

colorchecker CLASSIC

calibrite

# GACETA MÉDICA DEL NORCE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA  
Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXII

Bilbao - Enero - 1916

Núm. 253

## SUMARIO

*Necesidad de asociar la roentgenerapia al tratamiento por el mesotorio en el cáncer del útero*, por el profesor Recasens, de Madrid.

*Delirios guerreros en el curso de la fiebre tifoidea*, [por Debaux y Logre.

*Contribución al estudio del tratamiento de «tétanos» por las inyecciones fenicadas acuosas al centésimo con adición del suero yodado*, por el doctor Corniglion (Monte-Carlo).

*Pequeños análisis cualitativos de orina.*

*Revista de Revistas.*

*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.*

## Necesidad de asociar la roentgenerapia al tratamiento por el mesotorio en el cáncer del útero

POR EL PROFESOR RECASENS, DE MADRID

Los efectos verdaderamente sorprendentes que pueden obtenerse sobre el cáncer del útero con el uso de las radiaciones emitidas por el radio y el mesotorio, están reconocidos por todos los que han tenido ocasión de examinar algún enfermo tratado con estos medios terapéuticos. No pueden ponerse en duda los resultados obtenidos, y cabe afirmar que, hasta la fecha, no cuenta la terapéutica con ningún otro medio que influya tan considerablemente sobre la estructura del tejido canceroso, modificándola en sentido favorable á la curación, como lo hacen las radiaciones procedentes de dichas substancias. La pignosis, seguida de la vacuolización de las células epiteliales, es el primer efecto que se observa después de las primeras aplicaciones de las substancias radioactivas, y el examen de preparaciones microscópicas procedentes de enfermos tratados con las irradiaciones de dichas substancias, demuestra claramente la detención del proceso mitótico de

# GACETA MÉDICA DEL NOROCCIDENTE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA  
Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXII

Bilbao - Enero - 1916

Núm. 253

## SUMARIO

- Necesidad de asociar la roentgenterapia al tratamiento por el mesotorio en el cáncer del útero*, por el profesor Recasen, de Madrid.
- Delirios guerreros en el curso de la fiebre tifoidea*, [por Debaux y Logre.
- Contribución al estudio del tratamiento de «tétanos» por las inyecciones fenicadas acuosas al centésimo con adición del suero yodado*, por el doctor Cornignon (Monte-Carlo).
- Pequeños análisis cualitativos de orina.*  
*Revista de Revistas.*  
*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.*

## Necesidad de asociar la roentgenterapia al tratamiento por el mesotorio en el cáncer del útero

POR EL PROFESOR RECASENS, DE MADRID

Los efectos verdaderamente sorprendentes que pueden obtenerse sobre el cáncer del útero con el uso de las radiaciones emitidas por el radio y el mesotorio, están reconocidos por todos los que han tenido ocasión de examinar algún enfermo tratado con estos medios terapéuticos. No pueden ponerse en duda los resultados obtenidos, y cabe afirmar que, hasta la fecha, no cuenta la terapéutica con ningún otro medio que influya tan considerablemente sobre la estructura del tejido canceroso, modificándola en sentido favorable á la curación, como lo hacen las radiaciones procedentes de dichas substancias. La pignosis, seguida de la vacuolización de las células epiteliales, es el primer efecto que se observa después de las primeras aplicaciones de las substancias radioactivas, y el examen de preparaciones microscópicas procedentes de enfermos tratados con las irradiaciones de dichas substancias, demuestra claramente la detención del proceso mitótico de

tales células y la subsiguiente invasión del tejido conjuntivo que conduce á la curación del proceso canceroso.

El cáncer del cuello del útero, por su disposición y por su situación, reúne condiciones muy adecuadas para el empleo de este medio terapéutico; la relativa facilidad con que puede someterse á la acción radioactiva del mesotorio una gran extensión del neoplasma, hace que los favorables efectos observados en Ginecología en el tratamiento del cáncer, sobrepasen á los resultados que se obtienen en otras localizaciones del proceso canceroso, alcanzándose en casi todos los casos, y de un modo tan claro, el efecto curativo local, la curación clínica, que es de todo punto preciso rendirse á la evidencia.

Desgraciadamente, la disposición de los vasos linfáticos favorece en el cáncer del cuello uterino, la propogación muy precoz á los parametrios y á los ganglios inguinales, propagación muy reconocida por todos los que han logrado comprobar la extensión de las radiaciones de las substancias radioacivas, que sólo alcanzan á una distancia de tres ó cuatro centímetros del sitio en que se coloca el tubo que las contiene y muy á menudo sucede que, cuando las enfermas llegan á nosotros para ser sometidas al tratamiento, la extensión de la neoplasia ha sobrepasado el límite á que puede llegar la acción curativa de este medio terapéutico.

Para alcanzar mayores distancias de las que hemos establecido como límite de la acción útil, se ha intentado aumentar la dosis de radio ó de mesotorio empleadas, llegándose hasta la aplicación de 200 miligramos ó más de radio, pero ha habido necesidad de renunciar prontamente al uso de estas dosis á causa de la tan desfavorable acción que ejercían sobre los tejidos sanos que rodean á la neoplasia, dando lugar á la aparición de fístulas vésico y recto vaginales á estrecheces cicatriciales del recto y aun á fenómenos de intoxicación por los restos celulares.

Nosotros mismos hemos observado muy frecuentemente después de las primeras aplicaciones del mesotorio, fenómenos de intoxicación producidos por la entrada en el torrente sanguíneo de gran cantidad de toxinas procedentes de la destrucción celular originada por dosis algo excesivas de esta substancia; la fiebre, la diarrea y los vómitos, aparecen muy á menudo subsiguientemente á la aplicación de un tubo que contenga 100 miligramos de mesotorio, aumentándose grandemente la intensidad de estos fenómenos cuando el cáncer del cuello que tratábamos era de forma vegetante con excesiva producción neoplásica que rellenaba la parte superior de la vagina.

Los efectos locales sobre los tejidos vecinos y los generales que acabamos de señalar nos impiden sobrepasar las dosis de 30, 60, 100 miligramos que usamos corrientemente, pero esa limitación de cantidad significa asimismo una limitación de extensión de la acción radioactiva y por tanto la imposibilidad de actuar sobre los tejidos afectos que se hallen en una distancia superior á tres ó cuatro centímetros del sitio en que colocamos el tubo, y más que nada, sobre los ganglios inguinales que tan precozmente resultan invadidos en las localizaciones cervicales del cáncer del útero. Los efectos inmediatos en el tratamiento del cáncer son, como se sabe, la detención de las hemorragias y la desaparición de la fetidez de las pérdidas vaginales, cesando también muy pronto los dolores, cuando no existen propagaciones pelvianas extensas. La desaparición de estos tres síntomas; hemorragia, fetidez de secreciones y dolor nos permite seguir el tratamiento con la completa confianza de la enferma y, después de algunas sesiones de terapéutica radioactiva, podemos proponerla toda clase de sacrificios que, seguramente, serán aceptados sin discusión, aun cuando nunca se hable de cáncer delante de la enferma, ésta sabe bien que lo padece y se presta voluntariamente á ser tratada por todos los procedimientos, presentándose entonces la ocasión de empezar el tratamiento por los rayos X, haciendo de antemano todas las advertencias que reclama la intensidad del tratamiento. Si se tienen en cuenta los sorprendentes efectos obtenidos en las reproducciones de cáncer de pecho operado, si se recuerda la tan favorable y rápida acción que las aplicaciones de rayos X ejercen sobre los ganglios axilares y sobre los supra é infraclaviculares, se tendrá el derecho de esperar la obtención de efectos parecidos en las propagaciones inguinales del cáncer uterino.

Por esto, en nuestra práctica diaria, asociamos siempre al tratamiento especial por el radio y mesotorio con las aplicaciones profundas de rayos X, á dosis verdaderamente grandes y repetidas, durante todo el tiempo del empleo de las substancias radioactivas; dichas aplicaciones deben hacerse, como se comprenderá, con 4. 5. 6. milímetros para que la acción se ejerza sólo en la profundidad de los tejidos.

Se ha intentado realizar el tratamiento del cáncer del cuello del útero con los rayos X solos, pero no creemos que exista ninguna ventaja en obrar así, ya que la acción del radio y del mesotorio es tan eficaz sobre los tejidos á los que pueden llegar las radiaciones, que no pueden compararse las facilidades de este tratamiento con las dificultades que representa la aplicación repetida

y sostenida de los rayos X. A nuestro entender debe emplearse el mesotorio en los procesos cervicales y se utilizarán los rayos X para combatir las propagaciones pelvianas y para las metástasis.

Existe, además, una razón de orden económico para aceptar nuestro modo de proceder. El radio y el mesotorio son sustancias muy caras, pero una vez desembarazado el precio de la compra, no es necesario hacer nuevos gastos, mientras que el tratamiento del cáncer del cuello del útero por los rayos X exige un gasto continuo de tubos Crookes, electricidad, personal, etc., que hace subir considerablemente el coste del tratamiento radioterápico: hay que llegar á 6, 8, 10,000 X y esto es enorme caro para los enfermos que no son ricos. Mediante la acción combinada del mesotorio y de los rayos X, se deja al primero la acción directa sobre la neoplasia, y á los segundos la dirigida contra las propagaciones linfáticas; no se necesitan así esos millares de X que exige el radioterápico exclusivo, y se alcanzan resultados verdaderamente sorprendentes.

Hasta hoy hemos tratado 26 casos de cáncer uterino con el radio y el mesotorio; nueve de estos casos han curado completamente en el sentido clínico de la observación; de ellos, cuatro habían sido considerados como inoperables por mí, así como por otros ginecólogos que habían visto á la enferma antes de que vinieran á someterse al tratamiento radioactivo.

En todos estos casos hemos empleado al mismo tiempo las aplicaciones roentgenoterápicas y las de mesotorio; nuestra experiencia clínica, sacada de centenares de histerectomías que hemos practicado en años anteriores, nos permiten afirmar que por lo menos en los cuatro casos considerados como inoperables, existía invasión de los ganglios propagados.

Las nueve enfermas á las que consideramos curadas clínicamente, ofrecen un aspecto de completa salud, han aumentado en peso y se hallan libres de toda pérdida sanguínea y leucorreica y en un estado de ánimo excelente, por su convencimiento de haber obtenido una extraordinaria curación.

No hace más que seis meses que la primera enferma está curada; las tres últimas han terminado su tratamiento hace un mes; ya sabemos que es muy poco el tiempo transcurrido para poder hablar de curación definitiva, pero los resultados obtenidos son tan evidentes en el estado local y la mejoría del estado general es tan marcada, que abrigamos la esperanza de obtener la curación.

No puede establecerse de modo exacto la acción que los rayos X hayan podido aportar á estos resultados, pero considerando que,

en estos casos tan avanzados, en los cuales se puede tener la seguridad de que los ganglios inguinales estaban invadidos, han transcurrido no obstante, seis, cinco, cuatro y dos meses sin que se presentase ningún síntoma que indicara un progreso de la enfermedad, puede justificadamente esperarse que los rayos X han producido curación, actuando sobre los órganos pelvianos alejados de la zona á que puede llegar la acción del mesotorio.

Los otros casos hasta 26 que han sido sometidos al tratamiento por el radio y el mesotorio, se descomponen del modo siguiente: una mujer murió de nefritis parenquimatosa; se encontraba ya en período muy avanzado cuando comenzó el tratamiento; otras dos han curado localmente; una de ellas sufrió una metástasis epiploica transversa, que continuó tratando por los rayos, pero sin esperanza de llegar á buen fin, y la otra se encuentra en un estado caquéctico, que hace pensar en una metástasis profunda que el examen clínico no permite diagnosticar. Las otras 14 enfermas están en curso de tratamiento y casi todas siguen una marcha favorable; tan sólo una presenta un estado caquéctico producido por la extensión de la enfermedad, que hace temer un resultado negativo del tratamiento.

La impresión final que se puede sacar de nuestras observaciones personales, es que con los rayos X, el radio y el mesotorio, hemos encontrado un procedimiento de curación del cáncer uterino, muy superior á todos los medios de tratamiento (incluso los quirúrgicos) de esta neoplasia hasta ahora conocidos.

(Progresos de la clínica)

---

## DELIRIOS GUERREROS EN EL CURSO DE LA FIEBRE TIFOIDEA

POR DEBAUX Y LOGRE

---

Recientemente, tanto en el frente como en los hospitales de retaguardia, hemos tenido ocasión de observar el estado mental de los tíficos, en condiciones en las cuales el interés médico del asunto se unía al interés de la actualidad, puesto que el delirio de los tíficos se había militarizado, valga la palabra, y un gran número de ellos presentaban un delirio esencialmente guerrero.

Es natural, y de una fácil previsión, que el delirio de nuestros soldados sea un delirio guerrero, pues es después de un año de campaña la forma más normal del «delirio de ocupación». El

mismo enfermo, padeciendo la misma afección, pero colocado en otro medio y en otras circunstancias, habría tomado otros materiales muy diferentes para componer su delirio.

Por lo tanto, la guerra ha sido el tema habitual y predominante de todos los delirios típicos de nuestros soldados, y hemos creído que merecen una descripción particular, á causa de su frecuencia y de su marcha, muchas veces pintoresca.

El patriotismo se ha afirmado en nuestros enfermos en muchas ocasiones, con una persistencia muy digna de evidenciar, á pesar del estupor algunas veces muy intenso en el curso de delirios frecuentemente incoherentes. Un típico desorientado, inconsciente de su situación, no sospechando ni siquiera que estaba enfermo y asistido en una ambulancia, cuando se le dirigía la siguiente pregunta: «¿Si no estáis enfermo, qué es lo que hacéis aquí?», contestaba invariablemente, con voz trémula, la misma frase: «¡Yo estoy aquí para defender mi patria!»

El sentido de la disciplina y el respeto á los jefes persiste algunas veces paradójicamente, en medio del más completo desorden psíquico. Un enfermo en completo letargo, reconoce con precisión el grado de su interlocutor y responde. «¡Sí, mi teniente! ¡Sí, mi capitán!» Un típico tenía la costumbre de gritar cuando entrábamos en su habitación: «¡Firmes!» Y añadía en seguida: «¡Presente!» Un delirante, en el curso de una escena de sus sueños, se levanta y se lanza al corredor ó á la escalera, opone resistencia á los enfermeros, pero cesa en ella en cuanto percibe la voz y el uniforme del médico; obedece sin disgusto á su teniente y retorna á su cama.

A veces es curiosa la contradicción entre la fantasmagoría del sueño mórbido y el automatismo conservado de la disciplina: un labrador que se cree en su casa cultivando sus tierras, se inclina con deferencia ante las órdenes del oficial, y contesta: «Perfectamente, señor mayor».

Muchas veces los sueños de nuestros típicos han sido sueños de guerra. Uno decía: «¡Cuánto he trabajado esta noche haciendo funcionar una ametralladora; pero se descomponía con mucha frecuencia!».

Un sueño muy frecuente es el de la vuelta momentánea á su hogar. El enfermo divisa á su mujer y á sus hijos, inspecciona su casa, sus campos, sus cosechas, sus rebaños; pero esta peregrinación casi siempre es melancólica: «Mi casa ha sido quemada por los prusianos» ó «Mi mujer ha muerto; la han matado los boches». Y algunas veces persisten estas ideas al despertar. Un típico, des-

pués de haber vivido durante un sueño una escena de este género, no podía convencerse de que había soñado, y nos preguntaba con angustia: «¿Es posible que durante una sola noche haya podido yo ir á mi tierra y volver?».

Las conversaciones de nuestros enfermos han tenido también la guerra como tema habitual; pero las fábulas forjadas, despiertos, nos han parecido más optimistas que los sueños de los dormidos. El enfermo no duda de la victoria, se cree gran estratega, explica los movimientos de las tropas, imagina planes y los expone, unas veces á sus compañeros de habitación, y otras á personajes de fantasía, á los cuales con gran liberalidad dota generalmente con numerosos galones.

He aquí un fragmento de estas conversaciones: «Sí, mi capitán; la tierra está removida; no podemos avanzar, pues sería una locura atacar al enemigo en estas condiciones; nuestra mejor arma para vencerle, entendedlo bien, mi capitán, es la paciencia».

Otro tífico, en el cual la disartria recordaba mucho la de un paralítico general, nos contaba una novela macabra y fantástica. Cuando le llamábamos por su nombre, nos respondía: «¿Ese? ¡Está muerto!». Y nos explicaba con dificultad, pero sin extrañeza, que ya le habían matado dos veces, primero, como soldado francés, y después como soldado ruso, y que creía, aunque no estaba bien seguro, que ahora formaba parte del ejército serbio. Nadie con más méritos que él; ha combatido bajo tres banderas; nadie se ha dedicado como él á la causa de los aliados, puesto que ya ha dado su vida por dos de las naciones beligerantes, y ahora combate por una tercera. Por lo tanto, tiene derecho á la medalla militar.»

Estos delirios hacen que los tíficos vivan con predilección en el cuartel, en el acantonamiento ó en el campo de batalla. Un enfermo pide al médico permiso para salir porque «sus caballos no han comido». Otro grita á los enfermeros, que no le dejan salir de su habitación: «¡Dejadme! Si yo faltó á la lista seré castigado por el oficial».

Las escenas de sueños sobre el campo de batalla son, con mucho, las más frecuentes. Un sargento daba órdenes á sus compañeros de cuarto, y parecía inquietarse mucho porque no tomaban precauciones para ocultarse: «¡El enemigo va á descubrirnos!», les gritaba: «¡Agachaos!». Y confundiendo, sin duda, las camas con las trincheras, no dejaba en paz á sus compañeros hasta que no escondían su cabeza bajo las sábanas. Además decía al médico: «Mi teniente, os descubris demasiado y van á heriros; es nece-

sario no exponerse inútilmente» Y describía cómo había fortificado el enemigo, con gran número de cañones, la «colina de enfrente».

Las ideas delirantes de grandeza han sido casi exclusivamente de orden militar. Dos soldados inauguraron su fiebre tifoidea anunciando de pronto, en las trincheras, que acababan de ser nombrados generales: uno reclamaba con urgencia su automóvil; el otro exigía que su capitán le rendiese los honores debidos á su graduación.

Las ideas de autoacusación, con aprensión de no haberse mostrado á la altura de su deber, de ser considerado como un traidor y de ser juzgados en Consejo de guerra, han sido las concepciones melancólicas más frecuentemente expresadas por nuestros tífficos. Uno se acusaba de haber perdido unos documentos confidenciales: «Yendo en patrulla había sido atacado por el enemigo, y después de la batalla notó que había perdido los papeles». Esta historia la contaba llorando; después hacía esfuerzos para ordenar sus recuerdos y tratar de recobrar el documento perdido, absorbiéndose largo tiempo en una penosa meditación, acostado boca abajo sobre la cama, y hundiendo la cabeza debajo de la almohada.

Otro enfermo decía: «Yo lo sé bien; estoy perdido, puesto que en el Ministerio de la Guerra se han hecho revelaciones terribles contra mí». Y se acusaba de un crimen muy grave y mal determinado; unas veces la pérdida de una corbata militar, otras el robo de un pollo en la casa de un vecino. Le pusimos con frecuencia inyecciones de aceite alcanforado, y se las dejaba poner como si se le fuese á practicar el último suplicio. Un día que el aceite alcanforado penetraba lentamente y á costa de esfuerzos, nos gritó: «Vuestro fusil está mal engrasado».

Algunas veces le encontramos de pie, apoyado contra su cama, inmóvil, con la mirada desvanecida, pero con actitud resuelta, las manos crispadas, y nos decía: «Estoy de guardia; á pesar de estar condenado á muerte, quiero cumplir con mi deber hasta el final». Y muy pálido, con labios temblorosos y flaqueándole las piernas, se esforzaba para sonreír y mantenerse erguido.

Un pequeño lorenés prevenía al médico que no aceptaría una licencia de convalciente demasiado larga, porque «no era éste el momento oportuno para descansar», y durante sus noches de insomnio no cesaba de repetir con tono admirativo: «¡Qué famoso peludo, mi general!». E invitaba á todos sus camaradas á colocarse de pie sobre las camas para gritar de corazón: «¡Viva Francia!»

El miedo, con alucinaciones terroríficas y fugas desesperadas, como en el alcoholismo subagudo, la habíamos observado en los hospitales de París en típicos casi siempre alcohólicos crónicos. En nuestros soldados no hemos observado ni un solo ejemplo.

Algunas veces, por excepción, observamos algunas inquietudes análogas á las de los perseguidos; un típico, en el momento en que se le iba á sumergir en el baño, decía que tratábamos de ahogarle; pero en lugar de pretender escaparse, como hacen los alcohólicos, hacía cara, por el contrario, á sus supuestos enemigos, y les gritaba: «¡Pero si sois *boches*; pues ahora veréis cómo soy yo el que os va á hundir en la bañera!».

Las fugas de nuestros soldados delirantes siempre fueron producto de los deseos de cumplir con sus cotidianas obligaciones ó para lanzarse contra un enemigo frecuentemente temible, pero vencido habitualmente. Uno de ellos, mirando en un espejo, veía á unos ulanos que, cargando se dirigían contra él; era necesario sujetarle; pues se precipitaba de la cama, haciendo ademanes de blandir una espada imaginaria, y cuando los enfermeros volvían á introducirle en su lecho, llenaba de de nuestros y de injurias al enemigo, como un héroe de Homero

Entre nuestros delirantes guerreros, aunque varios han realizado fugas, puede decirse, al menos, que ninguno ha huído. «Hasta el fin—según palabras de uno de ellos—han cumplido con su deber». Hasta el fin «han defendido á su patria», recibido ó dado órdenes, cumplido su obligación, ocupado sus trincheras, montado su guardia, lanzándose al asalto. Y hasta aquellos que han sucumbido, agotados por su enfermedad, en verdad que bien puede afirmarse que han muerto frente al enemigo, en el campo del honor.

---

## Contribución al estudio del tratamiento del TETANOS por las inyecciones fenicadas acuosas al centésimo con adición de suero yodado

POR EL DOCTOR CORNIGLION (Monte-Carlo)

---

Hemos sido de los primeros en aplicar en Francia, con el doctor Caillaud, el método de Bacelli en el tratamiento del tétanos, y han sido tan excelentes los resultados obtenidos, que hemos creído de interés tratar con extensión el asunto.

Recordaremos aquí con respetuosa deferencia que S. A. S. el Príncipe Alberto de Mónaco, se ha dignado comunicar á la Academia de Ciencias, de la cual es uno de los miembros más autorizados y más atendidos, las curaciones obtenidas en cuatro heridos atacados de tétanos y tratados con las inyecciones fenicadas con adición de Lautol en dos de ellos.

Después, ninguna voz se ha levantado en la Presse Médicale, ni para contrariar el valor del método, ni para presentarlo, al menos, como peligroso, ni para refutarlo con argumentos serios. Los fracasos registrados por algunos prácticos no podrían invalidar nuestro optimismo. Jamás hemos pretendido que todos los tetánicos forzosamente debían curar con las inyecciones fenicadas. Hemos declarado sencillamente que éstas podían ser utilizadas con éxito, en un gran número de casos. Con las inyecciones fenicadas á individuos de tal modo comprometidos, que nuestra fé y nuestra confianza en su eficacia no han sido defraudadas.

Practicadas en tiempo útil, constituyen un arma preciosa entre las manos de los médicos. Aconsejamos, pues, su empleo ahora en que los casos de tétanos son numerosos en todos los países beligerantes. Somos de opinión que ellas pueden reemplazar ventajosamente el suero antitetánico, cuyo poder preventivo es incontestable, pero que se muestra sin efecto una vez declarada la enfermedad. (Roux y Vaillard, Estadísticas de Bazy).

Después de nuestra comunicación, dichas inyecciones acuosas al centésimo han sido utilizadas con éxito, por el doctor Redar de Cannes; el cual ha anunciado cinco nuevas curaciones de tétanos. En Marsella, en Châlons-sur-Saône, el ácido fénico ha dado excelentes resultados. El doctor Talamon, médico del Hospital Bichat de París, quien igualmente ha inyectado soluciones fenicadas, no ya á dosis masivas y cotidianas como nosotros, sino á dosis fraccionadas y repetidas varias veces al día, se ha manifestado encantado con sus resultados y ha publicado cierto número de curaciones obtenidas con el método de Bacelli.

El doctor Sainton, á su vez, ha comunicado á la Academia de Medicina algunas curaciones de tétanos, acaecidas en el Hospital temporal de Cherbourg, con las inyecciones fenicadas. El médico inspector Chavasse, director del Servicio de Salud de los ejércitos de operación, aconseja las inyecciones fenicadas combinadas con el suero antitetánico á altas dosis, la morfina y el cloral. Nuestro colega el doctor Bocquel (d'Angers) dice que el fenol «le ha parecido tener una acción sedante, y varios de sus enfermos reclama-

ban sus inyecciones como un calmante perfecto de sus calambres». Arnd y Kumbein, de Berna, han empleado el ácido fénico con resultado; y declaran que, en época de guerra, se debería hacer á todos los heridos una inyección preventiva de una solución fenicada (*Presse Médicale*, 11 de Marzo de 1915). En fin, los doctores E. Saint-Jacques y Talmon, en el Hôtel-Dieu de Montreal, han utilizado como medio fundamental contra el tétanos el método de Baccelli. (*Journal de Medecine et de Chirurgie pratiques*, 10 de Mayo de 1915).

Hay, pues, actualmente un movimiento que se delinea claramente en favor de las inyecciones fenicadas. Practicadas en «tiempo útil», constituyen el tratamiento más sencillo, más racional, más enérgico y el menos caro contra el tétanos. Insistimos particularmente sobre la expresión «en tiempo útil» porque, es preciso no olvidar que de ello depende el éxito de estas inyecciones. Ellas serán tanto más activas, cuanto más temprano se hagan; es decir, desde la aparición de los primeros síntomas. El punto más delicado consiste en reconocer, descubrir la enfermedad en sus más ligeras manifestaciones, y en obrar á la primera señal, desde que se abrigue la menor duda, aún cuando el tétanos no haya de confirmarse. Los resultados serán proporcionados á la actividad con que se proceda; pues, sólo una intervención rápida impedirá la evolución de la terrible enfermedad.

Así como es más fácil acabar un incendio si se le combate desde que se declara, así también se tendrán mayores probabilidades de detener el tétanos si se interviene rápidamente. Así como un envenenado podrá ser salvado si la dóxis tóxica es relativamente débil y si es posible administrar en tiempo oportuno un contraveneno; un antídoto que tenga por objeto paralizar los efectos tóxicos del producto ingerido.

Consideramos, pues, al tetánico, como un envenenado por un bacilo de una violencia excepcionalmente perniciosa y por tóxicas quizás más peligrosas aún, hasta el punto de que bacilos y tóxicas se complementan.

Atacados desde que imprimen al organismo las primeras manifestaciones de tétanos, son susceptibles de ser puestos fuera del estado de dañar, si se modifica el medio en el cual se desenvuelven y se reforman; es decir, haciendo este medio inhabitable y nocodiciado por los bacilos y neutralizando sus tóxicas. Pero si bacilos y tóxicas llegan á hacerse dueños de la plaza, si el sistema nervioso particularmente está ya peligrosamente atacado, como para arrastrar á su vez modificaciones en las funciones de ciertos

órganos ó en las secreciones de estos mismos órganos, la batalla está perdida de antemano; y por más que se haga, se llega demasiado tarde. En consecuencia, siendo inofensivas las inyecciones fenicadas, están indicadas siempre que se encuentre uno en presencia de una herida que ha podido ser contaminada por bacterias tetanígenas y cuando la lucha es posible. En ningún caso debe contemporizarse, porque la demora equivale á una sentencia de muerte; que no aprovecha sino al enemigo. Las dosis que hemos empleado (de 40 á 70 centímetros cúbicos de la solución al centésimo) nos parecen suficientes; y creemos que no debemos sobrepasarlas si no queremos exponernos á trastornos. En efecto, dosis más elevadas han podido ser administradas sin inconvenientes en algunos casos; pero, eliminándose el ácido fénico algunas veces lentamente, se evitarán sorpresas desagradables, al no acumularse cantidades muy elevadas, que acarreadas por la sangre, mal eliminadas por los riñones, los pulmones ó la piel, podrían no sólo destruir los bacilos y sus tóxicas, sino provocar desórdenes orgánicos graves y arrebatar al enfermo que se desea salvar. «So pretexto de suprimir los bacilos, decía nuestro antiguo maestro el profesor Brousse, es preciso no matar el organismo sobre el cual se desarrollan».

Con dosis muy elevadas y eliminándose mal, la cosa sería posible. De aquí la obligación de usar y no abusar del ácido fénico; no emplearlo sino progresivamente, asegurando la tolerancia individual, so pena de que la medicación se haga más peligrosa que el mismo mal. Pero, utilizadas con juiciosa prudencia, no titubeamos en asentar que, las soluciones fenicadas acuosas al centésimo, administradas por vía intravenosa ó simplemente intramuscular, mejor que subcutáneas que pueden dar lugar á eritemas, tienen una acción curativa incontestable y francamente superior á la del suero antitetánico; puesto que ellas han alcanzado éxitos cuando el suero ha fallado.

Importa saber también que, las inyecciones fenicadas, quedarían sin efecto, si ellas no fueran precedidas de una desinfección rigurosa de las heridas y de la extracción de los cuerpos extraños contaminados por bacterias tetanígenas; de aquí la obligación de recurrir á menudo á la radiografía.

Si es cierto que el bacilo de Nicolair no vive sino en el orificio de las heridas, lo cual puede discutirse hoy, gracias á los bellos descubrimientos de Crohman, Fodor, Flügge, Nisseu, Buchner y Berhing sobre el poder antiséptico de la sangre y sobre la localización de los bacilos en los tejidos y su reaparición en la sangre

unas horas antes de la muerte, es fácil comprender todo el valor de una antisepsia rigurosa y enérgica, como medio único de detener el desarrollo de colonias microbianas, cuyas tóxicas ocasionarán la desaparición del enfermo. Es, pues necesario perseguir el enemigo hasta en las más pequeñas anfractuosidades de las heridas, destruirlo por el empleo simultáneo del agua oxigenada á 12 v., alcohol á 95°, soluciones de oxicianuro de mercurio ó de permanganato de potasa al milésimo y con algunas embrocaciones de tintura de yodo.

Como juiciosamente se ha dicho, el porvenir de un herido depende en gran parte de la primera cura que se le haga. En caso de manifestaciones tetánicas, estas curas se renovarán diariamente y hasta dos veces por día si las heridas están plenamente infectadas; y nunca se deberá temer «*blessar la blessure*» ni contentarse con un tratamiento al «*édredon*», que, tenía la ventaja de no hacer sufrir los heridos, pero sí el grave inconveniente de verlos morir en la mayoría de los casos.

En los días que corren, y gracias á los progresos de la antisepsia, la cirugía se ha hecho conservadora; y si hubo un tiempo en que á los tetánicos fácilmente se les amputaba los miembros heridos, esta opinión no ha prevalecido, bien que haya recibido el padrínazgo de cirujanos como Larrey, Vulpian, Verneuil, Arloing y Tripier.

Actualmente se procura prevenir el tétanos por el empleo de suero antitetánico, cuyo poder profiláctico es incontestable.

Si se comparan los diversos sueros conocidos y los resultados alcanzados con cada uno de ellos, se llega rápidamente á concluir que, solamente dos merecen fijar nuestra atención, desde el punto de vista que nos ocupa en este momento: el suero antidiftérico que tiene una doble acción, preventivo y curativo; y el suero antitetánico que no tiene sino un poder preventivo (1). Los otros sueros han obtenido un fallo proporcionado á la fama que les había precedido.

Estudiando estos dos sueros se nota que, Berhing había empleado para la terapéutica de la difteria un suero de carneros vacunados por medio de tóxicas atenuadas por el tricloruro de yodo; y, más tarde Roux y Martin se han servido de suero de caballo, y han añadido á la tóxina un décimo de su volumen de licor de Gram (1 gramo de yodo y 3 gramos de yoduro de potasio, para 100 gra-

(1) El método intensivo con el suero antitetánico ha producido también brillantes éxitos en manos de algunos médicos.— (Nota del traductor.)

mos de agua). Así también para el suero antitetánico Berhing y Kitasato han vacunado contra el microbio sirviéndose de tóxicas tratadas igualmente por el tricloruro de yodo; y Roux y Vaillard han empleado también una mezcla de tóxicas y agua yodada.

A nuestro modo de ver, el yodo no tiene solamente por objeto atenuar la virulencia de los cultivos inyectados á los caballos que proporcionan el suero inmunizante, sino que también constituye un antiséptico y un estimulante poderosos cuya acción sobre el organismo no debe ser despreciada. Ahora bien, si es cierto que el yodo tiene un efecto manifiesto sobre los cultivos de la difteria y del tétanos, y vuelve á estos menos nocivos para los caballos ó carneros á los cuales se les inyecta, por qué no admitir su eficacia en el tratamiento curativo de los tétanos; traduciéndose esta eficacia por una especie de esterilización de los humores y de los órganos primitivamente invadidos por las tóxicas tetánicas?

Normalmente, los cuerpos humanos fabrican antitóxicas que neutralizando las tóxicas, evitan todo peligro. La penetración del bacilo de Nicolaïer en el hombre y la producción de tóxicas, ocasionan prontamente alteraciones del sistema nervioso; y éste, no presidiendo ya el funcionamiento regular de los órganos y de sus secreciones, las antitóxicas disminuyen, después desaparecen y las tóxicas dan fácilmente cuenta de todas las resistencias. Se diría que, vehiculada por los humores, tienden antes que todo á suprimir ó á paralizar lo que puede ser obra de protección y de defensa, para rematar mejor la víctima.

En estas condiciones, el yodo que cura tantas afecciones, el yodo considerado con justo título como el desinfectante por excelencia, ¿no sería capaz de hacer sentir su acción antiséptica sobre el bacilo de Nicolaïer y sus tóxicas, para recuperar así la normalidad de las funciones y de las secreciones orgánicas por un momento alteradas? No serán las toxinas fermentos especiales capaces de provocar los accidentes graves que se observan en el tétanos? Y estas siembras de tóxicas no podrían á su vez ser influenciadas por un antiséptico como el yodo ó el ácido fénico?

Sirviéndonos de un suero yodado (agua destilada 10 c. c., yodo 0,08 para cada ampollita), preparado por M. Fournier, farmacéutico de Mónaco, y con los consejos de nuestro malogrado colega el doctor Tourneur, hemos visto erisipelas de la cara, graves por su extensión y su sintomatología, atenuarse rápidamente; y las temperaturas de 41° descender en menos de 48 horas por debajo de la normal. La erisipela era plenamente detenida y la descamación seguía de cerca. Después de esto, se puede dejar de admitir la ac-

ción del suero yodado sobre el estado general y la evolución de la enfermedad? En las anginas netamente pultáceas con temperatura de 40° y 41°, dos ó tres pinceladas por día con la glicerina yodada, hacen descender rápidamente la fiebre y la faringe adquiere su aspecto normal. El yodo obra en profundidad y destruye la infección hasta en sus últimos atrincheramientos. ¿No es también aquí manifiesta la acción del yodo en profundidad, en una infección que no está siempre exenta de peligro á causa de sus complicaciones posibles? La sífilis, el reumatismo, el bocio, el artritis, la parálisis atrofica aguda del niño y del adulto, el linfatismo y la escrofulosis y tantas otras enfermedades, ¿no son mejoradas y curadas por el yodo y sus derivados?

Siendo el yodo perfectamente inyectable en solución acuosa, ventajosamente podrá reemplazar los yoduros que no son fácilmente aceptados por todos los estómagos. Recientemente hemos visto accidentes específicos, que se manifestaban por numerosas placas mucosas en las amígdalas, la cara interna de las mejillas, en la lengua, rebeldes á la medicación mercurial, mejorarse rápidamente por el uso alternado de soluciones mercuriales y de suero yodado. Diez inyecciones de suero yodado ha producido la desaparición completa de las placas mucosas que no habían cedido á un tratamiento mercurial intensivo y de larga duración.

Además, la disposición actual á tocar con tintura de yodo gran número de heridas, no se explica por los buenos resultados obtenidos dondequiera con este nuevo modo de antisepsia?

El agua de mar, en fin, que, en determinados casos parece haber producido verdaderas resurrecciones, no encierra vestigios de yodo?

Es pues probable que el yodo inyectado en solución acuosa, según la fórmula indicada más arriba, constituye una especie de suero hiperleucolítico capaz de desinfectar el organismo y estimularlo en la lucha contra los microbios y sus tóxicas.

Pero el yodo debe ser empleado con mucha prudencia. Si las inyecciones fenicadas son hasta cierto punto inofensivas, las soluciones yodadas pueden ser peligrosas y no son posibles sino en determinadas condiciones. Un enfermo atacado de congestión de los bronquios ó del pulmón, de turbaciones cardiacas ó de accidentes renales no derivaría beneficio de esta medicación, porque probablemente se expondría á edema de la glotis, edema agudo del pulmón, manifestaciones de yodismo más ó menos graves, bien descritas por Nelaton, Huchard y la señora Bradley.

En los casos de tétanos confirmado, aconsejamos las inyeccio-

nes fenicadas acuosas al centésimo, con adición de otra de suero yodado. Esta última, para no ser dolorosa, deberá practicarse profundamente en los músculos de la nalga, después de antisepsia rigurosa de la región escogida. La aplicación inmediata de compresas tibias atenuará prontamente la sensación de calor y quemadura que pueda originarse.

En numerosos casos de erisipela en que hemos empleado el suero yodado, y últimamente en nuestro enfermo atacado de accidentes específicos, el suero yodado no ha ocasionado nunca el más pequeño incidente; y los buenos resultados obtenidos nos inducen á creer que idénticos éxitos pueden alcanzarse en los casos de tétanos. Los cuatro tetánicos tratados en Riviera Palace por las inyecciones fenicadas solas ó con adición de lantol, habían recibido al principio una inyección de suero yodado; y estamos convencidos de que esta inyección no fué extraña á la curación de ellos.

(Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 25 de Junio de 1915).

## *Pequeños análisis cualitativos de orina*

En la actualidad es tal la importancia que toman los análisis para el buen diagnóstico y por lo tanto para instituir un tratamiento adecuado, que precisa á todo médico tener conocimientos analíticos, máxime cuando pueden llevarse á la práctica con instrumental nada costoso y al alcance de todo médico.

Este pequeño trabajo está dedicado no á los compañeros de las ciudades que tienen medios sobrados en los laboratorios especializados para resolver pronto cualquier problema analítico, sino á los que por ejercer la profesión lejos de los grandes centros tienen que saber á veces con urgencia la composición de la orina de un enfermo encomendado á su custodia, pues sin este mediodiagnóstico no le es posible muchas veces instituir un buen tratamiento.

Dejando á un lado el encarecer la necesidad perentoria y la importancia clínica de este asunto, ahorrando tiempo y cuartillas entramos de lleno en materia dividiendo este pequeño estudio en cinco partes:

- 1.º Cuidados preliminares con toda orina á analizar.
- 2.º Presencia en la orina de albúmina.
- 3.º       »                       »       glucosa.
- 4.º       »                       »       sangre.

1.º Toda orina es necesario que sea reciente y antes de nada debe filtrarse. Si no se consigue filtrar bien, se añade un poco de magnesia calcinada y agitándola antes en un tubo de ensayo se consigue filtrarla con gran facilidad.

La orina normal es ácida al expulsarla, debido á la presencia de fosfato ácido, por esto es necesario analizarla al poco tiempo de ser emitida, pues en breve plazo sufre una fermentación que transforma la úrea en carbonato de amoniaco y se hace alcalina. Se comprueba que esta reacción es debida al amoniaco, haciendo hervir la orina en un tubo de ensayo en cuya abertura se pone un papel rojo de tornasol. Resulta, pues, que toda orina normal reciente debe ser ácida.

2.º *Presencia de albúmina en la orina.*—De todos los procedimientos dos son los más rápidos y seguros:

*En frío por el ácido nítrico.*—Se llena con orina la mitad de la copita graduada; se introduce después hasta el fondo del recipiente un pequeño embudo de cristal, dejando caer sobre él, de un modo que resbale lentamente por sus paredes, una pequeña cantidad de ácido nítrico; la orina más ligera, ocupa la capa superior á medida que el ácido, como más denso, queda en el inferior; se retira entonces el embudo, con mucho cuidado, para évitár la mezcla.

Si la operación se ha hecho bien se aprecian dos capas, una inferior incolora, el ácido, y otra superior naturalmente coloreada, constituida por la orina.

En el límite exacto de la separación de las dos capas, se ve un anillo blanco constituido por albúmina, si existe.

*Por el calor y el ácido acético.*—Se llena con orina un tubo de ensayo hasta las dos terceras partes de su altura y se somete á la acción de la llama. Si contiene albúmina, se nota un enturbiamiento poco antes de hervir la orina. Este enturbiamiento puede ser debido á la presencia de albúmina, fosfatos ó carbonatos, ahora bien; si añadimos unas gotas de ácido nítrico el enturbiamiento desaparece, esto es debido á los dos últimos y si persiste se trata de albúmina seguramente. Los tubos deben examinarse sobre un fondo negro y nunca deben calentarse á la llama por el fondo, sino por la superficie.

Es de gran utilidad este análisis sobre todo para ver la marcha de una nefritis y sobre todo en toda mujer embarazada.

3.º *Presencia de la glucosa en la orina.*—Dejando á un lado el procedimiento con la potasa, y el llamado de Nyolondez por inseguros, nos limitaremos á estudiar con claridad el clásico de Fehling.

Necesitamos dos soluciones: Solución A: sulfato de cobre puro, 40 gramos; agua destilada, 200 centímetros. Solución B: potasa cáustica, 80 gramos; sosa cáustica, 130 gramos; ácido tártrico puro, 105 gramos; agua destilada, 400 centímetros cúbicos.

Las dos soluciones deben ponerse en frascos separados, para su mejor conservación. Para su uso se mezclan partes iguales de las dos soluciones en un tubo de ensayo (dos ó tres centímetros cúbicos de cada una), y se someten á la llama hasta la ebullición, durante unos segundos; el reactivo debe quedar azul y transparente; en el caso que esto no suceda es porque se encuentra alterado y no sirve.

Hecho esto, se pone en otro tubo, hasta la mitad de la orina que quiere ensayarse y se añade dos ó tres c.c. de la mezcla que hemos hecho de las dos soluciones y se hace hervir á la llama.

Un precipitado amarillo-rojizo indica que la presencia de glucosa es cierta. Pero ocurre á veces que el precipitado es imperfecto, de tal manera que no se puede afirmar con seguridad si es debido á la presencia de la glucosa. Esta reacción confusa puede ser debida á la poca cantidad de azúcar, ó bien á que la orina encierra alguna substancia ligeramente reductil, como el ácido úrico, uratos, sales amoniacales, esencia de trementina, etc.

En caso de duda nos serviremos de la reacción de Courtonne, cuya fórmula es como sigue: Acetato neutro de plomo, 300 gramos; agua destilada, un litro; ácido acético, de 5 á 8 gotas; fíltrese.

La técnica es como sigue:

A 100 centímetros cúbicos de orina se añaden 10 centímetros cúbicos de reactivo, se continúa añadiendo éste en pequeñas cantidades hasta que una nueva adición de sal de plomo no produce precipitado; entonces se filtra y se hace el ensayo con el Fehling, según la técnica que hemos dado.

En estas condiciones, si se forma un precipitado, cualquiera sea su aspecto, podemos estar bien seguros de que de azúcar se trata.

4.º *Presencia de sangre en las orinas.*—No ocupándonos de la reacción de Meyer por la fenoltaleína, por demasiado entretejido y difícil, estudiaremos las dos más clínicas y sencillas.

*Reacción de Heller.*—En un tubo de ensayo se mezclan cinco centímetros cúbicos de lejía de sosa y otros tantos de orina; al calentar aparece un precipitado rojo pardo que se transforma luego en rojo sangre, en forma de copos. El ácido crisofánico, puede dar una reacción muy semejante, si bien es posible la distinción, por-

que en este caso la aparición del color rojo se produce en frío.

*Reacción de Van Deen.*—Se añade á la orina un centímetro cúbico de tintura de guayaco recientemente preparada y la misma cantidad de esencia de trementina vieja, y se agita con cuidado si hay sangre, la mezcla toma una coloración azul, más ó menos intensa, según la cantidad.

Como vemos, estos análisis, casi siempre suficientes, bajo el punto de vista clínico, son de una realización que implica sencillez suma, muy poco trabajo y muy poco dinero.

En resumen: todo análisis cualitativo es de la competencia del médico y siempre que sea preciso él mismo debe realizarlo.

*Material necesario.*—Todo él se reduce á media docena de cubos de ensayo, una copa de 500 centímetros de cabida, otra muy cónica de unos 15 centímetros; dos probetas graduadas, una grande, otra pequeña; dos pequeños embudos de cristal, una lámpara para alcohol, hojas de papel para filtrar, papel tornasol rojo y azul y nada más. Con este material se pueden llevar á cabo nuestros pequeños análisis.

## REVISTA DE REVISTAS

POR EL DR. W. L. ALBO

**Trastornos de la motilidad en las psiconeurosis de tipo histérico. Estudios ergográficos.**— (Les troubles de la motilité dans les psychonéuroses du type hystérique. Etudes ergographiques). Sres H. Claude y R. Porak. Sociedad de Biología, 6 Noviembre, 1915.

Los autores han recurrido á diferentes pruebas ergográficas para aclarar ciertos síndromes complejos en los cuales se encuentran asociadas lesiones orgánicas y trastornos funcionales, sin tener en cuenta una parte á menudo importante de exageración y simulación. Consideran, de un lado, los movimientos aislados y, de otro, los movimientos repetidos. He aquí los resultados de las investigaciones que han ejecutado sobre sujetos normales, neurópatas, histéricos y con lesiones orgánicas. El estudio de los movimientos aislados permite describir las pruebas siguientes: 1.º *Una prueba dinámica*, la determinación del peso máximo elevado por el sujeto; 2.º *Una prueba estática*, la elevación de un peso menor del máximo, mantenido el mayor tiempo posible. En la determina:

ción del peso máximo, se comprueba, en los neurópatas, irregularidades más grandes elevando un peso por mínimo, que elevando un peso más pesado. Por otro lado, el estadio en plateau del tétanos voluntario prolongado, puede ser mantenido muy largo tiempo por los psico-neurópatas de tipo histérico. Los movimientos repetidos presentan también algunas particularidades que completan el síndrome ergográfico de la motilidad voluntaria de las psico-neurosis de tipo histérico: 1.º La prueba del tiempo de reposo es normal. 2.º Las curvas de fatiga presentan alteraciones particularmente importantes en su estadio inicial: las contracciones sucesivas son lentas, desiguales é irregulares. Estas contracciones pueden repetirse un gran número de veces y el número de ellas debe ser opuesto al trabajo mecánico (P. X. H.), siempre muy débil. Esta disociación funcional particular y la regularización por la repetición del movimiento son características. Los trastornos precedentes de los movimientos aislados, como también aquellos de los movimientos repetidos, no se observan nunca en las lesiones orgánicas de los nervios periféricos en la ausencia de elemento funcional sobregregado. El exagerador y el simulador inteligentes, estarán poco inclinados á realizar tales particularidades clínicas.

**Meningitis cerebro-espinal debutando por trastornos mentales.**—(Meningite cérébro-épineale débutant par des troubles mentaux.) Sr. H. Lacaze. Sociedad Médica de los hospitales. 12 de Noviembre, París

El autor refiere una observación de meningitis cerebro-espinal observada en el campo de Grafeurröha, en Alemania, interesante por su comienzo bajo forma de crisis súbita de confusión mental grave que constituyó durante dos días casi toda la sintomatología.

La observación muestra con claridad que una meningitis cerebro-espinal se puede presentar bajo las apariencias de una afección mental.

Los trastornos psíquicos, en este caso, manifiestan que se interesó muy particularmente por la infección meníngea la corteza cerebral, íntimamente unida á sus cubiertas.

**Parálisis nucleares múltiples de origen diph-térico, con reacción meníngea.**—(Paralysis nucléaires multiples d'origine diph-térique, avec réaction méningée.) Chauffard y Srta. A. Le Conte. Sociedad Médica de los Hospitales, 12 Noviembre, 1915.

Refirieron la observación de una mujer asistida en la clínica médica del Hospital de San Antonio por una parálisis facial acom-

pañada de afonía y de trastornos de la deglución, sobrevenidos á continuación de una angina diftérica benigna. Según los autores de la nota, no parece dudoso que se tratase de localizaciones nucleares más bien que neuríticas. Esto se deduce de la multiplicidad de los síndromes paralíticos observados y de su rápida retrocesión. Por lo que respecta á la patogenia de los accidentes comprobados, los autores han discutido tres hipótesis posibles de los fenómenos paralíticos observados; la sífilis, para eliminarla; la difteria, causa real de los accidentes; la auto-sugestión, en fin, á la cual hay que hacer responsable de la persistencia paradógica de la afonía comprobada.

Dr. de Massary, refiere que habiendo querido practicar experiencias sobre la patogenia de las parálisis tóxicas, ejecutó punciones lumbares en dos soldados afectados de parálisis diftérica. El resultado de sus experiencias fué negativo, pues sus experiencias fueron hechas demasiado tarde.

Dr. Netter, dice que ha examinado el líquido cefalo-raquídeo en un número pequeño de casos de parálisis diftéricas graves. En ellos no hubo reacción meníngea, lo cual no quiere decir que la parálisis diftérica no pueda ser acompañada de reacción meníngea.

**Contribución al estudio de los trastornos del sistema piloso y de la sudación espontánea de los miembros en el curso de las lesiones traumáticas de guerra de los nervios periféricos.**—

(Contribution à l'étude des troubles du système pileux et de la sudation spontanée des membres au cours des lésions traumatiques de guerre des nerfs périphériques.) Dr. M. Willaret. Sociedad de Biología, 20 de Noviembre, 1915.

El autor ha estudiado las modificaciones del sistema piloso y de la sudación espontánea en 110 casos de parálisis de los miembros de origen diverso. Deduce de su estudio que la hipotricosis y la hipohidrosis corresponden á la reacción de degeneración y significan sección completa del nervio herido; que la hipertricosis y la hiperhidrosis no se acompañan de reacción de degeneración y significan lesión incompleta y regresiva del nervio herido; que la ausencia de modificaciones del sistema piloso y de la sudación espontánea debe hacer pensar en una parálisis neurósica. También ha dirigido su atención á los trastornos tróficos bastante frecuentes en el curso de los traumatismos graves de los nervios periféricos: la salida de sangre al pinchazo y las ulceraciones consecutivas á una galvanización prolongada.

**Examen del líquido cefalo-raquídeo en el curso de de las conmociones por «viento de explosivo.»**—(Examen du liquide céphalo-rachidien au cours des commotions par «vent d'explosif».) J. A. Sicard. Sociedad Médica de los Hospitales, 12 Noviembre, 1915.

El autor se asocia á la proposición de Sougues para que se establezca lo más pronto posible después de la conmoción, un primer examen del líquido cefalo-raquídeo. Es necesario precisar y uniformar las reglas de este examen para eliminar los errores de interpretación.

**Los signos de la ciática médica.**—(Les signes de la sciattique médicale) Dr. J. A. Sicard. Sociedad Médica de los Hospitales, 19 Noviembre, 1915.

El autor de la comunicación expone que para establecer el diagnóstico de la ciática y permitir fijar la opinión en los casos dudosos, se precisa, fuera de los signos clásicos, tales como el signo de Lasègue, las modificaciones de disminución y de abolición del reflejo del tendón del Aquiles, la disimetría de los pliegues glúteos, etc., tener en cuenta cierto número de otros síntomas no estudiados hasta aquí.

Estos son: 1.º El signo de la ascensión del talón. 2.º El signo de las contracciones fibrilares. 3.º El clonus de los músculos glúteos. 4.º El debilitamiento plantar. 5.º La discordancia de las reacciones del tensor de la fascia lata del lado enfermo y del lado sano bajo la influencia del cosquilleo plantar. 6.º La discordancia de las temperaturas locales de los dos miembros. 7.º La elevación vespertina de la temperatura rectal. 8.º La hiperal-buminosis ligera del líquido cefalo-raquídeo, variando de 0,35 á 0,50 gramos, en lugar de 0,25 gramos normalmente. Estos síntomas, de los cuales ninguno es patognomónico, están agrupados sin valor diagnóstico de los más serios. Su reunión puede bastar, si no para precisar el diagnóstico de ciática verdadera, al menos para afirmar el diagnóstico del miembro inferior doloroso y para descartar, por consecuencia, la hipótesis de simulación.

**La plexiterapia en las impotencias funcionales.**—(La plessithérapie dans las impotences fonctionnelles.) Dr. Bérillon. Sociedad de Medicina de París, 12 Noviembre, 1915.

Según el autor, las excitaciones periféricas bajo la forma de percusión ejercen, por mediación de los centros nerviosos, un estímulo reflejo muy activo sobre los músculos ó los órganos afectos de insuficiencia funcional ó de inhibición. Una serie de martillos

de cautchouc permite graduar los efectos de la percusión. Practicada sistemáticamente sobre el trayecto de los nervios sensitivos y motores, la plexiterapia encuentra indicaciones actuales en el tratamiento de las contracturas y de las atrofiás musculares, de las parestesias, de las neuralgias, de las impotencias funcionales y de los trastornos tróficos consecutivos á los traumatismos de la guerra. Practicada al nivel de las vértebras cervicales, constituye igualmente un tratamiento eficaz del estado sincopal y del desvanecimiento.

Dr. Klotz: Dice que se ha reprochado á este proceder el desarrollar la tuberculosis pulmonar y producir aneurismas de la aorta.

**Extirpación quirúrgica de una masa importante de substancia cerebral.**— (Extirpation chirurgicale d'une masse importante de substance cérébrale.) Dr. A. Guépin. Academia de Ciencias, 22 Noviembre, 1915.

Sometió á la Academia el caso de uno de sus operados, el soldado R..., de 28 años, al cual le ha practicado la amputación parcial del cerebro (un tercio del hemisferio cerebral izquierdo) en Febrero de 1915 y que ha sido ya objeto de una comunicación anterior. Este herido está completamente curado. En varios casos análogos ha podido comprobar que la ablación más ó menos grande y rápida de una parte de la substancia cerebral no provoca trastorno alguno apreciable.

**Nuevo procedimiento de electrodiagnóstico.**— (Procédé nouveause d'électro-diagnostic) Dr. Lepicque. Academia de Ciencias, París, Noviembre, 1915

El autor ha inventado un *cronaximetro* con el cual se puede medir sobre cada nervio ó cada músculo el tiempo necesario á la corriente eléctrica para producir una excitación.

Este tiempo es de dos milésimas de segundo, próximamente, para un nervio ó un músculo sano. Cuando el nervio ha sido cortado, este tiempo aumenta poco á poco en grandes proporciones; llega á superar una décima de segundo. Esta medida permite expresar en una cifra objetiva el estado, en un momento dado, de los músculos interesados por la herida de un nervio. Así se puede seguir exactamente y transmitir por una ficha la evolución de la herida ó su reparación á consecuencia del tratamiento. Por otra parte, el Dr. Lapiégne ha deducido de la comparación con los músculos de los invertebrados, que el *retardo al restablecimiento* de las corrientes eléctricas, retardo que suprime, como se sabe, su eficacia, para los músculos sanos, no debía afectar los múscu-

las *sin inervación*. En efecto, un semejante retardo que se puede graduar á voluntad por medio de condensadores en derivación, hace que la corriente eléctrica ponga solamente en juego los músculos enfermos, igualmente á través de los músculos sanos que permanecen en reposo. De esto resulta que tales músculos pueden ser reconocidos muy facilmente. También se les puede tratar por electricidad evitando al enfermo sacudidas y sensaciones inútiles y desagradables.

**Efecto inesperado del cianuro de potasio en un perro afecto de corea.**—(Effet inattendu du cyanure de potassium sur un chieu atteint de chorée.) Dr. Houssin. Sociedad de Patología comparada.

Expone el caso de un perro afecto de corea, que no ofreciendo ninguna probabilidad de curarse, y queriéndole matar, le hizo tomar 0,50 gramos de cianuro una tarde, y le dejó en su nicho. Al día siguiente, tuvo la sorpresa de encontrar al animal alegre, vigoroso, completa y definitivamente curado. Sería oportuno renovar esta experiencia sobre perros considerados como perdidos, con el fin de saber si se trata de una simple coincidencia ó de una verdadera acción terapéutica del cianuro á alta dosis.

**Paraplegía de las heridas del cuello.**—(Paraplégie des plaies du cou.) Dres P. Marie y Sra. Bénisty. Sociedad de Neurología, Pauís, 2 Diciembre, 1915.

Ya han indicado en otra ocasión la aparición de una cuadriplegía, que enseguida se limitaba, en los casos de heridas transversales del cuello. Hoy han observado lo contrario. Por lo tanto la generalización inicial no es debida á la conmoción nerviosa.

**Artropatías siringomiélicas múltiples.**—(Arthropathies syringomyéliques multiples.) Dr. Chatelin. Sociedad de Neurología, París, 2 Diciembre, 1915.

Las artropatías han señalado el comienzo de la enfermedad, evolucionado desde hace diez años, ocupando la espalda, el codo, el puño, y asemejándose á las artropatías tabéticas y, como éstas, son acompañadas de decalcificación ósea.

**Trastornos sensitivos radiculares por tensión cortical.**—(Troubles sensitifs radiculaires par lésion corticale.) Dr. Thomas. Sociedad de Neurología, París, 2 Diciembre, 1915.

Refiere el caso de un herido trepanado la misma tarde de ser herido en la región parietal, presentando parálisis del brazo y em-

barazo de la palabra, que recobró en algunas semanas los movimientos y la fuerza, á excepción de algunos movimientos de los dedos. Pero presenta aún trastornos de la sensibilidad más marcados en la mano hacia el borde cubital, y en el antebrazo, en el borde radial.

**Tumor del tercer ventrículo.**— (Tumour of the third ventricle.) Dr. Lervis J. Pollock, Journ. Amer. Med. Assoc., núm. 64, 5 Junio, pág. 1903, 1915.

Weissenburg ha reunido treinta casos de tumor del tercer ventrículo (v. *Review*, N. 1911, 9, p. 85), y distingue tres grupos sintomáticos: 1.º Aquel en el cual un tumor de tamaño moderado está situado en el suelo del tercer ventrículo, y no se extiende ni al agujero de Monro ni al acueducto de Sylvio. Este grupo no muestra síntomas específicos, pero presenta síntomas de hidrocefalo interno, especialmente dolor de cabeza, neuritis óptica, náuseas, vómitos y aturdimiento. Si el tumor es de gran tamaño, comprimiendo indirectamente la cápsula interna puede causar parálisis de los miembros. Mott atribuye los síntomas mentales á la disminución de la función cortical á causa de ser comprimida la cabeza por los ventrículos dilatados.

2.º Tumores pequeños que obstruyan el agujero de Monro y cuya posición puede cambiar por desviación de la cabeza. Sólo ha sido observado un caso, y los síntomas consistieron en dolor de cabeza, náuseas y disminución de la visión inclinando la cabeza adelante.

3.º Tumores, grandes ó pequeños, extendiéndose dentro del acueducto de Sylvio y afectando las estructuras de los alrededores por directa extensión ó presión, ó aquellos en que la porción posterior de los pedúnculos cerebrales y del puente es comprimida, ó por presión directa, ó por dilatación del acueducto de Sylvio. Tales tumores producen síndrome bien reconocible, consistente en síntomas provenientes de ser interesados los núcleos del tercer par, el núcleo rojo, ó pedúnculo cerebeloso superior, y síntomas de presión sobre la cinta longitudinal posterior ó las fibras intermeditarias entre los núcleos del tercer par.

Los síntomas consisten en trastornos de los movimientos oculares asociados, paresias oculo-motoras, dilatación pupilar con disminución de la reacción, propulsión del globo ocular, ataxia cerebelosa y los síntomas generales de tumor cerebral.

Un caso es descrito en una mujer de 48 años, la cual presentaba síntomas de «extrema pérdida mental» sin síntoma alguno de

localización. Se encontró en el tercer ventrículo un quiste coloidal, probablemente procedente del epéndimo. Microscópicamente resultó ser un quisto coloide encapsulado, originado por un glioma.

**Acromegalia después de traumatismo craneano.**— (Akromegalia nach Schädeltrauma.) Dr. Aronade. Sesión científica de los médicos militares de la Guarnición Ingolstadt, 17 Julio, 1915.

El Dr. Aronade comunicó el caso de un recluta de 20 años que á los 16 años y medio sufrió un accidente grave con fractura de la base del cráneo. Desde entonces sufre violentos dolores de cabeza, experimentó un crecimiento rápido y empezó á engrosar su cuello. Altura 1,87 m., nariz tosca y ancha, labios hinchados, macroglosia, dientes separados unos de otros, gran abultamiento del tiroides, gran dificultad para cerrar el puño. El número de las botas, que era el 41, ascendió al 47 y la anchura del cuello aumentó de 37 cm. hasta 43 cm. En la literatura se conoce poco sobre las relaciones de la acromegalia con los traumatismos.

**Neuritis simétrica (reumática) del plexo braquial con participación especial del neuro supraespinar.**— (Symmetrische Neuritis (rheumatica) des Plexus brachialis mit besonderem Ergriffensein der Nn. suprascapulares.) Doctor Bikeles. W. kl. W. núm. 38, 1915.

Este caso tiene de interesante que á pesar de la gran atrofia del músculo infra-espinoso, el enfermo podía escribir duramente largo tiempo sin molestia, también podía coser bien y separar el brazo para estirar el hilo.

**Coqueluche.**— (Keuchhusten.) Dr. Lange (Copenhague). B. kl. W. número 41.

La coqueluche es una enfermedad infecciosa que comienza y termina con un proceso catarral; entre ellos se intercala un período con convulsiones, el cual se caracteriza por la aparición de ataques de tos convulsiva que no se acompañan de ningún estado catarral especial; la excitación aparece en la estación central y es conducida hacia la periferia por diversas vías—acción centrifuga-periférica-irradiación.—para provocar las más variadas manifestaciones. Por lo tanto, la terapéutica debe ser dirigida sobre el sistema nervioso.

**Psicosis en el tifus de la guerra.**— (Psychosen beim Kriegstyphus.) Dr. E. Flusser. W. m. W. núm. 39, 1915.

Los trastornos mentales instalados después del período febril de la fiebre tifoidea no son causados, según la opinión del autor,

por extenuación del total organismo, sino directamente por el mismo virus específico. De manera chocante observó solamente desde fines de Noviembre, 1914, hasta principios de Enero enfermos tíficos con psicosis. Los enfermos que ya desde el período febril presentaron delirio y alucinaciones, durante la convalecencia se aferraron casi siempre á las mismas ideas morbosas. Los pacientes cuya enfermedad se caracterizó por gran enervamiento y delgadez, por temblor muscular y debilidad cardiaca, mostraron también más tarde una conducta psíquica anormal. Todas las psicosis curaron. Psicosis después de recidivas no fueron observadas. Relata historias clínicas detalladas.

**Las enfermedades nerviosas en 1913.**—(Les maladies nerveuses en 1913.) F. Camus. París Medical, núm. 44, 1913.

Las investigaciones más interesantes durante ese año en neurología, son las siguientes, según el autor.

1.º Localizaciones cerebrales; 2.º Localizaciones cerebelosas; 3.º Reblandecimiento cerebral por arteritis á distancia; 4.º Enfermedad de Little y sífilis; 5.º Las meningitis; 6.º Reflejos de defensa; 7.º Un nuevo reflejo en las reacciones meníngeas agudas; 8.º Los accidentes nerviosos de la enfermedad del sueño; 9.º Poli-neuritis y óxido de carbono; 10 Bocio escaftálmico; 11 Tratamiento quirúrgico de los tumores del ángulo ponto-cerebeloso.

**Afecciones reumáticas en el campo de batalla y neuralgias por compresión por la mochila.**—(Rheumatische Affektionen in Felde und Tornisterdruckneuralgien.) Dr. Alois Strasser. (Viena.) Zschr. f. physik. diät. Ther. c. 19. 10.

Hace unas observaciones generales sobre el diagnóstico diferencial entre el reumatismo articular y el muscular, así como sobre el tratamiento del último. Además aclara por medio de láminas la miositis provocada por la presión de la mochila, como igualmente las neuralgias y neuritis.

**Acerca de la degeneración y la locura.**— Dr. Lechamarzo. Los Progresos de la Clínica, núm. 36, 1915.

El autor defiende la degeneración como causa de los trastornos mentales, citando algunos conceptos emitidos en este sentido por el profesor de la Universidad de Madrid, Dr. Maestre. Trata de la noción de la degeneración á través de las diferentes edades, recordando los principales autores que la han asignado un valor primordial en la etiología de las perturbaciones mentales.

DR. W. L. ALBO.

**HAWES.—Lo que debe y lo que no debe hacerse en el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar en el adulto y en el niño.**—(Boston Medical and surgical Journal, 26 de Mayo de 1915.)

- 1.º Recoge con cuidado la historia del sujeto.
- 2.º Acuérdate de la importancia capital de los signos y síntomas constitucionales.
- 3.º Recuerda que una pérdida apreciable de peso debe siempre tener una explicación satisfactoria.
- 4.º Que lo mismo ocurre con una pérdida de fuerza y de energía.
- 5.º No olvides la importancia de la fatiga sin causa y reiterada.
- 6.º Que también la tiene la fiebre vespertina habitual ú ocasional.
- 7.º Acuérdate también de la importancia de una temperatura subnormal asociada á la taquicardia.
- 8.º Que una hemoptisis debe ser considerada como de origen tuberculoso, hasta que se pruebe lo contrario.
- 9.º No olvides que la sífilis pulmonar es menos excepcional de lo que se supone.
- 10.º Que el bocio exoftálmico al comienzo pudo simular la tuberculosis pulmonar.
- 11.º Que el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar al comienzo, reposa más sobre los antecedentes, los signos constitucionales y el examen de la temperatura y el pulso que sobre la percusión ó la auscultación.

- 
- 1.º No practiques de prisa los reconocimientos.
  - 2.º Haz siempre desnudar al enfermo hasta la cintura.
  - 3.º No esperes encontrar en todos los casos signos pulmonares evidentes.
  - 4.º No esperes encontrar la presencia de bacilos en los esputos.
  - 5.º No olvides que prácticamente toda la pleuresia idiopática, seca ó con derrame, es tuberculosa.
  - 6.º Examina el organismo entero, pulmonar y extrapulmonar.
  - 7.º No fundamente tu diagnóstico en la radiografía aislada.
  - 8.º En los adultos no des ningún valor á la cuti-reacción, sea positiva ó negativa.
  - 9.º No olvides sobre todo que la bronquitis crónica, la influenza, la dilatación bronquial, el enfisema, el asma y muchas otras afecciones agudas y crónicas existen siempre y pueden parecerse mucho á la tuberculosis pulmonar.

10.º No olvides que la proposición inversa de la precedente es también muy cierta.

11.º No olvides que muchos sujetos pueden estar debilitados, fatigados, decaídos, etc., sin ser tuberculosos.

### **En los niños:**

1.º Recuerda la frecuencia de la infección tuberculosa ganglionar.

2.º Que en el niño la tuberculosis primitiva es linfático-ganglionar.

3.º Que el origen bovino es tan importante como el origen humano.

4.º Que cuando los pulmones están invadidos, la infección es antigua y avanzada.

5.º Que los signos y síntomas constitucionales son los más importantes.

6.º Que la tos tiene casi siempre el carácter de la tos sintomática ó de la adenopatía tráqueo-bronquial.

7.º Que la cuti-reacción positiva es mucho más significativa que en el adulto.

8.º Que la adenopatía tráqueo-bronquial, aún demostrada por la radiografía, no es necesariamente tuberculosa.

— —

1.º Ten presente tu responsabilidad moral al declarar que un niño es tuberculoso.

2.º En caso de duda instituye un tratamiento apropiado sin esperar los síntomas evidentes de tuberculosis.

3.º No olvides que la adenopatía tráqueo bronquial puede encontrarse en el niño en el curso de la influenza, de la neumococia y de otras infecciones no tuberculosas.

4.º Que una alimentación defectuosa, una afección tonsilar, una otitis crónica y otras muchas afecciones pueden simular la tuberculosis.

5.º Que tu diagnóstico no debe fundarse sobre uno ó dos signos reputados como patognomónicos, sino sobre un conjunto de signos y de síntomas minuciosamente recogidos.

6.º Sé claro, franco y preciso con los padres; exponles la situación sin reticencias y sin exageración.

P.



# ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión del 3 de Diciembre de 1915.—Final

Preside el señor Laguna

*Pericarditis crónica con derrame; exposición de la pieza anatómica conservada, por el Dr. Díaz Emparanza.*

Aunque la historia clínica que voy á relatar está ya publicada en la hermosa Memoria del Doctorado que mi querido amigo el doctor Landín ha escrito con la maestría propia en él, con el objeto de dar aquí mi enhorabuena á nuestro compañero y como un homenaje á su trabajo, cuya lectura á todos recomiendo, os doy cuenta de mi caso y os traigo la pieza anatómica, para que podáis observar sus particularidades.

Hé aquí un resumen de dicha historia:

P. S., de 47 años de edad, natural de la provincia de Soria, que ingresó en la clínica el día 10 de Mayo de 1915.

Antecedentes de familia y personales, sin importancia.

Desde hace un año no se encontraba bien, sin que tuviera que dejar de trabajar hasta hace cinco meses; en esta fecha, el malestar aumentó, fatigándose al hacer algún esfuerzo: no tenía dolores.

Estado actual: Hombre enflaquecido, pálido y con alguna cianosis en los labios; se queja de la cabeza y se marea. No tiene disnea aparente: nos llama la atención el pulso, que alcanza á 140 por minuto y reconocemos enseguida el pecho. No se percibe el latido de la punta: la matidez cardíaca está considerablemente aumentada en todas direcciones, en especial hacia arriba y en su base: en la perifería no es macidez absoluta, pero percutiendo de fuera adentro, se nota la diferencia que existe entre el área pulmonar normal y el sonido completamente distinto que da en la región cardíaca, y á medida que nos acercamos al centro se convierte en macizo.

Esta matidez llega en la línea media hasta cerca de la primera porción del esternón: á la izquierda baja desde el segundo espacio intercostal hasta el reborde costal, por fuera de la línea mamilar, confundiendo abajo con la macidez hepática: en el lado derecho sobrepasa el borde esternal, abanzando hacia abajo y afuera oblicuamente hasta la macidez hepática: el ángulo hepato-cardíaco

está borrado y ocupado por una zona de macidez absoluta: en la base se confundía con la macidez del hígado, el cual estaba descendido, abombando el epigastrio.

La auscultación, no revela más que tonos puros, lejanos.

*Cara posterior:* Matidez en el fondo de saco pleural izquierdo: crepitaciones en ambas bases.

Iugulares ingurgitadas, sin latidos: pulso á 144, marcadamente paradógico.

Estando en la cama, no tiene disnea: no hay fenómenos de compresión.

Orina, de compasición normal.

Punción exploradora, con aguja delgada en el quinto espacio intercostal izquierdo en plena macidez, á 6 centímetros por fuera del borde esternal: se extraen 150 c.c. de un líquido hemorrágico cuyo análisis revela células planas, hematies y ausencia de microbios.

Se realizaron unos días después, dos punciones en el punto costifoideo, resultando negativos, aunque se introdujo la aguja hasta que se moviera con latidos isocronos con el pulso, lo que nos hizo sospechar que habíamos llegado al miocardio, lo cual no era exacto, como pudimos comprobar en la autopsia, que nos probó, quedamos fuera de la cavidad pericardiaca penetrando insuficientemente, y el por qué de los movimientos de la aguja.

*Radioscopia:* Nos permitió apreciar una gran sombra de forma prismática que ocupaba toda la zona que marcaba la gráfica de percusión: no se notaban movimientos en sus bordes, ni se ven los latidos cardiacos.

El día 18 de Mayo, hago una punción evacuadora, en el mismo punto donde la primera dió resultado, aspirando 500 c.c. de líquido hemorrágico. Inmediatamente baja el pulso á 124, y pierde el carácter de paradógico. La matidez del esternon desapareció en absoluto, y el ángulo hepato-cardiaco se hizo normal: queda la matidez en el cuarto y quinto espacio izquierdos y en la parte alta hasta el segundo espacio, da un sonido casi timpánico: se aprecia el choque de la punta y se oyen mejor los tonos, y además se aprecia un ruido de roce fuerte en la base. A los pocos días se reproduce el derrame, sube el pulso á 148 y extraigo otros 500 c.c.: esta vez no se nota apenas mejoría.

En Junio, del 4 al 10, bajó el pulso lentamente de 144 á 110 y después á 90: al mismo tiempo se formó un derrame pleural doble: falleció repentinamente el día 11 por la mañana, cuando nos disponíamos á extraer el líquido de la pleura izquierda.

*Autopsia:* Adherencias antiguas á la cara posterior del peto esterno-costal: más recientes con los bordes pleuro-pulmonares. El pericardio es grande, sus paredes muy gruesas (como pueden comprobarlo los académicos, pues presento la pieza anatómica); su forma algo cuadrilátera; estaba recubierto, sobre todo en el lado derecho, por el borde pulmonar correspondiente: separado éste aparece el pericardio distendido y redondeado, ocupando el ángulo cardio-hepático: hacia arriba es menor su distensión y dimensiones. 20 centímetros de anchura en la base, por 12,50 de altura hasta el origen de los grandes vasos. Estaba tan adherido al centro fónico, que fué imposible disecarlo bien.

En el tejido celular del fondo de saco antero-inferior se nota un punto hemorrágico, resultante de la punción que se hizo en el punto costoxifoideo y en el séptimo espacio izquierdo, que resultaron negativos y que al hacer la autopsia vimos no habían penetrado en la cavidad pericardiaca, siendo transmitido á la aguja el movimiento del corazón al través de la pared del pericardio sumamente grueso: efectivamente, abierto este saco nos encontramos con sus paredes que en algunos puntos tienen un centímetro de espesor, particularmente en su borde antero-inferior. En la cavidad y ocupando los senos ó boas laterales, existían unos 500 c.c. de líquido obscuro. La cara interna, estaba recubierta de depósitos fibrinosos muy gruesos y blandos.

El corazón, grande, está cubierto por completo de una capa gruesa, amarillenta como gelatinosa, lo mismo que los grandes vasos, que impide ver los detalles anatómicos: al pretender extraer el pericardio, se rompió por distintos sitios, pero todavía pueden ustedes darse cuenta de todo lo dicho. En la superficie pericardiaca, pleural y al corte pulmonar, vimos unos puntos grises, como pequeños tubérculos. El análisis histológico hecho por el doctor López, demuestra que se trata de tejido inflamado, sin que haya apreciado lesiones tuberculosas.

Por su parte posterior, estaba adherido á los órganos que ocupan el mediastino posterior, sobre todo, traquea, en su bifurcación y exófago, que salieron en el bloque.

Al dar cuenta de la historia, hace diversos comentarios sobre distintos puntos de la misma, no extendiéndose en más particularidades que atañen á la picarditis, dejando este punto al señor Landín, en cuya Memoria puede encontrarse todo lo que pueda desearse saber sobre el particular.