, dieta hídrica.

Día 12.—Leche á pequeñas dosis, suero Hayen, antisépticos intestinales; lavados con azul de metileno.

Día 14.—Colapso, diarrea, soñolencia, anuria, inteligencia clara; más suero y aceite: fallece este día.

Me ha parecido interesante el relato de estos cuatro casos de enteritis, análogos por su curso, sintomatología, gravedad intensa y lesiones halladas en la autopsia: Entran dentro del grupo de enteritis agudas, cuyo apellido cambia según su intensidad, su curso, gravedad, agentes encontrados, etc., pudiendo considerarlas como casos de enteritis coleriformes ó cólera nostras, semejantes á los descritos por Courtois, Mathieu, Gilbert, etc., y denominadas por otros enteritis infecciosas, septicemia gastro-intestinal, colibacilosis, según se han fijado en el carácter de la diarrea profusa, algidez en las lesiones intestinales, en la flora intestinal hallada; en el libro de Gilbert para hacer ver sus analogías con el cólera, describe un caso exactamente igual á los nuestros, hasta en su causa aparente, uso exagerado de agua del Sena; el cuadro sintomático era: cólicos, diarrea, vómitos, calambres, hipotermia, lengua roja, seca, cianosis, vientre metido, dolores abdominales, estupor ó soñolencia y afonía, oliguria, reacción febril á los 8 días, como en el período reaccional colérico, con eritema macular papuloso: muerte en colapso.

La época en que se presentaron, verano, comienzo brusco después de hacer uso de agua en gran cantidad en las minas, cuadro presentado son datos que hacen desechar una enteritis vulgar, la fiebre tifoidea, disenteria; el haber encontrado en el único caso en que se hizo un cultivo, el colibacilo es un dato en favor de los que dicen que este agente se desarrolla en el curso de una enteritis aguda, produciendo los fenómenos de colapso y de necrosis intestinal; la erupción generalizada anotada en uno de ellos era como la citada por Gilbert.

La etiología bacteriana de estas afecciones es un verdadero caos: desde el colibacilo hasta el streptococo, hay una variedad enorme de microbios encontrados por los distintos autores, predominando el coli, el streptococo, el proteus, el strep-

tococo enteritis (Netter y Beck, atribuyen el cólera nostros al estreptococo), strepto-colibacilo (Nobccourt), pneumococo, etcétera. (Véase L. Galliard, para la patogenia, origen de los microbios, su modo de hacerse virulentos y relaciones con el colibacilo).

En los casos por mí descritos, son de notar las lesiones encontradas, que contrastan con lo que la mayoría de los autores dice en el capítulo de A. P. de las enteritis, hablando de su banalidad, y sacando en consecuencia que lo importante es la intoxicación; no siempre ocurre así, pues en mis dos autopsias, encuentro en unas lesiones ulcerosas extensas y necrosantes del intestino delgado, y en el otro, una gangrena en masa del colon transverso, lesiones solo señaladas en las enteritis disenteriforme, aunque no en esta intensidad; la disentería produce lesiones de esta índole, invadiendo de la superficie de la mucosa á su profundidad, produciendo inflamaciones pseudo-membranosas, ulcerosas y necrosantes.

Respecto del tratamiento, dice Hutinel que hay que tener más en cuenta la toxemia que la infección; de aquí que el fundamento terapéutico ha de ser la dieta hídrica y la evacuación del contenido intestinal desde el principio; cuando nos encontramos frente enfermos como los míos, con cuadros peritoneales, acolapsados, después de 10 y 15 días de enfermedad, acabados, el resultado no puede ser sino el relatado, y si un caso curó, con la dieta absoluta fué, pero seguramente sus lesiones serían todavía pequeñas.

C. D. EMPARANZA.

Academias y Congresos

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión celebrada el día 28 de Marzo de 1913

Preside el Sr. Dfáz Emparanza

Solicita su ingreso como socio D. Felipe de Léniz y Amézaga.

UN CASO DE MIXOEDEMA ESPONTANEO

Sr. Laguna.—José Monasterio, de 13 años de edad, natural de Dos Caminos, se presenta acompañado de su madre á primeros de Enero del año actual, en la consulta pública de enfermedades de la infancia, del Hospital civil.

Sus antecedentes hereditarios no acusan nada digno de mención; ha tenido 6 hermanos, 4 varones y 2 hembras; murieron 2: uno de meningitis y otro de catarro.

La primera dentición la tuvo á los 5 meses, continuando el resto normalmente; á los dos años pasó la viruela, que duró tres semanas sufriendo convulsiones; ocho años más tarde tuvo el sarampión, y á continuación, según la madre, tres pulmonías, desde entonces empezaron á notar que su inteligencia disminuía, prestando poca atención á las cosas, quedando como atontado, sin incomodarse por nada; no se le veía ni gritar, ni llorar, ni participar de los juegos infantiles, con la boca entreabierta, sin desarrollarse su estado general más que en el sentido de la gordura, hasta que viendo que pasando el tiempo empeoraba cada vez más, decidieron traerle al consultorio.

En el estado actual nos encontramos con un sujeto de cara de niño y cuerpo en apariencia de adulto; la cara es ancha, abotargada, el cuello ancho también, no por lo grueso, sino por la infiltración dérmica; igual morbidez se aprecia en el tórax y abdomen, brazos, muslos y piernas; el color de la piel es pálido, á la presión ofrece cierta resistencia blanda al dedo, especialmente al nivel de los huecos supraclaviculares; respecto de los trastornos intelectuales, no se da cuenta sino trabajosamente de cómo se llama, tardando en contestar á las preguntas; hay obtusión de la memoria; no grita, ni llora, ni ríe; perseguido por los compañeros de juegos, se queda quieto sin oponer la menor resistencia, aunque le peguen; come lo que le dan, no pidiendo nada; todo le parece bien, el sueño es tranquilo, el apetito y las digestiones, buenos, la orina y deyecciones normales, la marcha es lenta, perezosa, y el aspecto general de su fisonomía le da un aire de indiferencia casi absoluta: en una palabra, parece un «hombre planta».

Explorada la región del tiroides, no puede apreciarse bien la presencia ó falta del mismo, por la infiltración dérmica antes mencionada.

En presencia de todos estos signos, y pensando en la existencia de un mixoedema adquirido en la segunda infancia, nos decidimos á empezar el tratamiento opoterápico, el cual, con arreglo al aforismo «naturam morborum curationes ostendunt», nos revela que se trata de una afección de origen tiróidico; en efecto, la

talla de este sujeto, que es de 1,10 metros, no sufre variación, pero su peso que en el principio del tratamiento era de 24 kilogramos, diez días después descende á 23 y medio, y 50 días más tarde, baja á 22 y medio. El estado general mejora ostensiblemente, ya presta atención á lo que se le dice, responde á las preguntas, se alegra y ríe, participa de los juegos y diversiones de los niños de su edad, el aspecto del semblante pierde toda su estupidéz, la marcha se hace más ligera y animada, la infiltración dérmica desaparece casi por completo, y, en una palabra, á primeros de Marzo el niño ya parece otro.

Aun descontando lo puesto en apariencia por el tratamiento tiroideo, no cabía pensar que se tratara de un raquitismo, porque ni su edad, ni su aspecto, ni el vientre de batracio, ni las tuberosidades epifisarias hacían pensar en él; ni tampoco cabía pensar en una acondroplasia, pues la longitud de los miembros era normal, ni en una lipomatosis generalizada, tan característica á simple vista, ni en una acromegalia, propia de otra edad, ni en una infiltración dérmica de la esclerosis en placas, por la ausencia de los antecedentes de ésta, ¿podía tratarse de un enanismo?. No lo creíamos verosímil, pues estos sean los infantiles del tipo Loraine, sean los aplásicos vasculares, sean los de origen sífilítico, palúdico ó tuberculoso, ofrecen caracteres propios, aunque no ha faltado quien considere todos los casos de infatilisismo como de origen tiroideo. Con lo único que podía haber confusión era con los cretinos, pero no había necesidad de hacer la distinción porque cretinismo y mixedema son los dos *polos opuestos de la patología tiroidea*, bien por exceso ó por defecto.

Finalmente, y como antes hemos dicho, ha sido la opoterapia tiroidea la que nos puso de manifiesto la enfermedad; en este caso hemos usado la tiroidina Merck, dando un comprimido cada uno ó dos días, pues al principio administrada cotidianamente se manifestaron síntomas de intolerancia.

Sr. Eguiluz.—Habla de un niño que él visita y del que apenas puede relatar sus antecedentes, al que cree debe diagnosticar de mixoedema. Promete traer al niño en la sesión siguiente para que le vean los señores Académicos.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

Sesión del día 4 de Abril de 1913.

Preside el Sr. Díaz Emparanza

Es admitido para su ingreso á D. Felipe de Léniz y Amézaga.

Sr. Eguiluz.—Presenta el enfermo de mixoedema que relató en la sesión anterior, y parece algo mejorado, pues por lo menos ha disminuído de peso y su aspecto es más floreciente.

Sr. Alonso.—Menciona un caso de «Anasarca de origen hepático.»

Se trata de un sujeto afecto de un edema generalizado y que sin poder precisar cual era su causa, viene á descubrirse que era debido á una lesión hepática, y ya una vez precisado el diagnóstico, se reconoció que se trataba de un «hepatitis supurada.»

Tratado con las píldoras azules y con una dieta láctea rigurosa, apenas se obtuvo resultado alguno, pero un día, subitamente, el enfermo vomitó una gran cantidad de pus y continuando echando pus durante algún tiempo curando de esta manera: se ve claramente que se trataba de un absceso hepático, abierto en un pulmón y evacuado por vómica.

Casos de «contagio por la viruela».—Un individuo adquirió la viruela fuera de su pueblo, donde habitualmente residía, y donde no existía aquella enfermedad; su enfermedad fué grave y falleció, siendo transportado el cadáver en hombros. Los individuos que llevaron las andas, se contagiaron y lo fueron también aquellos que en la iglesia asistieron á los funerales, siendo de notar, como circunstancia curiosa, que el contagio comenzó por los individuos que, durante aquella ceremonia religiosa, se hallaban más cerca del cadáver, y fueron apareciendo afectados por la dolencia sucesivamente los más lejanos. Entre los enfermos hubo uno que se escapó de su casa y no pudo encontrársele en tres días, al cabo de los cuales apareció sin conocimiento, frío, en un estado de postración tan grande, que parecía iba á morir de un momento á otro; á pesar de todas estas peripecias el enfermo curó.

Cita lo acaecido en una casa, en uno de cuyos cuartos existió un varioloso y que permaneció sin habitar durante un año, al

cabo de cuyo tiempo, y no habiendo penetrado sujeto alguno en aquel aposento, se desinfectó, lo mejor que se pudo en aquella época; una criada que entró en él á dormir adquirió la viruela.

Relata otros siete casos de contagio por unas pieles, seis de cuyos enfermos fallecieron y el que curó, lo fué por un consumo grande de alcohol que hizo.

El Secretario General,
C. MENDAZA.

CONFERENCIA

dada en la primera Asamblea general del XVII Congreso
Internacional de medicina de Londres

EL PRONÓSTICO MÉDICO

SUS MÉTODOS, SU EVOLUCIÓN, SUS LÍMITES

Por el Profesor Mr. H. Chanfrad

Señor Presidente.

Señoras:

Señores:

Habiéndome invitado á tomar la palabra, hoy, en esta gran Asamblea médica, el Comité Delegado del XVII Congreso Internacional de medicina, me ha hecho un gran honor, y mi deber primero es el de testimoniarles mi sincero agradecimiento. Yo me sentiría muy indigno de esta alta distinción, si no pensase que ella se dirige mucho menos á mi personalidad que á la ciencia médica francesa.

Los médicos de Francia han venido á este renombrado Congreso, deseosos de instruirse, de haber canocer sus trabajos y también de mantener y volver á unir los lazos de amistad y estima que les unen á sus compañeros de todos los demás países y, en particular al cuerpo médico de la gran nación que hoy tan brillantemente les recibe.

Así, pues, que por este instante me es dado ser su portavoz ante vosotros, permitirme entrar inmediatamente en el asunto ú objeto de que voy á tener el honor de tratar en esta conferencia.

*
* *

La cuestión que me propongo examinar, es la del *pronóstico médico*, contemplado en sus métodos, en sus evoluciones y en sus límites.

El pronóstico médico ¿no es para nosotros el problema de todos los días, la interrogación angustiada, que sin cesar nos es dirigida, y que nosotros á nosotros mismos nos dirigimos?

Desde que hay enfermos y hombres que ensayan aliviarnos y de devolverles la salud, esta cuestión se presenta en cada caso: la curación será obtenida, y por cuáles medios terapéuticos? El pronóstico, el tratamiento, ve ahí desde los orígenes, las dos necesidades instintivas, las dos peticiones inmediatas del paciente. Solamente más tarde y á un grado más avanzado de cultura médica, apareció la necesidad previa del diagnóstico, es decir, de una noción puramente intelectual y lógica. Pero si es esta la última de nuestras adquisiciones, el diagnóstico ha tomado hoy en nuestras investigaciones el lugar que le corresponde el primero; ¿y quién es el médico, que sin un diagnóstico preciso podrá formular un pronóstico ó prescribir un tratamiento?

Es esta una idea completamente moderna, pero de la cual nosotros debemos estar penetrados hoy y definir en cada caso particular las soluciones recíprocas de estos tres elementos fundamentales del juicio médico; saber, preveer, obrar. Instintivamente en las edades lejanas ó remotas, después de largo tiempo, vacilando y buscando sus vías, la acción médica se esfuerza de más en más en venir á ser razonada y metódica.

Esto es el paso del arte á la ciencia, y ninguna época más que la nuestra ha ensayado y á menudo, con éxito de realizarlo.

En esta evolución no interrumpida, el pronóstico médico no ha quedado inmóvil; casi ante nuestros ojos, y por el hecho mismo del progreso de la ciencia contemporánea, poco á poco se transforma, sus métodos son modificados, sus límites se ensanchan cada día, encontrándose en perpetuo advenimiento. La hora es, quizá, favorable para *marcar la etapa*, para establecer el balance de las adquisiciones y el de las lagunas.

Esto es lo que yo quisiera ensayar, de hacer delante de vosotros.

*
* *

En la historia del pronóstico médico, debe primeramente de-

dicarse un gran espacio á la *época hipocrática*, y no se pueden re- leerse aquellos textos venerables sin un profundo sentimiento de admiración. Sin duda el médico, desprovisto de todo método técnico de exploración, no tenía entonces más que una visión puramente objetiva del enfermo, pero cuanto esta visión era penetrante, habil, para comprender á coordinar é interpretar los menores detalles.

¡Qué de estudios minuciosos! ¡Qué de investigaciones constantes de los signos ó señales pronósticos, sacados del estado general y revoladas por las fisonomías, por la posición en la cama lecho, el movimiento de las manos, la respiración, los sudores, el estado de los hipocondrios, las hidropesias, el sueño, las evacuaciones, las orinas, los vómitos y la expectoración! El libro sobre el *pronóstico*, no avisa más que las enfermedades agudas febriles, pero nada hay que suprimir de sus descripciones.

«El mejor médico me parece ser aquel que sabe conocer de antemano»; así comienzan esas páginas admirables, llenas de observación clínica y de filosofía médica. Siempre considerar el cuerpo en su conjunto, y juzgar todas las cosas por el estudio de los signos y por la comparación de su valor recíproco. Y estas son todavía las mismas ideas que sostenía Platon en la *Chramide*, cuando dice «que no se puede sanar ó curar la parte sin el todo.»

Toda la obra hipocrática está penetrada de esos mismos principios, y la famosa doctrina *de las crisis* no es más que una sistematización del pronóstico en sus enfermedades agudas.

Así el pronóstico, es contemplado como una *vista de conjunto de la enfermedad* y de la evolución probable que ella ha de seguir. De momento la medicina hipocrática se coloca en un punto central é intentó la síntesis del pronóstico clínico.

Ved ahí los manantiales primeros á los que es necesario remontarse siempre. Estas nociones primordiales nada han perdido de su valor, y si nosotros las hemos añadido mucho, nada las hemos cereenado. Hoy, todavía, todos estos juicios objetivos son de los que ningún clínico tiene el derecho de olvidarse, y la impresión de conjunto que ellos nos sugieren en el lecho de un enfermo, nos dicta el mismo pronóstico que otras veces, que en otro tiempo.

Durante más de veinte siglos la observación médica ha estado reducida á esos mismos recursos elementales, has-

ta el día en que los métodos nuevos, se añaden á la práctica antigua, y han venido á permitir el análisis de los trastornos morbosos. Desde entonces, es por *vía analítica*, y á la ayuda de métodos más y más penetrantes como se ve progresar la información médica, al mismo tiempo que el pronóstico se abría más y más directa.

*
* *

La época moderna comienza con Avenbrugger y Corvisat, por la percusión, con Laennec, el inmortal inventor de la auscultación, con Richard Bright, el creador de la patología renal. De momento y debido á esos memorables descubrimientos, toda la medicina se encuentra transformada, la exploración directa de los órganos sanos y enfermos ya realizable, y siguiendo la expresión de Laennec, se esfuerza en «poner, bajo la relación del diagnóstico, las lesiones orgánicas internas sobre la misma línea que las enfermedades quirúrgicas.»

Reconocer las lesiones sobre el vivo, precisar el grado y la evolución, era á la vez crear el diagnóstico moderno y dar al pronóstico bases más ciertas. Y también enseñan toda la importancia de una ciencia nueva *la anatomía patológica*, que por sus precisas descripciones, mantiene, corrobora y comprueba ó registra la información clínica, y orienta por largo tiempo la medicina hacia la indagación exclusiva de las lesiones y de los estados orgánicos.

Definir la lesión sobre el enfermo, rebuscarla sobre el cadáver, para deducir el diagnóstico y el pronóstico, tal es el programa de que se halla pendiente hace ya más de medio siglo la *medicina orgánica*, hermoso programa y que contiene una gran parte de verdad, pero doctrina demasiado estrecha, y que tiende á confundir la lesión con la enfermedad, cuando ella no es más que el resultado. Sin duda, y hasta un cierto punto, la lesión es la enfermedad en evolución, pero la anatomía cadavérica no aporta más que la conclusión, la estática terminal. *El pronóstico anatómico* encuentra muy pronto sus límites; es quizá en el dominio de la neuropatología, en la que ha hecho más bellas conquistas, y toda la obra de Charcot reposa sobre la aplicación razonada del método anatómico-clínico. Tengo necesidad de añadir que, si hoy día no somos más puros organicistas, no hemos

sin embargo sacrificado nada ni olvidado la labor de nuestros antecesores.

Su obra se sobrepone al terreno antiguo, como una nueva estratificación geológica, sobre la cual se edifican nuestras construcciones modernas, tanto más extensas y más sólidas cuanto ellas descansan sobre más largas y profundas fundaciones.

*
* *

La etapa siguiente debe ser franqueada bajo la influencia de los trabajos memorables de Claudio Bernard. Con él viene á ser la patología una fisiología desviada y la enfermedad un trastorno de las funciones normales.

Nosotros no podemos juzgar de un estado mórbido, apreciar su evolución probable y los riesgos que ha hecho correr al organismo, si nosotros no conociésemos las *alteraciones funcionales* que él suscita. ¿Cómo, fuera de esta noción capital, representar de una manera científica, el pronóstico de una lesión del corazón, del hígado, de los riñones, de los órganos digestivos ó respiratorios?

Todo nuestro esfuerzo actualmente tiende cada día á entrar más adelante en esta vía abierta por Claudio Bernard. Toda nuestra instrumentación, de día en día perfeccionada, todas nuestras técnicas de laboratorio, todas nuestras investigaciones sobre la sangre, sobre humores, sobre las reacciones citológicas, no tienden más que á su mismo objeto, la apreciación delicada del valor funcional de los órganos, de las reacciones orgánicas de defensa, de sustitución y compensaciones, las sinergias morbosas.

Los médicos se esfuerzan en pensar y trabajar como fisiologistas, ó mejor todavía como biologists.

Nuestro análisis, prestando á la vez los métodos hoy íntimamente asociados de la clínica pura y de la patología experimental, ensaya desvanecer el infinito y complejo mecanismo patogénico, el encadenamiento de las acciones y reacciones secundarias, y nosotros no podemos sobre un caso dado, llevar una conclusión pronóstica, más que teniendo en cuenta todos estos factores.

Y una vez hecho esto, después de largo rodeo, después de todo este trabajo analítico, nos encontramos todavía como en las primeras edades de la medicina, al pronóstico hipocrático, á la apreciación sintética y global de eso que los antiguos llamaban *el*

estado de las fuerzas. Que nos coloquemos bajo el punto de vista histórico ó que examinemos solo el lado práctico de las cosas, vemos nuestra información pronóstica proceder por etapas sucesivas, de la lesión, del trastorno funcional, de las alteraciones químicas para llegar al juicio de orden dinámico y vital. ¿Cómo apreciar el pronóstico de una cardiopatía, sin tener cuenta del valor funcional del miocardio, de una enfermedad hepática fuera de la función ureogénica del hígado, de una nefritis sin conocer el grado de permeabilidad del riñón y la tasa de la urea sérica? ¿Qué sabríamos nosotros de antemano de un diabético, si no estableciésemos el balance de sus cambios nutritivos, si no descubriéramos los primeros indicios de la intoxicación ácida que le amenaza? ¿De un gotoso, si nosotros no conociéramos ni su tensión arterial, ni su funcionamiento renal? Si el diagnóstico se limitara, como quería Pinel, dada una enfermedad conocida, á encontrar su lugar en un cuadro nosológico, sería el más estéril y más convencional de los esfuerzos.

Nosotros lo concebimos de otra forma, como la representación más perfecta y precisa que nos permiten nuestros medios de estudio, de un estado patológico del organismo, relacionado en su génesis, en su equilibrio actual, en su evolución futura. El diagnóstico completo se confunde casi con el pronóstico científico, ó por lo menos, son modos muy próximos de relacionar los mismos hechos. Cuando se trae á la memoria todo lo que nosotros debemos á la hematología contemporánea, á la química biológica, á la electrología, á la radiología, se verá cuán inseparables son las nociones diagnósticas y pronósticas así obtenidas. Nuestros cuadros de temperatura, de orinas, de pesos, nuestros gráficos cardiovasculares tal como hemos podido aprender á recoger y á interpretar, Marey et James Mackenzie, la investigación en la sangre, de los poderes bactericidas, de las aglutinina, las osoninas, la dosis y la relación de los múltiples elementos químicos del suero, todo ello importa en igual grado, para el diagnóstico y para el pronóstico. Toda la historia de los leucocitos de la sangre, con sus reacciones químico-tácticas y fagocitarias, nos conducirían todavía á la misma conclusión.

El pronóstico toma también su parte inmediata de todas las conquistas técnicas del diagnóstico, y á favor de ese progreso incesante, parece que su campo de extensión será casi infinito.

(Continuará).

Sección Profesional

Vizcaíno ilustre.—Don José Arechavaleta, naturalista español, nació en Urioste, Vizcaya, en 1838. Muy joven se trasladó al Plata dedicándose al estudio de las Ciencias naturales, especialmente á la botánica, en la que alcanzó merecido renombre. Dedicóse también á la bacteriología y merced á sus estudios pudo probar lo infundado de los temores del Brasil, cuando creía que el cólera, que asolaba el Uruguay (1887), podía trasmitirse á su territorio tomando como vehículo el tasajo, del que se hacía entonces un gran comercio entre ambos países. Ha sido catedrático de la Facultad de Medicina de Montevideo, regentó el Laboratorio Municipal de Montevideo, fundó el de Bacteriología de la misma ciudad y ha prestado eminentes servicios á la ciencia, describiendo plantas y musgos que llevan su nombre y haciendo análisis de verdadera importancia. Escribió «Agrostología Uruguaya» y «Los Anales del Museo Nacional».

El Colegio de Farmacéuticos y la Academia de Ciencias Médicas, con la colaboración de la Excm. Diputación y el Ayuntamiento de Urioste, harán este mes un acto de homenaje en el pueblo natal y colocarán una lápida que recuerde siempre el nombre de tan ilustre ciudadano.

Excmo. Sr.: El Presidente y el Secretario de la Junta de Gobierno del Circulo Odontológico de Cataluña, en representación del mismo y de una gran parte de los Odontólogos de España, solicitan que sea puesta en vigor la Real ordeu de 28 de Mayo de 1.876, por la que se crearon los cargos de Sub-inspectores dentistas, declarando, al efecto, en la circular de 17 de Diciembre de 1.881, que suprimió dichos cargos.

Apoyan su pretensión en la importancia que ha adquirido la Odontología, como lo prueba la actual reglamentación de su enseñanza en la Facultad de Medicina de la Universidad Central y en la necesidad de tener una intervención directa para perseguir el intrusismo.

Efectivamente, la Odontología, que por el grado de progreso á que ha llegado en la actualidad, es una rama muy importante de la Medicina, constituye, por prescripción de la ley, una carrera independiente con determinado plan de estudios y título especial, circunstancias que no concurrían, como el presente, cuando por la ley de Sanidad, primero, y por la instrucción general del ramo después, se encomendó á los Subdelegados de Medicina la vigilancia de su ejecución; y el Odontólogo tiene hoy una significación científica muy diferente de aquellos dentistas cuyos conocimientos profesionales eran, la mayor

parte de las veces, resultado exclusivo de una práctica rutinaria y empírica.

Actualmente se siguen en Odontología procedimientos y se emplean productos medicamentosos que no pueden ser manejados sin la debida preparación científica, y en tal sentido la persecución del intrusismo en la profesión de dentista es de capital importancia, no sólo en beneficio de la clase, lo que al fin y al cabo significaría un interés particularísimo, sino lo que es más importante, en defensa de la salud pública.

Independiente en cierto modo, y en cuanto al ejercicio profesional se refiere, la carrera de Odontólogo de la de Medicina, resultando lógico que persiga el intrusismo de una profesión mejor y con más interés que los de la profesión misma, pueda accederse á la petición que hacen el Presidente y el Secretario del Centro Odontológico de Barcelona, en cuanto se refiere á la creación de unos cargos desempeñados por individuos que tengan título de Odontólogos y cuya misión sea perseguir el intrusismo, siempre bajo la dependencia de los inspectores provinciales de Sanidad, á los que darán cuenta de las denuncias que hagan y de asuntos profesionales en que intervengan.

En mérito de lo expuesto,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que se ponga en vigor la Real orden de 28 de Mayo de 1876, en el punto concreto de crear plazas de Subinspectores de Odontología en las capitales de provincia.

2.º Que haya un Subinspector en cada capital á las órdenes del Inspector provincial de Sanidad, y para perseguir en la misma el intrusismo en la profesión.

3.º Que sean preferidos para el desempeño de dichas plazas los que además del título de Odontólogo posean el de Doctor ó Licenciado en Medicina, siendo aquél indispensable.

4.º Que el nombramiento de los Subinspectores se haga á propuesta de las Juntas provinciales de Sanidad por la Inspección general de Sanidad interior; y

5.º Que el cargo de Subinspector de Odontología sea sin sueldo y compatible con cualquier otro.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento, el del Presidente del Círculo Odontológico de Barcelona y efectos oportunos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 25 de Agosto de 1913.—Alba.

Sr. Gobernador civil de Barcelona.

(Gaceta del día 3 de Septiembre)

Concurso para un premio de Oftalmología, de 5000 francos.—Gracias á la libertad de un generoso filántropo, que desea

guardar el anónimo, se concederá un premio de 5.000 francos al mejor trabajo referente á la etiología, á la profilaxis ó al tratamiento de las formas de *iritis*, de *iridociclitis* ó de *ciclitis*, de *naturaleza no sifilitica*.

Sólo serán admitidas al concurso las Memorias que hayan sido objeto de una presentación ó de una comunicaci3n á una de las Sociedades de Oftalmología de Francia ó del extranjero. Un Jurado, compuesto de tres Miembros, elegidos entre los oftalmólogos de las principales instituciones oftalmológicas parisienses, se encargará de discernir este premio.

Las Memorias, dactilografiadas ó impresas y redactadas en francés, inglés ó alemán, deberán ser recibidas á más tardar el 15 de Agosto de 1914, en el *Bureau des Annales d' Ocuttstique*, 26, Bd. Raspail, París.

La natalidad en Alemania.—La natalidad en Alemania, como en Francia, disminuye desde hace algunos años de una manera continua. Este hecho especialmente, es muy apreciable en Prusia, según una informaci3n del C3nsul de Dusseldorf. Para una poblaci3n de 40 millones de habitantes, la natalidad, que ha sido de 1,220.000 en el año 1911, resulta disminuyendo 34.000 con relaci3n á 1910, 65.000 con relaci3n á 1909 y 84.000 con relaci3n á 1908.

En diez años, el coeficiente de los nacimientos, ha bajado 7'2 por 1.000, mientras que en Francia, en cuarenta años, no ha sido más que 6 por 1.000. En Prusia, como en Francia, aumenta el número de casamientos, pero son cada vez menos fecundos.

Esto es mucho más sensible que en los grandes centros, como Dusseldorf. La natalidad ha disminuído más de una tercera parte en catorce años, y desde 1907 decrece regularmente en 2 por 1.000 al año.

Para toda Alemania, el término medio de los nacimientos ha pasado de 42'6 por 1.000 en 1875, á 31 por 1.000 en 1910, y el aumento de poblaci3n se consigue por la vigilancia sanitaria, que ha hecho descender las defunciones de 18 á 17 por 1.000. El Gobierno no puede influir en los nacimientos, pero sí en el beneficio de las medidas sanitarias. Son notables los resultados obtenidos: en 1871, en 40 millones de habitantes habaía 450.000 defunciones de niños menores de un año, ó sea casi 10'7 por 1.000; en 1910, con 25 millones de habitantes más, esa mortalidad descendió á 350.000 por año, ó sea 5'3 por 1.000.

Congreso Médico.—El III Congreso Médico-Nacional Cubano se celebrará en la Habana en Diciembre de 1914.

La Comisión ejecutiva de dicho Congreso la forman los señores siguientes:

Presidente, D. Gabriel Casuso; Vicepresidentes, Dres. Fernando Méndez Capote, Julio Ortíz Coffigny, José Güell y Lasheras, Faustino Sirven, Marcelino Weiss, Eugenio Sánchez Agramonte, León A. Cuervo y Rubio y Francisco del Río; Secretario, Dr. Francisco María Fernández; Vicesecretarios, Dres. Rafael Nogueira, Antonio Barreras, Rafael Pérez Vento y José de Cubas; Tesorero, Dr. Gerardo Fernández Abreu.

Vacantes.—En el Juzgado de primera instancia de San Martín de Valdeiglesia se halla vacante la plaza de Médico forense y de la Prisión preventiva, que debe proveerse en la forma dispuesta en el artículo 8.º del Real decreto de 1.º de Mayo de 1911.

Los aspirantes á dicha plaza dirigirán sus instancias documentadas al Ministerio de Gracia y Justicia hasta el día 8 de Octubre.

—La de Alfarnate (Málaga), partido judicial de Colmenar. Habitantes 2.979. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia á las familias pobres y 1.500 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Octubre al alcalde D. José Luque.

—La de Mongay (Lérida), partido judicial de Balaguer. Habitantes 1.139; distante 12 kilómetros de Balaguer y 20 de Belpuig, la estación más próxima. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia á las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 9 de Octubre al alcalde D. Francisco Prats.

—La de Sestrica (Zaragoza), partido judicial de Calatayud—por renuncia—. Habitantes 962; distante 22 kilómetros de Calatayud y tres de Morés, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia á las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 9 de Octubre al alcalde D. Nicolás Gómez.

—La de Alberca (Salamanca), partido judicial de Sequeros—por renuncia—. Habitantes 1.712; distante 11 kilómetros de Sequeros y 36 de San Esteban, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia á las familias pobres y 1.500 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 10 de Octubre al alcalde D. Jacinto Calama.