

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII

MADRID 1.º DE MAYO DE 1898

NÚM. 261

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE Y DEMOGRAFÍA (1)

SECCIÓN PRIMERA.—MICROBIOLOGÍA.

Las propiedades antisépticas y antifermentescibles de los silicatos alcalinos; sus aplicaciones en Medicina y Cirugía, por el Dr. Jules Seliux, profesor de la Universidad de Bruselas.

CONCLUSIONES.

Las soluciones silicatadas son preferibles á todas las otras soluciones antisépticas para las irrigaciones en las cavidades internas, focos purulentos, lavado del peritoneo, etc., porque no hay que temer el menor accidente por absorción, como sucede frecuentemente con las soluciones de ácido fénico y del sublimado. Otra gran ventaja en la práctica quirúrgica es que las soluciones de silicatos alcalinos no atacan ni los instrumentos ni las manos del operador.

Estas substancias antisépticas son de muy fácil empleo; es suficiente hacer hervir agua y añadir uno ó dos gramos de silicato de sosa por litro. Los polvos de silicato de sosa se conservan indefinidamente.

Deseando asegurarme, por las experiencias del Laboratorio, del valor microbicida y antiséptico del silicato de sosa, he efectuado, en unión de mi sabio colega y amigo Sr. Coremans, profesor de la nueva Universidad, algunas experiencias bacteriológicas; ved aquí

(1) Nuestro querido amigo el Dr. D. Eduardo del Río y Lara, distinguido profesor de la Facultad de Medicina de Madrid y uno de los Secretarios de sección del reciente Congreso de Higiene que con más entusiasmo y provechosos resultados ha sabido cumplir su trabajoso cometido, nos ha honrado y hecho la distinción de facilitarnos el trabajo de extractar algunas de las comunicaciones leídas en la sección primera, la mayoría de las cuales han sido traducidas por él y ordenadas inmediatamente que ha terminado el Congreso sus tareas. Conforme vayamos terminando los resúmenes de las comunicaciones más importantes, los iremos publicando.

el resultado de las mismas: la desinfección, la esterilización de cultivos por el silicato de sosa al 1 por 100, se efectúa después de una hora para los microbios *staphylococco B. loli carbunco*. En lo que concierne á el *tétanos*, la solución á 3 por 100 necesita seis horas de acción; y para el *subtilis que no es patógeno*, no he efectuado la desinfección.

En conclusión, diré que en estas condiciones el empleo de los silicatos alcalinos, sobre todo el silicato de sosa, puede prestar grandes servicios á la terapéutica, á la cirugía y á la higiene pública; puede reemplazar ventajosamente á las soluciones de sublimado y de ácido fénico.

Atendido el bajo precio del silicato de sosa y su fácil conservación en polvo, será el antiséptico elegido en la cirugía militar, sobre todo en tiempo de guerra, y el que rendirá las mayores ventajas en la práctica médico-quirúrgica de los hospitales.

*
* *

Nota sobre la vida aerobia del bacilo del tétano, por el Dr. Jaime Ferrán
(de Barcelona.)

Yo participo resueltamente de la opinión de Grixoni, y voy á exponer en la presente nota los hechos en que me fundo.

Si se cultiva en serie, primero en atmósfera de acetileno puro y luego en atmósfera de acetileno que contenga aire atmosférico en proporciones gradualmente crecientes, se observa que este bacilo, tenido por anaerobio obligado, se transforma en aerobio perfecto; forma tupido micoderma en la superficie del caldo sin que se alteren sus caracteres morfológicos.

El primer cultivo aerobio perfecto resulta todavía tetanígeno; pero á medida que se prosigue la serie aerobia, se vuelve atóxico.

La función toxígena del mismo no se extingue por completo en los primeros cultivos de la serie aerobia, porque las bacterias que vejetan en la profundidad del caldo, protegidas de la acción del oxígeno atmosférico por el micoderma desarrollado en la superficie, llevan la vida relativamente anaerobia que les es indispensable para producir una cierta cantidad de tetanotoxina; predominando cada vez más en los cultivos sucesivos los bacilos adaptados á la vida aerobia, sus propiedades tetanizantes se extinguen gradualmente, acabando por resultar los cultivos completamente atóxicos, sin que se encuentre modo seguro de devolverles las cualidades perdidas.

Este hecho, que he tenido ocasión de observar repetidas veces, ha desvanecido en mí la idea errónea que tenía sobre el carácter de anaerobio obligado del bacilo de Nicolaier, y me ha llevado á admitir con Grixoni que es por naturaleza aerobio y anaerobio sólo en virtud de circunstancias especiales; en una palabra, á considerarle como anaerobio facultativo.

*
* *

Observaciones sobre el micrococcus de la fiebre de Malta ó mediterránea (*Micrococcus Melitensis de Bruce*), por Herbet G. Durham (de la Universidad de Cambridge.)

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

1.^a Los caracteres del crecimiento del micrococco de la fiebre de Malta ó mediterránea sobre algunos medios de cultivo, son:

2.^a En el caldo se desarrolla una bella forma streptococcica; en las culturas colocadas á la temperatura ordinaria, una forma bacilar puede reemplazar los coccus.

3.^a Por medio de las inoculaciones en el cerebro se puede producir una enfermedad mortal para el conejo común y los de Indias ó cobayos.

4.^a El método de las inyecciones intracerebrales parece ser de una gran utilidad para el estudio de la patogenia de muchos microbios. *Catani* lo hizo patente por el bacilo de la influenza, y las experiencias del autor lo demostraron por el micrococco de Malta, también como los experimentos con los bacilos pseudo-diftéricos y de la tuberculosis que no se han comprobado todavía.

5.^a Las inyecciones intraperitoneales del coco de Malta dan siempre una terminación mortal en los cobayos ó conejos de Indias; ellos contraen frecuentemente una enfermedad de curso crónico que no puede matarlos mas que al cabo de algunas semanas.

6.^a El hecho de que los cocos persisten en las orinas de los animales inoculados largo tiempo después de la inyección, no tiene importancia; si condición semejante se observa en esta enfermedad en el hombre, debe observarse bien el caso porque en el hombre es más grave; los cocos se manifiestan todavía muchas semanas después de la curación de la fiebre (yo he hallado el cocus en los riñones y en la orina de una cobaya que demostró buena salud cuatro meses después de la infección.) Si existen en la orina de los enfer-

mos, de los convalecientes, etc., debe hacerse desinfectar estos excrementos.

7.^a No sé si se puede demostrar una persistencia semejante en la fiebre tifoidea; yo desearía demostraciones cuidadosas sobre el período de la desaparición de los bacilos de la orina después de esta enfermedad.

Los conejos comunes y los de Indias adquieren el poder coagulante en presencia del coco de Malta después de la inoculación de este microbio; las experiencias citadas demuestran que el poder coagulante es acompañado de un estado de la sangre desfavorable para la vida del coccus; incluimos algunas curvas para demostrar el desarrollo y las variaciones de intensidad del poder coagulante ó precipitante del suero de los inoculados bajo condiciones diferentes de dosis y del método practicado.

*
**

Nuevas investigaciones sobre las infecciones spirochéticas, por M. G. Gábritchevsky (de la Universidad de Moscou.)

CONCLUSIONES.

1.^a La septicemia spirochética de los ánades es semejante á la fiebre recurrente del hombre, acompañada de la formación en la sangre de sustancias bactericidas específicas.

2.^a Los spirochetes de Olenmager y de Saccharoff pertenecen á la misma especie de micrófitos; se distinguen los unos de los otros por sus propiedades morfológicas, patogénicas, y por los efectos diferentes que se obtienen en los sueros inmunizados contra uno ú otro de estos dos spirochetes.

3.^a La repartición de sustancias bactericidas específicas no es igual en el organismo de ánades; en su sangre son mucho más acentuadas, mientras que en los órganos internos desprovistos de sangre son los menos.

4.^a La curación de la septicemia spirochética depende de la formación en la sangre de sustancias bactericidas y lisógenas; vá acompañada de fenómenos de fagocitosis.

5.^a La inmunidad activa, pasiva y natural contra los spirochetes es debida á sustancias bactericidas que se forman en el organismo bajo la influencia del virus.

6.^a El suero bactericida específico obtenido de las mencionadas

aves después de haber recibido muchas inyecciones de spirochetes virulentas, posee propiedades preventivas y terapéuticas.

7.^a Los resultados positivos obtenidos en la seroterapia de la fiebre recurrente del hombre, se hallan confirmados por la acción análoga del suero específico, habida la consideración de la septicemia spirochética de los ánades.

8.^a En la lucha contra las epizootias spirochéticas de los ánades se obtendría una gran ventaja práctica aplicando una doble inyección de suero antiespirochético. Desde luego estos spirochetes cambiarán en seguida, es decir, servirá su actividad de una inmunidad pasiva.

*
* *

Nueva redacción de proposiciones á las presentadas á el Congreso de Higiene de Budapest, por el profesor Corfield (de Londres.)

1.^a La salud pública es mejorada en la explosión de epidemias previniendo las ciudades y las habitaciones por la separación inmediata de todas las materias fermentescibles y por una abundante distribución del agua.

2.^a El revestimiento del suelo de las calles debe ser lo más impermeable posible, para facilitar la limpieza é impedir la contaminación del subsuelo.

3.^a Medidas especiales deben ser apreciadas en la construcción de las casas, para poner los muros y los locales al abrigo de la humedad y de las emanaciones del suelo.

4.^a Las canalizaciones interiores deben ser dispuestas de manera que eviten los estancamientos y realicen el evacuamiento rápido al sumidero de la calle; deben ser impermeables á los líquidos y á los gases, perfecta y constantemente aireadas y provistas de sifones que protejan el interior de las habitaciones contra toda emanación.

5.^a Los sumideros públicos deben favorecer el deslizamiento rápido y sin detención de las aguas y de las materias que á ellos viertan; hasta su desembocadura final, estarán perfectamente aireadas.

6.^a La anchura de las vías ó calles debe ser la mayor posible con relación á la altura de las casas; esta altura debe ser establecida en cada localidad teniendo en cuenta las circunstancias locales y climatológicas. Toda habitación debe ser iluminada en toda su profundidad y dispuesta para recibir el aire por dos lados por lo menos.

7.^a Reglamentos especiales deben hacerse en cada localidad por las autoridades públicas para cumplir con la obligación de la aplicación práctica de los principios anteriormente enunciados.

*
* *

¿Es inócuo el suero antidiftérico? por el Dr. D. Emilio Sánchez García (de Murcia.)

CONCLUSIONES.

1.^a La observación clínica demuestra que el suero comunmente antidiftérico puede determinar por sí é independientemente de la infección diftérica del bacilo de Klebs, parálisis de naturaleza tóxica capaces de producir la muerte.

2.^a El suero antidiftérico no es inócuo, y debe admitirse su uso con reservas, sólo cuando se trata de una infección diftérica comprobada que amenace la vida.

3.^a En el caso de decidirse al empleo del suero, debe escogerse la preparación según las reglas conocidas y aprobadas.

Primer Congreso Hispano-Portugués de cirugía (1)

NOTA SOBRE LA PROFILAXIS DE LAS HEMORRAGIAS
EN LOS ACTOS QUIRÚRGICOS, PRESENTADA POR
EL DR. D. FEDERICO RUBIO Y GALL.

Señores: Hace años elegí por tema del discurso de recepción de la Real Academia de Medicina, *El modo de prevenir ó evitar las hemorragias en los actos quirúrgicos*.

(1) Con la presente Nota del insigne cirujano español Dr. D. Federico Rubio comenzamos la publicación de las importantísimas comunicaciones hechas al reciente Congreso de Cirugía. Con gran sentimiento nuestro no publicaremos por falta de espacio nada más que aquéllos extractos que preferentemente puedan interesar á nuestros lectores.

Ha pasado tiempo. Insisto en aquellas conclusiones, y como el tiempo no pasa en balde, sin repetir lo dicho, agrego ahora lo siguiente:

Los adelantos de la Ciencia, del Arte, de la Industria, etc., de todo lo que en conjunto se denomina civilización de un siglo, no extingue ni borra por completo las civilizaciones anteriores.

Establécense corrientes y niveles entre lo antiguo con lo moderno. En unos pueblos el nivel está más alto, en otros más bajo; pero no hay país, por muchas que sean las vías férreas con que cuente, en que no existan veredas, sólo transitables á pié, y que no consienten ni el paso de una mala carreta.

Aplicando esta verdad al arte de evitar las hemorragias, echaremos de ver que todavía se fabrican en los países más adelantados, Inglaterra, Francia y Alemania, cajas de amputaciones con sus enormes, horribles y anticientíficos cuchillos, y sus atormentadores, inútiles y perjudiciales torniquetes. Y cuando se fabrican, es seguro que se venden y se compran, y que el nivel quirúrgico en esta parte, de los cirujanos que los usan, corresponde á los tiempos de Galeno.

No hay que investigar muy hondo para saber lo que pasaba antes de la Biblia. Pueblos hay hoy, si no en Europa, en Asia, y si no en Asia, en Africa, que viven en el período paleolítico. Respecto á la hemostasia, sin salir mucho de las orillas de la Península tropezaremos con el Mogreb. Allí se ejecutan frecuentes amputaciones con fines penales más que terapéuticos; y ya sea para castigar á un delincuente, como para separar un miembro gangrenado, el procedimiento no puede ser más primitivo y expedito: un tajo, un hachazo, y miembro abajo. Un caldero con pez derretida en que se mete el muñón, y ya está hecha amputación, hemostasia y colocado el apósito.

Lo singular es, según aseguran Médicos de nuestras Embajadas, que se curan los amputados perfectamente, que el pegote de pez no se remuda, y que al caer está la herida cicatrizada.

En España y fuera de España es frecuente ver amputaciones como en tiempo de Pareo.

Cuando estudiante, ni los profesores, entonces más progresivos, dejaban de usar el torniquete.

El año 50 lo desterramos en absoluto de nuestra práctica, sustituyéndolo por la compresión digital. Más tarde la abandonamos también por innecesaria, no entrando después en nuestros reinos el

actual tubo de Esmark ni su venda elástica; tubo que hoy usa la mayoría de operadores nacionales y extranjeros.

La historia de la hemostasia puede verse en todas sus fases y períodos, viviente en nuestros mismos días.

Primer periodo. Tajo y pez hirviente. *Procedimiento morisco.*

Segundo. Tortor previo y permanente más ó menos en el acto y después del acto de la operación. Corte rebanado; sierra; cauterización de la superficie sangrante con hierro enrojecido; relleno de pez pulverizada ó colofonia; torta de hilas. *Procedimiento de Musa.*

Tercero. Torniquete durante la operación, mantenido más ó menos apretado cuarenta y ocho horas después. Cortes rebanados á diversas alturas para dejar muñón cubierto por la piel. Ligadura de la arteria principal y cauterización de las secundarias; planchas de hilas sobre compresa encerata; colofonia, por no perder la costumbre, y capelina historiada, vistiendo el muñón como criatura recién nacida. *Procedimiento de Ambrosio Pareo.*

Este procedimiento es el que corresponde al instrumental á que he aludido, y se fabrica todavía.

Cuarto. Sustitución del torniquete por la venda y tubo de Esmark.

Colocación de pinzas de presión sobre las arterias, á medida que cortan y sangran; aserrar el hueso, ligar los vasos y retirar las pinzas.

Tal período es el que impera en la actualidad. Hay, sin embargo, mayores perfecciones y algunos adelantos, que ya por unos, ya por otros operadores, se van poniendo en práctica y difundiéndose con mayor ó menor lentitud.

Consiste uno de ellos en atacar y dividir el hueso antes de cortar las partes blandas, llegando á él por una incisión pequeña, paralela á las fibras musculares, libre de trayectoria vascular.

Tal recurso lo pusimos én práctica hará unos veinte años. Hoy se emplea por algunos experimentados operadores que se disputan la prioridad. Seguramente debe haberse discurrido por más de uno, por ley de lógica natural.

Declaramos por nuestra parte que ni antes ni después se nos ha ocurrido pedir patente de invención. Le damos la importancia que al calzado que sirviendo mejor resulte más cómodo.

Aunque en todas partes se suelen ver cuchillos formidables, principalmente si se trata de operaciones por trasfisión, esperamos

que vayan cediendo el puesto á los bisturís de comunes dimensiones, y debe esperarse que se caiga en la cuenta de que treinta centímetros de filo no se ponen en contacto con un cilindro mas que en un punto, y que con una hoja cortante de cinco á seis centímetros se manda más fuerza, se penetra más, se corre mejor y se dispone con mayor exactitud las resultantes de la voluntad artística; por todo lo cual, esos cuchillos de amputaciones resultan como la espada de Don Simplicio, cuya longitud, para aliviar el miedo, la hacía estorbosa é inmanejable.

Otro de los adelantos recientes, y lo considero el más importante, consiste en sustituir ó modificar el procedimiento de forcipresión para ocluir los vasos divididos y sangrantes, por el procedimiento más artístico, limpio y expedito de suspender previamente el curso de la sangre en cada vaso antes de cortarlo, y dividirlo así después en seco, ligándolo ó no, según la necesidad.

Tal conducta la adoptamos como procedimiento general desde la instalación del Instituto de Terapéutica Operatoria el año 80.

Con gran contento nuestro y por la razón natural de cada operador, sin plagiarse unos á otros, ha venido ganando tal conducta á medida de otros adelantos.

En la ovariectomía, desde su principio, á nadie se le ocurrió cortar el pedículo sin asegurarse previamente de sus vasos por medio del *clan* ó de la ligadura. Lo mismo en la extirpación de la matriz.

En la extirpación del bocio, excepto en los pocos cirujanos que evitan herir los vasos sin haberse antes hecho dueños de la circulación regional atacada, dá congoja ver los que siguen otra conducta, constantemente azorados en un campo operatorio obscurecido por la sangre, cortando á riesgo y ventura, sin saber por donde van.

Antes de cortar sobre un territorio muy vascularizado, y por donde vasos de cierto calibre deben transitar, que se vean, que no se vean, guiado el cirujano por sus conocimientos prácticos de Anatomía normal y patológica, debe ligar el tracto ó puntos por donde los vasos deben discurrir, teniendo en cuenta además la trayectoria del curso de su sangre; así vá actuando sobre campos exangües, dominando la operación, no dominado por ella, ni sorprendido por sus accidentes.

En su origen, la idea de ligar antes de cortar es cosa vieja.

No hay más sino que, desde que se advirtió que frotando el ámbar atraía un pedazo de papel, hasta que ésto se convirtió en aluminado eléctrico, pasaron muchos siglos.

Hace mucho tiempo se consignó la ligadura previa de ciertas arterias para ciertas operaciones. El consejo no prosperó, sin duda porque para la cirugía de entonces resultaba más difícil la ligadura previa que la operación definitiva.

De todos modos, resultaban dos operaciones en vez de una. Así, aunque el pensamiento es muy antiguo, la aplicación y el modo y ocasión de hacerlo han variado considerablemente, convirtiendo en fácil y expedito lo antes engorroso y difícil.

Pues bien; lo que tengo que decir se reduce: á convertir en práctica general para toda amputación y extirpación, lo que se viene haciendo en la ovariotomía y extirpación de la matriz, y por algunos operadores muy prácticos en la extirpación del bocio.

De este modo resultan las operaciones exangües; no hay hemorragias consecutivas, no se necesita tubo de Esmark, ni compresión digital, y el cirujano se basta y sobra para dominar la operación, por arriesgada que sea.

Las pinzas profusamente empleadas, llenando el campo operatorio, es una moda que pronto pasará.

Jamás tuvimos que poner más de tres ó cuatro, y eso por breves momentos.

No consideramos necesario entrar en muchas especificaciones por ahora para aclarar cómo puede interrumpirse la circulación en cada caso.

Como se opera el bocio exangüemente, se opera todo. Constituye el tipo maestro de las extirpaciones; y con explicar en cuatro palabras cómo se desarticula el muslo exangüemente, queda dicho cómo pueden hacerse exangües las demás amputaciones, así por la contigüidad, como por la continuidad. En las últimas, no hay más diferencia que la de atacar y dividir el hueso previamente, según queda dicho antes.

Para decolar el muslo se hace una incisión vertical y perpendicular sobre el gran trocánter hasta su periostio. No se divide vaso de importancia, porque no le hay.

Con el cuchillo Ariza, en forma acodada y de hoja de mirto, se cortan las ataduras de los músculos del gran trocánter, fáciles en su cara externa y bordes, menos fáciles los de la cara interna.

Pero el cuchillo Ariza, corto, fuerte y acodado, se mete y obra con precisión y libertad, dividiendo al rape las ataduras internas. Obrando así, no se divide tampoco ningún vaso de importancia.

Hecho ésto, aparece la cápsula cotiloidea modelada en la redon-

dez de la cabeza articular. Se circuncida con el mismo cuchillo, se corta el ligamento intra-articular y se trae fuera de la herida la cabeza del fémur.

Con el índice izquierdo se tacta y reconoce el pequeño trocánter, y sobre la misma atadura del psoas y el ilíaco se cortan ambos tendones, protegiendo la región inferior y profunda con el índice, para que, si el cuchillo resbala, no vaya á herir un vaso. Suelto el pequeño trocánter, el tercio superior del fémur queda solamente retenido por el pectíneo; pero ya está lo suficientemente movilizado y exteriorizado para que reconozcamos su atadura en la bifurcación que va á la línea áspera. Se reconoce bien dicho plano, y si no hay vaso sobre la línea de su atadura, se corta sobre el hueso con el mismo cuchillo.

Con ésto, la decolación queda completa en sus tiempos más difíciles. Sólo resta tallar los colgajos ó reducir la operación al método oval, que es lo más sencillo, si el estado de las partes no pide otra cosa.

Tenemos ahora toda la raíz del muslo deshuesada, convertida en un gran canuto músculo-membranoso con su circulación íntegra. En dicho canuto ó cilindro hueco existen dos trayectorias vasculares, temibles por su importancia: una mayor antero-interna: curso de la femoral; otra posterior: curso de la isquiática.

Las demás arterias que han de dividirse proceden de estas dos.

Introdúzcase la mano izquierda en el canuto muscular, buscando con el pulgar la cara profunda de la femoral, cuyo latido advertiremos. Abárquese con los otros cuatro dedos la piel y carnes de la región antero interna por fuera del muslo, y en lo abarcado con la mano tendremos sujeta y comprimida la circulación, su curso interrumpido y exangüe el territorio antero-interno, sobre el cual caeremos con un bisturí ordinario llevado en la mano derecha, á tajo tendido, largo y firme, ya en línea para amputación oval, ya en línea apropiada para colgajo.

Cuando estemos próximos á nuestro dedo grueso profundamente infundido, que sujeta el curso de la arteria, iremos con pequeños cortes aislándola, le pasaremos una ligadura con la aguja de Deschamps, cortaremos por debajo, y asunto concluído.

Igual conducta seguiremos en el ataque posterior.

Los profesores del Instituto son testigos de la escasísima sangre que se pierde en tal operación.

Aun á costa de molestaros, no quiero omitir dos puntos á este respecto de las hemorragias quirúrgicas.

Son los siguientes: primero, que las hemorragias post-operatorias que suelen alguna vez ocurrir al tercero, cuarto ó más días, no son debidas, como se cree generalmente, á soltura de ligadura, ni á la reaparición del curso de la sangre en uno de los vasos divididos. Se debe simplemente al desarrollo accidental de una *neoformación angiomatosa*.

Hace años publicamos algunas observaciones sobre el particular.

Para el caso, como si no se hubiesen publicado. No se ha enterado nadie.

Denominamos tales neoformaciones «Angiomas agudos de las superficies cruentas.»

Se construyen en veinticuatro ó menos horas. Forman unos tumorcitos del tamaño de un grano de pimienta á una fresa. Su color, morado, más ó menos obscuro. Se hinchan, rompen, y dan una hemorragia de babeo incesante, que hilo á hilo casi imperceptible empapa los vendajes, cala los colchones y gotea el suelo. Suele á veces cesar por sí algunas horas ó momentos, para volver á reaparecer con la misma ó mayor insistencia.

A no conocer la causa, si descubrimos la herida, cortamos los puntos de sutura y examinamos las partes, no vemos nada; un campo cubierto de coágulos más ó menos recientes. Un punto más ó menos escondido y cubierto por dichos coágulos; punto en forma de mameloncillo, que no alcanza á distinguir el que no está en antecedentes, es el productor de la terrible hemorragia, por su misma persistencia.

Desde que se emplea rigurosamente la asepsia y las heridas curan sin supurar por primera intención, estos angiomas agudos y sus hemorragias no se ofrecen con tanta frecuencia. Su tratamiento es sencillo y eficacísimo: basta destruirlos raspándolos y frotándolos fuertemente con una bolita de algodón. Son blandos; están formados por una agrupación mayor ó menor de tejido embrionario, dentro del cual se fragua uno ó más canalículos á modo de vasos sin paredes, por los cuales pasa la sangre y se efectúa la circulación anticipada y aberrante.

La blandura estructural de tales neoformaciones, permite deshacerlas y desorganizarlas con el frote.

Aunque son hoy menos frecuentes, después de las operaciones, todavía conviene mucho su conocimiento. Las hemorragias de

las úlceras fungosas y de las epiteliales, proceden de angiomas agudos desenvueltos en sus superficies; no de vasos corroídos ó ulcerados, como se supone.

Segunda observación que considero interesante. Se refiere á los hemofílicos.

Por haber tropezado en nuestra vida profesional con algún caso de hemofilia, no hemos decidido en los jóvenes ó niños ninguna operación sin la debida investigación previa acerca de este punto.

En los adultos no hemos sido tan previsores, y ésto ha dado lugar á tener que habérmolas más de una vez con dicho contra-tiempo.

Lo peor del caso, y tanta es la torpeza de la inteligencia nuestra, consiste en que, hasta el último suceso, no pudimos darnos cuenta de los anteriores. De todos modos, más vale tarde que nunca. El concepto que tenemos de las cosas, cuando está equivocado, nos impide verlas.

Por tal motivo, solemos sufrir frecuentes decepciones, y son varias las que he experimentado en este particular de la hemofilia.

Primera decepción: Las grandes heridas operatorias practicadas en los hemofílicos, no han resultado más hemorrágicas en el acto quirúrgico ni en los primeros días subsiguientes que en cualquiera otra persona no hemofílica que sufriese igual operación.

¿Quién podría prever ésto?

Algo puede deberse al modo de operar, ligando antes de dividir los vasos. Quizá, suspendido el riego en las afluentes, no podría salir la sangre por los vasos derivados. De todos modos, el hecho resulta contrario á la previsión.

Segunda decepción: La sangre de los operados hemofílicos ofrece igual aspecto, color, consistencia y coagulidad que la de los operados comunes.

No es, pues, una sangre antiplástica, ni linfósica, ni caquética, y presumo que el análisis, aunque no tuve ocasión de hacerlo, ofrecerá caracteres negativos.

Pero si todo ésto resulta favorable y halagüeño para los operados hemofílicos, después comienzan los apuros.

Todo unido y en buena marcha, comienzan á observarse grandes equimosis en la piel á los alrededores de la herida y algunos á mayores distancias. Casi completa la cicatriz, ya por algún punto de la herida, ya hacia las comisuras ó en el centro, ya por uno ó más de los puntos mismos de sutura, se levanta una flictenita morada,

se rompe y comienza á manchar el apósito con sangre oscura, como retenida y descompuesta. Unas sangran más, otras menos; ya unas, ya otras. La sangre viene de la piel; pero á veces se desliza al interior, y de una cura á otra, comprimiendo la parte, vemos salir la cantidad retenida por bajo de la piel. Y de esta forma, y en un curso impertinente á veces peligroso, ya los medios conteniendo el fluir y fluir, ya resultando ineficaces, se pasan las semanas y los meses.

Las cosas que hicimos y empleamos fueron numerosas. El vencimiento se debió á la paciencia, á la constancia, dirigiendo el tratamiento por sentido común; y en el último caso, por estos principios que saqué de la observación:

- 1.º La hemofilia no procede de mala crisis sanguínea.
- 2.º La hemofilia no afecta los grandes vasos ni los vasos profundos.
- 3.º La hemofilia procede de un defecto de inervación en los pequeños vasos de la piel y las mucosas.

RESUMEN.

En la actualidad debe imputarse á falta de buena práctica los accidentes hemorrágicos operatorios.

¡Quiera el Cielo que andando el tiempo, ya que los anestésicos han suprimido el dolor; ya que el venerable y nunca bastante estimado y celebrado Dr. Lister, con los mismos materiales de las ruinas de su antisepsia ha dado lugar á la construcción de la asepsia; ya que las hemorragias quedan atadas y esclavizadas por el arte, quiera el Cielo, digo, que logremos descubrir y vencer el último enemigo que resta formidable y enhiesto ante la cirugía: el colapso traumático!

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Tratamiento y patogenia de la tabes dorsal.—*M. H. Obersteiner* (de Viena), ponente: El estudio de la patogenia de la tabes no puede ser racional sino á condición de que nos coloquemos en

un doble punto de vista etiológico y anatomo-patológico, tratando de sintetizar los resultados así obtenidos.

Por lo que se refiere á la *etiología*, la mayor parte de los autores admiten que los tabéticos presentan las más de las veces antecedentes sífilíticos; pero las opiniones divergen cuando se trata de explicar de qué manera obra la sífilis como factor causal de la tabes: ¿representa esta última una manifestación terciaria de la afección venérea, ó bien es la consecuencia de una simple debilitación del sistema nervioso resultante, ora de la infección sífilítica, ora de la acción de las toxinas, desconocidas aún, de la sífilis?

Hay que reconocer también que, además de la sífilis y hasta en ausencia de ella, otras influencias nocivas, tales como el traumatismo, el enfriamiento, las intoxicaciones, etc., pueden determinar muy probablemente la aparición de la ataxia locomotriz.

En lo que concierne á la *anatomía patológica* de la tabes, desde luego nos hallamos en presencia de este hecho importante, á saber: la existencia de lesiones muy extensas y que pueden mostrarse en todas las partes del sistema nervioso. Hay, sin embargo, ciertas regiones que casi nunca resultan respetadas, de igual manera que hay otras también que quedan las más de las veces indemnes. No podríamos, por consiguiente, considerar la tabes como una afección generalizada á todo el sistema nervioso y, de otra parte, sería igualmente imposible clasificarla exclusivamente entre las afecciones medulares. Sin embargo, como quiera que las alteraciones espinales constituyen las únicas lesiones esenciales de la enfermedad (no existe, en efecto, ninguna tabes con integridad de la médula), claro es que son ellas las que merecen fijar particularmente la atención.

En la médula de los diabéticos se observa siempre una degeneración de los haces posteriores, especialmente de aquéllos que constituyen los prolongamientos intramedulares de las raíces posteriores, mientras que las regiones que sobre los cortes transversos de los haces posteriores aparecen llenas de fibras endógenas quedan intactas, ó bien no se atrofian sino en casos excepcionales, y entonces secundariamente.

Las otras alteraciones típicas de la médula se muestran únicamente en las fibras nerviosas de la substancia gris (asta posterior, columnas de Clarke, vías reflejas colaterales de las astas posteriores) que representan, ora la continuación directa de las raíces posteriores, ora sus vías colaterales.

Así, pues, la tabes es una enfermedad caracterizada anatómicamente por una degeneración de las partes intramedulares de las raíces posteriores.

Sin embargo, no podemos considerar las tabes como una afección medular sistematizada en el sentido estricto de la palabra, pues no todas las raíces posteriores aparecen afectadas de una manera uniforme ni simultáneamente, y hasta muchas se conservan totalmente indemnes.

¿Cómo explicar esas lesiones radicales intramedulares, que ofrecen esencialmente el carácter de una degeneración ascendente, análoga á la que se observa después del seccionamiento de las raíces?

Para resolver este punto sería necesario poder precisar las regiones sobre las cuales obran directamente los agentes patógenos, y determinar cuál es la naturaleza de estos agentes.

Consideremos, primero, los troncos nerviosos con sus terminaciones periféricas. Encuéntrase en ellos á menudo alteraciones morbosas, pero generalmente son mucho menos acentuadas que en las raíces y en los haces posteriores. Las hipótesis que han sido invocadas para explicar de qué manera el proceso morboso se extiende de los nervios periféricos, por la intercesión de los ganglios espinales, á las raíces posteriores, son de todo en todo insuficientes, por lo menos en mi concepto.

Vienen luego las células de los ganglios espinales. Sus lesiones son igualmente harto insignificantes, en la mayor parte de los casos, para que podamos considerarlas como punto de partida de la degeneración completa de las fibras intramedulares de las raíces posteriores.

En tercer lugar hay que pensar en las mismas raíces posteriores, y entonces el punto de partida del proceso podría radicar, ora en las regiones en que atraviesan la duramáter y el aracnoides, ora á su paso á través de la piamáter y de la capa neuróglia periférica. Cuanto á la primera eventualidad, se ha supuesto que las raíces posteriores se hallan comprimidas á nivel de la duramáter por una proliferación de las vainas de las fibras nerviosas, y de ahí su atrofia. Pues bien; las lesiones que han sido observadas en esa región, no bastan para explicar las degeneraciones radicales. La segunda hipótesis admite que las raíces posteriores presentan un verdadero *locus minoris resistentiae* á su paso á través de la piamáter, donde en efecto, hasta en las condiciones normales, ofrecen generalmente una estrechez manifiesta, que puede ir hasta la ausencia completa de substancia medular. Aquí es donde se hallan comprimidas por un proceso meningítico que llega hasta la retracción de la piamáter, ó bien por la degeneración ateromatosa de los vasos de esta región, lo cual vendría á explicarnos por qué, en los casos recientes de tabes, el segmento intramedular de las raíces posteriores degenera más que el segmento extramedular que ha quedado en comunicación con el ganglio espinal correspondiente. Contra esta hipótesis se aduce que á menudo este proceso meningítico no existe, ó bien que no es más que consecutivo á las lesiones espinales y, además, que en ciertos casos de meningitis espinal posterior no se encuentran lesiones tabéticas de la médula.

Finalmente, las lesiones pueden nacer en la parte intramedular de las raíces posteriores con ó sin participación de los segmentos radicales extramedulares. En este caso, como en los precedentes, el agente patógeno se supone que es de naturaleza tóxica. Pero las

toxinas, á las cuales se atribuye una influencia etiológica en la tabes, no han sido nunca aisladas: tal, por ejemplo, la siflotoxina, á la que se atribuye la propiedad de ejercer aún su acción nociva muchos años después de la infección. Además, no siempre podemos explicarnos por qué ni cómo una toxina de este género ó un veneno cualquiera ataca de una manera preferente las raíces posteriores de la médula, respetando, en cambio, por completo los otros grupos de fibras nerviosas.

Como quiera que la naturaleza íntima de estas influencias patógenas nos es tan desconocida como el mecanismo de su acción, cuyas manifestaciones son múltiples y diversas (lesiones bulbares y cerebelosas, lesiones del cerebro y del nervio óptico), cabe admitir en la patogenia de la tabes un concurso de procesos distintos, pero coordinados, y que, al mismo tiempo que presentan diferencias variadas desde el punto de vista de la intensidad de su acción, no dejan de referirse á una causa fundamental común.

Las alteraciones que se descubren en los neuronos centrípetos tienen gran importancia. Son constantes y particularmente acentuadas en la parte central, intramedular de esos neuronos, un poco menos en las raíces posteriores, menos aún en las células de los ganglios espinales, y mínimas en las fibras nerviosas periféricas.

Estos hechos militan en pró de la hipótesis que coloca el punto electivo de acción de los agentes patógenos de la tabes en la parte más vulnerable de la raíz posterior, la cual se encuentra á nivel del punto donde penetra en la médula. Varios síntomas de la tabes, en particular los dolores fulgurantes, pueden ser invocados en apoyo de este criterio.

M. Grasset (de Montpellier), co-pONENTE: ¿Puede curar la tabes? Tal es la cuestión que se presenta desde luego cuando uno se propone estudiar el tratamiento de esta enfermedad. Los hechos prueban, en mi sentir, que la ataxia locomotriz puede ser *clínicamente curada* aun cuando la lesión persista. De otra parte, á falta de curación, puede presentar igualmente *remisiones y retrocesiones parciales*, bastante largas y duraderas para hacerlas desear del enfermo. Por último, en casos menos favorables se pueden obtener aún *paros transitorios* más ó menos prolongados.

De suerte que, á pesar de la anatomía patológica y de sus conclusiones desfavorables acerca de la esclerosis definitiva de la médula, en realidad cabe estudiar el tratamiento de la tabes y discutir los recursos que ofrece para combatirla.

Las acciones terapéuticas que hay que investigar en la ataxia locomotriz pueden ser comprendidas en tres grupos, según que tengan por objetivo combatir el estado anatómico de la médula, los trastornos funcionales espinales ó simplemente ciertos síntomas dolorosos. Los medios propuestos para llenar estas indicaciones se clasifican igualmente en tres categorías, según que se dirigen á los elementos etiológicos, anatómicos ó sintomáticos de la afección.

En las medicaciones *etiológicas* de la tabes, conviene discutir, sobre todo, los tratamientos antisifilítico y antiartrítico.

El tratamiento *antisifilítico* no es en verdad nocivo en la ataxia. A menudo produce remisiones ó retrocesiones parciales; por excepción cura algunas veces. Hay que recurrir á él, por consiguiente, cada vez que la sífilis anterior es cierta, probable ó únicamente posible. De ahí la regla de que se debe instituir siempre la medicación específica en un tabético, cuyo diagnóstico como tal se establece por primera vez ó, mejor, en un atáxico á quien por primera vez se visita.

Ese tratamiento será mixto, y, salvo intolerancia marcada y persistente, durará tres meses. El mercurio podrá ser administrado por la boca (0 gramos 05 á 0 gramos 10 centigramos de protoioduro ó 0 gramos 005 á 0 gramos 010 miligramos de sublimado); pero las fricciones napolitanas con masaje en los sobacos y en las corvas ó á lo largo de la columna vertebral son generalmente preferibles. Se pueden hacer también inyecciones intramusculares de timolacetato ó de cianuro de mercurio, ó bien de aceite gris. Si se emplean las fricciones, se practican, en el curso de los tres meses, en cinco veces ó períodos diferentes, cada vez durante unos diez días, seguidos de otros diez de reposo. Durante ese mismo trimestre de tratamiento mercurial se administrará ioduro de potasio á la dosis diaria creciente de uno á seis y hasta ocho gramos, ya sea por la vía gástrica ó bien por la vía rectal.

Después de este primer tratamiento, la conducta variará, según sean los efectos obtenidos. Si no se nota ninguna mejoría, me parece inútil repetir la medicación específica bajo una forma cualquiera. Si, por el contrario, se observa el más pequeño efecto que pueda hacer sospechar una acción favorable á la medicación, hay que continuarla ó bien reanudarla más tarde. Cuando el efecto es muy marcado, ó cuando, siendo el resultado obtenido mediocre, los tratamientos antisifilíticos anteriores han sido claramente insuficientes, se continuará sin interrupción, pero empleando el método alterno, es decir, se darán sucesiva y alternativamente el mercurio y el ioduro de potasio. Por el contrario, si los efectos son medianos y si las medicaciones específicas anteriores parecen suficientes, se suspenderá la medicación antisifilítica para reanudarla tres meses después. En la fórmula general del tratamiento de la tabes, se hace figurar entonces la medicación específica dos veces por año, en la primavera y en el otoño, cada vez durante un período de tres meses.

El tratamiento *antiartrítico* comprenderá los alcalinos, los ioduros, el arsénico, etc. Se le puede combinar, por ejemplo, del modo siguiente: los diez primeros días de cada mes, háganse tomar en cada una de las dos principales comidas 0 gramos 50 centigramos de ioduro alcalino en solución, así como una oblea que contenga 0 gramos 50 centigramos de salol y 0 gramos 50 centigramos de bicarbonato de sosa; en los diez días siguientes, dense 0 gramos 50

centígramos de salicilato de litina en solución para cada comida, en una copita regular (de las de Burdeos) de agua alcalina; finalmente, durante los diez últimos días de cada mes hay que dejar descansar al enfermo, ó bien hacerle ingerir en cada una de las dos principales comidas cinco gotas de licor de Fowler ó una oblea de 0 gramos 50 centígramos de azufre sublimado.

Los agentes terapéuticos destinados á las *lesiones* de la tabes, toman su indicación de la naturaleza esclerosa de esas lesiones ó de su localización medular.

Contra la *esclerosis*, se recurre, sobre todo, á las preparaciones iodadas, no á dosis antisifilítica, sino á dosis antiartrítica; á las sales de plata, si hubiere intolerancia por los ioduros; por último, al cornezuelo de centeno. Con todo, no debe olvidarse que este último medicamento puede perjudicar á los tabéticos, ora ejerciendo sobre la médula una acción harto deprimente, ora facilitando el desarrollo de gangrenas. Se evitarán, pues, las dosis demasiado elevadas, y sobre todo continuadas sin interrupción durante un tiempo harto prolongado. Si se hace alternar con el ioduro, se puede adoptar para el cornezuelo de centeno el *ritmo*, ora de tres días por semana, ora de cinco días cada dos semanas, y prescribir entonces solamente 0 gramos 05 centígramos mañana y tarde el primer día, aumentando cada día de 0 gramos 05 centígramos hasta llegar á 0 gramos 15 á 0 gramos 25 centígramos para todos los días. El elemento indicador del cornezuelo de centeno en la *esclerosis* tabética reside sobre todo en la *fluxión* medular. De suerte, que este agente vendría á constituir más bien el medicamento de los ataques agudos ó subagudos; sería mucho menos útil en los períodos francamente crónicos, y más bien nocivo durante las remisiones.

El régimen alimenticio desempeña en el tratamiento de la *esclerosis* medular un papel de primer orden. Debe suministrar á los pacientes la menor cantidad de pescados posible, y la leche debe figurar tanto más en él cuanto mayor número de órganos importantes—aparte de la médula—haya invadido la *esclerosis*, tales como el corazón, los vasos, el hígado, los riñones, etc. Si la *esclerosis* renal acusara un grado muy elevado, se impondría el régimen lácteo absoluto, al menos para un tiempo determinado.

Es á la *médula* más especialmente donde se dirigen los medios de revulsión local durante los ataques agudos ó subagudos que sobrevienen fuera de los períodos de remisión, tales como ciertas aplicaciones electroterápicas y diversos procedimientos de elongación del eje nervioso raquídiano, entre los cuales la suspensión debe ser considerada como un medio útil en las fases esenciales y crónicas, á la condición formal de que sea continuada durante mucho tiempo. Este medio parece dirigirse á la *esclerosis* realizada, á los restos de los ataques anteriores, al achaque ó á la cicatriz, más bien que á la enfermedad en su proceso activo y progresivo.

En el tratamiento *sintomático*, una de las indicaciones más importantes es suministrada por el elemento *dolor*. No es fácil resu-

mir, en algunas proposiciones sintéticas, el conjunto de los medios que pueden emplearse á este respecto. Se apelará primeramente á los diversos calmantes ordinarios, los cuales serán empleados sucesivamente ó bien asociándolos de diversas maneras. Se recordará, por ejemplo, que tal ó cual agente, ineficaz en un caso, podrá obrar en otro con mucha eficacia. No se echará mano de las inyecciones de morfina sino cuando no se pueda prescindir de ello, pero sin confiar nunca la jeringa ni la solución á manos del enfermo. Se combinará con el calmante menos ineficaz la revulsión bajo forma de puntas de fuego ó de aplicaciones eléctricas. Si se trata más especialmente de crisis gástricas, se regulará muy exactamente el régimen, basándose en cada caso particular, y se dará el oxalato de cerio á la dosis de 0 gramo 05 á 0 gramo 15 centigramos, tres ó cuatro veces por día, ó bien se prescribirá, como yo hago á menudo, una mezcla en partes iguales de cloroformo y de tintura de yodo, de la cual se hará tomar tres ó cuatro gotas dos ó tres veces por día.

A la *amiostenia* y á la *astenia* se ha opuesto la medicación seguardiana y la transfusión nerviosa, las cuales pueden ser reemplazadas hoy por las inyecciones de suero artificial. Pertenecen al mismo grupo los medicamentos tónicos, y también el masaje, la hidroterapia y la electricidad.

Contra la *ataxia*, la reeducación de los músculos, según el método de Frenkel, es un medio útil que debe ser empleado fuera de los ataques agudos ó subagudos, cuando la vista, las funciones intelectuales y la fuerza muscular se hallan suficientemente conservadas.

Para combatir los fenómenos *neurósicos* que ocupan en la sintomatología de la tabes un sitio mucho más importante de lo que generalmente se cree, el primero y principal medio es la sugestión.

Por último, los trastornos vesico-rectales, oculares, tróficos, circulatorios y las crisis bulbares, son á menudo el punto de partida de indicaciones terapéuticas especiales.

M. W. Erb (de Heidelberg), co-pONENTE. Resulta de una experiencia personal ya muy prolongada, que el tratamiento antisifilítico ejerce en ciertos casos una influencia favorable y hasta á veces muy favorable sobre la tabes, y que, de otra parte, no perjudica en modo alguno á los enfermos. Sin embargo, al instituir esta terapéutica, no se debe nunca contar con una mejoría inmediata y rápida. En efecto, la medicación específica no obra probablemente más que sobre la causa de la afección y, por ende, no hace otra cosa que impedir la evolución ulterior del proceso morboso. En consecuencia, no parece muy posible que se obtenga una mejoría marcada y directa en el curso de este tratamiento, á no ser que existan producciones sifilíticas terciarias, susceptibles de ser rápidamente reabsorbidas; más bien debe esperarse que sobrevenga esa mejoría después del tratamiento.

Aparte de la medicación antisifilítica, la terapéutica causal de

la tabes no me parece que haya progresado gran cosa en estos últimos tiempos; en cambio, un progreso positivo debe ser señalado en el tratamiento sintomático de esta afección, refiérome al tratamiento de la ataxia tabética por medio de la reeducación de los movimientos coordinados á tenor del método de Frenkel. Mis observaciones personales militan francamente en pró de este método, el cual tiene sólo el inconveniente de exigir del Médico mucho tiempo y mucha perseverancia.

M. L. Darkchévitch (de Kazan.) De mis investigaciones se desprende que las lesiones de los haces posteriores de la médula en la tabes no son primitivas, sino consecutivas á alteraciones inflamatorias del sistema inflamatorio periférico y de la piamáter espinal.

Las lesiones del sistema nervioso periférico pueden provocar en las fibras nerviosas sensitivas una degeneración ascendente secundaria que no se detiene en las células de los ganglios nerviosos intervertebrales, sino que se extiende á las fibras de las raíces posteriores. En la médula, estas alteraciones morbosas se hallan localizadas en la zona de las fibras radicales posteriores, lo cual corresponde exactamente á la localización de las lesiones medulares de la tabes en su período inicial.

Las modificaciones anatómicas de las células de los ganglios nerviosos intervertebrales, consecutivas á estas degeneraciones ascendentes de las fibras sensitivas, se presentan bajo la forma de una simple atrofia y corresponden en todo punto á las alteraciones de las células de las astas anteriores, debidas á la degeneración retrógrada de las fibras motoras.

La leptomeningitis que provoca las lesiones medulares de la tabes está localizada exclusivamente ó en una gran parte en la región bañada por la arteria espinal posterior. No engendra lesiones tabéticas sino mientras el proceso morbooso invade las raíces posteriores. Un carácter anatómico-patológico de esta leptomeningitis consiste en la existencia de alteraciones venosas, muy análogas á las afecciones vasculares de origen sífilítico.

M. A. Eulenburg (de Berlín.) Yo estimo que hasta ahora no hay derecho para considerar la sífilis como la causa esencial ó exclusiva de la tabes. Por tanto, el tratamiento específico dirigido como tal contra la afección tabética en sí misma, no me parece en modo alguno fundada mientras no existan otras indicaciones formales. Cuanto al método de Frenkel, por mi parte, lo considero también como un medio precioso contra la ataxia tabética.

M. R. Brower (de Chicago.) Yo atribuyo al tratamiento «climático» un papel capital en la terapéutica de la ataxia locomotriz. El tabético debe residir, en lo posible, en un país cálido, seco, y cuya temperatura no sufra oscilaciones bruscas. Si se trata de un caso de evolución lenta, un viaje por mar que permita respirar constantemente un aire puro sin hacer demasiado movimiento, ejerce á menudo una acción sumamente favorable.

El reposo constituye otro factor terapéutico importante. Cuando

la enfermedad evoluciona con rapidez, la inmovilización en el lecho durante seis á ocho semanas con sesiones diarias de masaje y de faradización de los músculos es de gran utilidad.

En los casos de tabes en que los trastornos se han desarrollado muy rápidamente y en que se observan antecedentes sífilíticos recientes, dá buenos resultados un tratamiento específico continuado con energía; pero en aquellos otros cuya evolución es lenta y en que la infección data de antiguo, he notado que esta medicación es más bien nociva.

M. A. Raichline (de París.) A falta de medios curativos directos, la principal indicación en la tabes debe ser, en mi concepto, la que tiene por objeto restaurar el estado general del enfermo. Los atáxicos llegados á una caquexia acentuada, deben ser asimilados á los tuberculosos y tratados como tales por una alimentación substanciosa, combinada con una cura de aire y de reposo. Se hará alternar el reposo con ejercicios metódicos, destinados á disciplinar los movimientos voluntarios. El primero que propuso esta reeducación de los movimientos en la ataxia tabética, fué Mortimer Granville (1881.) Más tarde (1890) Frenkel estableció, basándose en el mismo principio, un método terapéutico, que actualmente es reconocido como muy eficaz y muy saludable.

M. Frenkel (de Heiden) expone los principios de su método de tratamiento de la ataxia tabética por medio de la reeducación de los movimientos coordinados.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

*
*
*

Acerca del tratamiento de las sinusitis (á excepción del maxilar.)—*M. Moure* (de Burdeos), ponente: Los diferentes autores que se han ocupado en el tratamiento de la sinusitis no han indicado suficientemente á qué categoría de casos se dirigía tal ó cual tratamiento. Así, entiendo yo que es ante todo necesario establecer los tipos clínicos principales que pueden encontrarse en las inflamaciones supurativas de la cavidades anejas de la cara. Las dividiré en formas *mucosa ó mucopurulenta, fungosa y ósea*, comprendiendo esta última la existencia de trayectos fistulosos más ó menos persistentes y de las deformaciones externas que son características de estas lesiones.

En las *sinusitis etmoidales*, la forma mucosa, caracterizada por una simple hinchazón transitoria de la pituitaria, con flujo más ó menos abundante y más ó menos espeso, no exige habitualmente mas que un simple tratamiento médico (pulverizaciones, pomada en la nariz, en caso necesario algunas fumigaciones, ó bien hasta cauterizaciones con soluciones de nitrato de plata ó de cloruro de zinc.)

La forma fungosa reclama una intervención más enérgica, que debe consistir en la supresión de las fungosidades y, sobre todo, de los travesaños óseos que separan las células etmoidales. Esta ope-

ración se practica con la cucharilla cortante, la legra, el galvanocauterío, el aprieta-nudos en frío, ó mejor aún con una pinza cortante que permite seguir paso á paso la operación y extirpar todas las porciones de tejido enfermo, sin ir más allá del punto en el cual se desea operar. Si la hemorragia fuese harto abundante, sin vacilar se practicaría un taponamiento momentáneo con una tira de gasa yodofórmica; pero, mientras sea posible, debe evitarse el taponar sistemáticamente las fosas nasales de los operandos, ya que ésto irrita en demasía la mucosa pituitaria y activa la secreción en vez de contenerla.

La forma ósea con trayecto fistuloso exterior debe ser tratada por la vía externa, como lo ha aconsejado desde hace ya mucho tiempo Knapp (de Nueva York.) En general, la incisión será hecha sobre el ángulo interno del ojo; deberá practicarse el legrado minucioso de la herida, completándolo con el tratamiento endonasal, el cual permitirá extraer las partes óseas ó las fungosidades que no hubiesen podido ser vistas durante la operación por la vía externa.

Cuando la cosa es posible, suturo en estos casos la herida cutánea para dejar simplemente que el flujo se efectúe por la vía nasal, dado que ésta ofrece un drenaje muy suficiente para asegurar la evacuación de los productos de secreción después de operado el enfermo.

El rezumamiento mucoso ó mucopurulento que se observa en las *sinusitis frontales* apenas si exige un tratamiento activo. En tal caso, yo me contento con asegurar la permeabilidad del canal nasofrontal y, en caso necesario, con auxiliar la evacuación de las secreciones contenidas en el interior de esa cavidad por medio de inyecciones de aire simple (Hartmann) ó de aire mentolado (Guye.) También podrán ser puestos en práctica el tratamiento que he expuesto á propósito de las sinusitis etmoidales ó bien algunas pulverizaciones.

La forma fungosa reclama la supresión—con la pinza cortante ó con la legra—de todas las fungosidades que tapizan la entrada del infundíbulo y del canal nasofrontal. El lavado directo de la cavidad, cuando es posible, ofrece una solución aceptable; con todo, si no diese un resultado rápido y definitivo, no por eso debe intervenir, como han aconsejado varios autores, por la vía endonasal, que es peligrosa. En tal circunstancia, no vacilo en practicar la operación por la vía externa; el método Ogston-Luc me parece el procedimiento más sencillo, el más cómodo, el más rápido y el más definitivo para obtener el resultado que se persigue. Algunas veces me ocurre hasta suprimir el drenaje interior al cabo de cinco ó seis días y no hacer inyecciones en la cavidad frontal, una vez la operación terminada.

La forma ósea y fistulosa reclamará el mismo tratamiento que la precedente.

Las *sinusitis esfenoidales* leves simulan en general el catarro nasofaríngeo, y apenas si cabe intervenir en estos casos. La forma

fungosa, hoy muy conocida, es susceptible de la abertura del seno, seguida del raspado y del legrado de la cavidad esfenoidal. Ordinariamente, para obtener un acceso mejor en el interior del seno, yo extirpo todo ó parte del cornete medio, el cual oculta á la vista la entrada de dicha cavidad; algunas veces hasta esta simple supresión para curar la sinusitis.

En las *sinusitis combinadas* de forma fungosa, á menudo hay que emplear la vía externa y la vía endonasal que se completan entre sí, dado que habitualmente, cuando se vé al enfermo, éste es ya posesor de un trayecto fistuloso externo que conduce, hacia el interior de las fosas nasales, hasta las lesiones difusas que las afectan. Aun en estos casos, yo no tendría reparo en recomendar (por supuesto, si la cosa es posible) que se suture completamente la herida cutánea, de suerte que se obtenga una reunión por primera intención, debiendo hacerse fácilmente por el interior de la nariz la evacuación de las secreciones post-operatorias.

Por último, recordaré que, en lo posible, debe evitarse el taponamiento de las fosas nasales, no empleándose este último sino cuando la hemorragia es harto considerable, pero no con un fin terapéutico. Es obvio decir que estas diversas intervenciones quirúrgicas serán practicadas según todas las reglas de la asepsia y de la antisepsia.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

*
*
*

Quistes mucodermoideos del ovario.—*MM. Boursier y Monod* (Burdeos): Hemos tenido ocasión de observar dos casos de quistes mucodermoideos del ovario.

Con frecuencia se ha confundido el estudio de estos quistes con el de las degeneraciones malignas de los quistes dermoideos, siendo así que deben ser estudiados separadamente. Hay que saber, con todo, que los quistes mucodermoideos pueden sufrir degeneraciones malignas. Estos tumores son muy raros y no han sido nunca diagnosticados clínicamente.

En nuestro primer caso, tratábase de una mujer de 21 años que sufría de un tumor subumbilical, más desarrollado á la derecha, regular y fluctuante, que fué diagnosticado quiste multilocular del ovario derecho. Abierto el vientre, la punción del quiste dió salida á un litro de líquido filamentososo, después de lo cual el tumor fué fácilmente enucleado, salvo un lóbulo inferior, incluido en el ligamento ancho, que estaba descorticado. La curación se efectuó sin incidente.

El tumor aparecía formado por un quiste multilocular, compuesto de tres grandes bolsas que se comunicaban entre sí y estaban llenas de líquido filamentososo. En la parte inferior existía una cuarta bolsa más pequeña, de contenido pilosebáceo, completamente independiente de las otras.

El examen histológico demostró que las cavidades de líquido fi-

lamentoso tenían una pared fibrosa, revestida de una delgada capa de células cilíndricas caliciformes; la pequeña cavidad de contenido pilosebáceo ofrecía todos los caracteres de los quistes dermoideos con un epitelio pavimentoso estratificado.

Nuestra segunda observación se refiere igualmente á una mujer de 21 años que fué acometida en 7 de Enero último de una retención de orina; el Médico llamado descubrió un tumor abdominal. Este tumor era redondeado, abollado, resistente y elástico. Se formuló el diagnóstico de tumor ovárico y la enferma fué operada en 22 de Enero. Puesto al descubierto el quiste, la punción evacuó 500 gramos de líquido puriforme sucio. El tumor fué fácilmente enucleado; el pedículo, ligado y entrado de nuevo. La operada salió curada del hospital en 14 de Febrero.

El tumor, del volumen de una cabeza de feto de todo tiempo, presentaba una gran cavidad, en torno de la cual había agrupadas gran número de bolsas secundarias, casi todas independientes. La pared de la gran cavidad era gruesa, y á trechos indurada, cartilaginosa y hasta huesosa. La gran bolsa y la mayor parte de las pequeñas contenían materia pilosebácea, algunas un líquido mucoso espeso.

Al examen histológico, todas las cavidades de contenido pilosebáceo aparecieron claramente dermoideas, con un epitelio pavimentoso estratificado; varias cavidades mucoides estaban tapizadas por un epitelio cúbico estratificado, dermoideo á su vez también. Sólo algunas pequeñas cavidades se mostraban revestidas de una capa única de células caliciformes; las más pequeñas de ellas se hallaban en el seno de un estroma en degeneración mucosa; el resto de las paredes quísticas era claramente fibroso.

El desarrollo de estos tumores es diversamente interpretado. Los unos, con el profesor Lannelongue, ven en ellos el resultado del empotramiento de los diferentes tejidos del embrión. Los otros, con Waldeyer, Répin, etc., admiten una especie de partenogénesis y los hacen derivar de ciertas células germinativas. Acaso podría incriminarse el epitelio del *ovisac* ó el óvulo.

Finalmente, cuando pequeños quistes mucoides aparecen en un estroma de degeneración mucosa ¿no podría verse en ellos simples cavidades mucoides, análogas á los quistes mucoides de la nariz ó de la laringe?

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

*
* * *

Bacteriología de las inflamaciones de la córnea y de la conjuntiva.—*M. Uhlhoff* (de Breslau), ponente: Han sido ya publicados gran número de trabajos acerca de la importancia que reviste el examen bacteriológico de las secreciones y supuraciones conjuntivales; pero es imposible aún establecer una clasificación completa, lo mismo de las conjuntivitis que de las queratitis sobre una base absolutamente bacteriológica.

El mismo *gonococo* puede no existir en conjuntivitis marcadamente purulentas y blenorragicas.

El *neumococo* se encuentra bastante á menudo, algunas veces con equimosis conjuntivales y falsas membranas, sin provocar, empero, una afección característica.

El *bacilo de Weeks* parece responder á una categoría de conjuntivitis infecciosas agudas perfectamente caracterizadas. Lo mismo parece que ocurre con el *diplobacilo*, que se descubre en esa forma de conjuntivitis de marcha lenta y benigna, designada con el nombre de *conjuntivitis angular*.

El *bacilo de la difteria* provoca una conjuntivitis pseudo-membranosa, ora de forma benigna, ora de forma grave, sin que todavía pueda conocerse bien su verdadera causa.

El *estreptococo* se encuentra sobre todo en las supuraciones lagrimales.

Cuando se le encuentra en una conjuntivitis membranosa, ya sea aislado ó bien asociado al bacilo de Löffler, se tiene casi la seguridad de que se trata de una forma muy grave.

El *estafilococo* es el microbio común de casi todas las conjuntivitis, solo ó bien asociado á las bacterias antes mencionadas.

Por lo que hace á las queratitis, es absolutamente imposible adoptar en el momento actual una clasificación bacteriológica precisa.

En la gran mayoría de los casos de úlcera serpiginosa he encontrado el *neumococo*, microbio que parece ser la causa más frecuente de dicha forma de queratitis.

Diversos otros agentes infecciosos pueden venir á complicar la situación y dar á la afección una forma particular. Las toxinas segregadas por los agentes infecciosos parece que tienen asimismo gran importancia, por razón de su acción sobre la nutrición de la córnea (Coppez.)

Otra forma de queratitis infecciosa es la *queratitis aspergilar*.

M. Dufour (de Lausana): Debo hacer observar que en Suiza se halla también el diplobacilo en las conjuntivitis angulares.

M. Pflüger (de Berna): Por mi parte, yo no he encontrado nunca los microorganismos en estado de pureza, sino casi siempre varias especies á la vez en la misma afección.

M. Peters (de Bona): Con mucha frecuencia yo he notado la presencia del diplobacilo en los tracomatosos; no creo, pues, que sea un bacilo específico.

M. Chibret: El diplobacilo puede ser descubierto en gran número de conjuntivitis que, sin embargo, no son de naturaleza infecciosa.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

* * *

Tatuaje de la córnea.—*M. Bellarmino* (de San Petersburgo): El tatuaje corneano no es aplicado con tanta frecuencia como cier-

tamente merece 20 por 100 de las poblaciones rurales podría beneficiar de esa operación para disimular sus leucomas, estafilomas, etcétera.

Por mi parte, yo lo empleo en ciertos casos de cataratas inoperables.

El leucoma adherente no es una contraindicación; trátase tan sólo de operar en él muy asépticamente. Yo he relegado las agujas múltiples para ceñirme exclusivamente á una sola aguja hueca, haciendo un gran número de picaduras oblicuas.

M. Hirschberg: Yo he obtenido una gran mejoría de la agudeza visual por medio del tatuaje en los casos de leucoma difuso que oculte la mitad de la pupila. En los casos de cataratas cretáceas inoperables, el tatuaje me ha dado resultados estéticos perfectos.

M. Nieden (de Bochum) Por mi parte, no he visto que se produjera ninguna mejora de la agudeza visual en los casos de que acaba de hablarnos el Sr. Hirschberg, como tampoco he obtenido resultados duraderos en las cataratas cretáceas. La tinta de China no parece que coja sobre la córnea sana.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

SECCION PROFESIONAL

VACUNACIÓN.

«Excmo. Sr.: Observándose en las estadísticas de los hospitales militares repetidos casos de defunción por viruela, á pesar de ser ésta una enfermedad evitable, y de lo ordenado reiteradamente sobre vacunación y revacunación, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que los Capitanes Generales de las regiones y los de las Islas Baleares y Canarias y Comandantes generales de Ceuta y Melilla, prevengan á los respectivos Inspectores y Jefes de Sanidad militar que atiendan con especial cuidado el estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes acerca del servicio de profilaxis de la viruela, é interesen con la anticipación necesaria, por conducto ordinario, á este Ministerio, la pulpa vacuna que sea preciso remita el Instituto de Higiene militar, encargado por Real Orden de 11 del actual de suministrar aquélla á todo el ejército, y que las mencionadas superiores autoridades, en cada caso de defunción por viruela, ordenen se forme un expediente sumario en averiguación de si fué ó no debidamente vacunado ó revacunado el causante y el resultado obtenido, elevándolo, una vez terminado, á este Ministerio, con el fin de exigir las responsabilidades que procedan.

Al propio tiempo es la voluntad de S. M. que dichas superiores auto-

ridades encarezcan á los expresados Inspectores y Jefes de Sanidad el deber en que se hallan, tan luego como aparezcan enfermedades infecciosas en sus distritos respectivos, de proceder sin pérdida de momento á la investigación del foco sospechoso y á procurar su inmediata extinción por cuantos medios aconseja la ciencia, interesando el concurso del Instituto de Higiene militar para practicar las investigaciones microscópicas necesarias, á fin de determinar la causa originaria de la infección de que se trate.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 31 de Marzo de 1898. —Cordera. —Sr.....»



VARIEDADES

El día 24 del mes anterior salieron para el extranjero, en comisión del servicio, nuestro querido Director D. Manuel Gómez Flório y el Médico Mayor D. Servando Tálon. Inútil es decir que les deseamos un feliz viaje.

*
**

El almuerzo con el que los individuos militares de la 8.^a Sección del reciente Congreso de Higiene y Demografía, obsequiaron á sus colegas extranjeros, se celebró el día 17 en el restaurant Inglés. Se pronunciaron expresivos brindis por muchos de los comensales, que fueron elocuentemente resumidos por nuestro respetable y querido Inspector D. Bernardino Gallego, que presidía la fiesta. De ella salieron tan satisfechos y complacidos los invitados, como entusiasmados los días que hicieron la visita al hospital de Carabanchel y al Laboratorio central de medicamentos.

Para ambas dependencias tuvieron frases de elogio, marcadamente espontáneas y sinceras que, honrando en conjunto al Cuerpo de Sanidad militar, se particularizan en el hospital para el Ingeniero que ha dirigido su construcción, Teniente Coronel Cano, y para el Director D. Juan Berenguer y Jefes á sus órdenes, y en el Laboratorio para su Jefe el Sr. Vives y para todos sus subordinados, especialmente para nuestro querido amigo el ilustrado Farmacéutico primero Sr. Ubeda y Correal.

*
**

Terminándose en este número el «Reglamento para la ejecución de la Ley de reclutamiento y reemplazo del ejército de 11 de Julio de 1885» y no ocupando más que la mitad del pliego ordinario de «Memoria», aumentamos en cuatro páginas más el texto del presente número.