

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIV MADRID 1.º DE FEBRERO DE 1900 NÚM. 303

## PESTE BUBÓNICA

(Continuación.)

*Diagnóstico.*—Nada más fácil que el diagnóstico de la forma ordinaria de peste bubónica en el transcurso de una epidemia; pero en las formas que faltan las manifestaciones ganglionares con sintomatología poco expresiva y simulando otras enfermedades, resulta difícil, sobre todo al iniciarse la epidemia, cuando más interesa el problema, ya que entonces son más eficaces las medidas que la ciencia aconseja para evitar su propagación. En tales circunstancias no basta la observación clínica, y únicamente el microscopio y la experimentación en el laboratorio pueden resolver, no sin dificultades, cuestión tan grave.

En la forma clásica, aunque carezca de signos patognomónicos, es tan expresivo el conjunto de su sintomatología, el comienzo brusco, la fiebre, el aspecto del enfermo, las manifestaciones ganglionares, etc., etc., que resulta sumamente fácil y huelga todo diagnóstico diferencial.

En las formas ligera, benigna, abortiva, las dificultades para el diagnóstico aumentan por haberse presentado en ciertas localidades numerosos casos de fiebre bubónica benigna ó de infartos ganglionares simples, sin ir precedidos ni seguidos de la aparición de la peste clásica. Las dificultades pueden llegar al extremo que ni aun el microscopio resuelve las dudas, y buena prueba de ello fué lo acontecido en Calcutta á fines de 1896; «dos Médicos eminentes y de reconocida competencia, Simpson y Cobb, indicaron á

fines del 96 la existencia en Calcutta de cierto número de casos que ellos consideraron como pestes atenuadas. »

El primero de los enfermos fué observado por M. Tomes, en Howrah, villa separada de Calcutta por el Hoogly; era procedente de Bombay, de cuya localidad salió el 23 de Septiembre del 96 con infarto y dolor en uno de los ganglios de la ingle izquierda; el día 24 notó malestar general y pérdida del apetito; el día 28 de Septiembre, fiebre de tipo remitente; M. Tomes le vió por primera vez el 8 de Octubre, notando en él apatía, aspecto de fatigado, lengua roja en los bordes y punta, uno de los ganglios de la ingle derecha del tamaño de un huevo de gallina, y en la ingle izquierda dos ganglios, también tumefactos, pero de menor volumen.

Dos casos análogos pudieron observarse simultáneamente entre la población civil; y además, en un regimiento de la guarnición, el Shropshire, que se había encontrado en Hong-Kong durante la epidemia del 94, se observaron casos numerosos de infartos ganglionares no venéreos.

Examinando la sangre recogida del pulpejo del dedo índice de seis enfermos, Simpson y Cobb encontraron un diplobacilo, que juzgaron ser idéntico al bacilo de la peste, admitiendo como consecuencia que se trataba de casos de peste atenuada ó ambulatoria.

La comisión oficial nombrada para estudiar y dictaminar sobre los hechos observados por Simpson y Cobb, constituída por personas tan serias y competentes como los antes indicados, afirmaron de manera categórica que no tenían relación alguna con la peste, y que se trataba de infartos ganglionares no venéreos.

La inmunidad que gozó Calcutta contra la peste hasta el año 98, parece que apoya la opinión de la comisión, y por otra parte tampoco cabe negar lo racionales y bien fundadas que estaban las afirmaciones de Simpson y Cobb, todo lo cual demuestra las dificultades diagnósticas en estos casos y la conveniencia de repetir, para descargo de los Médicos encargados de diagnosticar los primeros casos, que «el examen bacteriológico no es siempre tan fácil como se imagina, hasta el punto de ser empresa poco menos que

imposible determinar con seguridad absoluta si se trata de formas de peste atenuada ó de adenopatías sin importancia» Netter.

Las formas septicémicas, sobre todo las fulminantes, son de difícil diagnóstico, siendo fácil la confusión con el paludismo, la fiebre remitente y la tifoidea.

En la fiebre intermitente, el estadio de frío es más largo; en el de calor, el pulso es menos frecuente, la postración menos acentuada, y la fuerza muscular é inteligencia íntegras.

La fiebre recurrente se inicia, como la peste, bruscamente, con escalofrío, fiebre y frecuencia de pulso, pero la postración es menor; la cara, si bien está congestionada, no expresa el estupor de la peste; á menudo la ictericia es acentuada, y el examen de la sangre demuestra la existencia de espirilos.

La tifoidea, ni por su manera lenta é insidiosa de comenzar, ni por su virulencia, ni por la falta de manifestaciones ganglionares, si se exceptúan los mesentéricos, puede, en manera alguna, confundirse con la peste bubónica.

La forma pneumónica de la peste se confunde por la gran analogía que tiene con la pneumonía fibrinosa y la bronco-pneumonía, hasta el punto de ser el examen bacteriológico de los esputos el único medio seguro de cimentar el diagnóstico, pues como ya en otra ocasión hemos indicado, los esputos, en la forma pneumónica, contienen siempre gran cantidad de coco-bacilos pestosos, ya en cultivo puro, ya asociados á otros microbios patógenos ó indiferentes.

*Diagnóstico bacteriológico.*—El bacilo de la peste existe siempre en los ganglios linfáticos, aun en los casos de no existir manifestaciones ganglionares aparentes. En la forma clásica de peste bubónica, la investigación suele ser suficiente con el examen de la serosidad que infiltra los alrededores del bubón pestoso, bastando una punción con la jeringuilla de Pravaz para extraer el líquido necesario y proceder al examen microscópico y obtener cultivos. Después de la muerte, en ésta, como en todas las formas clínicas de peste bubónica, el procedimiento más práctico y positivo es la

extirpación de un ganglio linfático cualquiera, con el cual se procede al examen microscópico y siembras de cultivos.

Para el examen microscópico, la técnica más sencilla consiste en cortar el ganglio con unas tijeras, pasadas previamente por la lámpara, y frotar la superficie de sección sobre un porta-objetos; se deseca y fija con alcohol-éter el jugo depositado, y se colorea con el violeta de genciana; la preparación, lavada y seca, puede examinarse al microscopio con un objetivo de inmersión, reconociéndose el bacilo por su forma ovoidea, de polos coloreados. Generalmente, este examen microscópico es suficiente en los casos que abundan en el ganglio los bacilos de la peste, pero pueden encontrarse en poco número, siendo conveniente sembrar pulpa del ganglio en algunos tubos de gelatina, y reconocer á las veinticuatro ó treinta y seis horas las pequeñas colonias traslúcidas constituidas por el bacilo característico, con lo cual la demostración es concluyente.

Si se quiere afianzar todavía más el diagnóstico, se inocularán ratones con la pulpa del ganglio ó con el cultivo obtenido en la gelatina; si el microbio inoculado es el pestoso, el ratón morirá del segundo al cuarto día, y se podrá reconocer la existencia, en su sangre y bazo, del microbio específico del tifo oriental.

Este procedimiento diagnóstico es especialmente recomendable en los casos que faltan las adenopatías pestosas; pues cuando éstas existen, es más sencillo examinar el bubón ó la zona infiltrada periganglionar, si bien hay que tener en cuenta, como dice muy bien Netter, que los resultados son tanto más satisfactorios cuanto más pronto es la investigación, pues á medida que el bubón evoluciona los bacilos son menos virulentos y numerosos, acabando por desaparecer, de tal modo, que al supurar no se encuentra, en la mayoría de los casos, el bacilo, que es reemplazado por los agentes habituales de la supuración.

El microbio de Yersin puede encontrarse en la sangre, y su demostración es un medio positivo de diagnóstico; el examen directo no dá siempre resultados positivos: Kitasato y Lowson han

encontrado el bacilo en 80 por 100 de los casos, en la sangre extraída del pulpejo del dedo, pero haciendo, por lo menos, de cuatro á seis preparaciones de cada enfermo. Wilm lo encontró en la proporción de 83 por 100 de los casos, y la mayoría de los autores afirman que sólo se encuentra en el tercio de ellos. El cultivo de la sangre y su inoculación á los animales dan resultados más positivos y constantes.

Como conclusión de todo ello podemos afirmar que en los casos graves los bacilos se encuentran en abundancia en la sangre, sobre todo en las formas septicémicas, encontrándose en reducido número y siendo su presencia efímera en las formas atenuadas, y la clásica cuando termina por la curación.

Wilm ha investigado bajo el punto de vista diagnóstico las diversas secreciones de los atacados de peste, consignando como resultado de sus observaciones el haber encontrado los bacilos específicos en la orina 40 veces de 45 casos; en las deyecciones, 30 veces de 45; 18 de 20 en los productos de vómitos y expectoración, y 14 veces de 18 en la saliva; en el sudor no lo encontró jamás. Por el contrario; las comisiones alemana é italiana enviadas á Bombay, después de numerosos trabajos afirmaron que la presencia del bacilo específico en las deyecciones y en los productos de secreción es muy rara, si no excepcional, exceptuando los esputos en la forma pneumónica, donde siempre se encuentran en abundancia. Wyssokowicz y Zabolotny, comisionados rusos encargados de estudiar la epidemia de 1897 de Bombay, observaron que el suero de los atacados de peste tenía la propiedad de aglutinar los bacilos de Yersin. Haciendo la observación según el método que Widal indicó para la fiebre tifoidea, se aprecia que en la primera semana el suero no aglutina los bacilos; en la segunda semana sólo se aprecia claramente la aglutinación cuando se mezcla el suero al caldo de cultivo en la proporción del 1 por 10; en la tercera y cuarta semana alcanza su máximum, apreciándose mezclando sólo una parte de suero por 50 de caldo. La comisión alemana examinó bajo este punto de vista 15 convalecientes, de

los cuales 11 poseían un suero de acción aglutinante evidente, haciendo constar que la reacción de aglutinación no está en relación con la intensidad que tuvo la enfermedad. Los resultados de las investigaciones de Leumann fueron más positivos, comprobando la aglutinación 39 veces de 40 casos, á pesar de lo cual, y después de analizar todos los trabajos acerca del particular, debemos consignar que la aglutinación no tiene un valor absoluto como medio de diagnóstico, ya que puede faltar en algunos casos; pero cuando se comprueba, basta por sí sola para afirmar de una manera categórica el diagnóstico de esta dolencia.

\*  
\* \*

*Pronóstico.*—Aun reconociendo ser la peste bubónica una de las enfermedades epidémicas más graves, los progresos de la civilización, de la higiene y de la terapéutica, hacen de las naciones civilizadas y convenientemente instruídas, un terreno estéril, donde no es posible cause los terribles estragos que produjo en la Edad Media, y que todavía causa en los países orientales.

La sueroterapia y las vacunas antipestosas han modificado favorablemente el juicio pronóstico de esta dolencia; la forma bubónica clásica bien tratada, inyectando el suero con oportunidad, cura casi siempre, y las pestes atenuadas, siempre; las formas septicémicas y la pneumónica son temibles, terminando fatalmente, á pesar del suero. La pneumonía pestosa primitiva es la más grave de todas las formas clínicas, siendo raros los casos de curación, aun aplicando debidamente el suero antipestoso. Las formas septicémicas son también muy graves.

La generalidad de los autores señalan como signos pronósticos favorables: la normalidad de las orinas, la constipación, los sudores abundantes, la aparición de los bubones del tercero al quinto día y su tendencia á la supuración.

Como signos pronósticos desfavorables señalan: los vómitos incoercibles, la diarrea profusa, la falta de bubones ó la existencia

de ellos en el cuello ó fosa iliaca, la producción de placas gangrenosas (carbuncos) en la cabeza ó cuello, la cianosis acentuada y las hemorragias frecuentes.

Para Yersin, la presencia de los bacilos en la sangre es de pronóstico fatal; sin negar la gravedad de estos casos, creemos el juicio exagerado, puesto que en la epidemia de Bombay (97) los comisionados alemanes señalan una mortalidad de 86 por 100 entre los enfermos, que el análisis reveló la existencia de bacilos en la sangre; y Galeotti y Polverini curaron tres de seis enfermos, en iguales condiciones.

Realmente es muy aventurado formular un juicio pronóstico sobre la duración y gravedad de una epidemia; las condiciones higiénicas de la región y la localidad, la cultura general de la misma, la pericia y buena voluntad de los Gobiernos, y otras mil circunstancias, son factores difíciles de apreciar, y que contribuyen, en gran escala, al desarrollo y persistencia de la peste bubónica.

No menos difícil resulta determinar la cifra de mortalidad de las epidemias pasadas, por los innumerables casos de ocultación; en tesis general, podemos sentar que, antes del empleo del suero, la mortalidad general de las epidemias era de 70 á 90 por 100, y desde el descubrimiento del suero, de 40 por 100. Al iniciarse las epidemias, la mortalidad suele ser menor que después, en el transcurso de la misma.

DR. J. SEGARRA.

*(Continuará.)*



«De la formación de hojas antropométricas individuales en el ejército.»

---

CARTA ABIERTA.

AL SR. D. P. BREZOSA Y TABLARES.—MÉDICO PRIMERO.

Distinguido compañero: Leí su artículo con la satisfacción que siente el que oye predicar ideas que practica. Y cuando en el curso de la lectura ví repetidas referencias á la tuberculosis en el ejército, llegué á sospechar si los estragos de esta enfermedad insidiosa sería uno de los motivos que le habían impulsado á escribir sobre la necesidad de las hojas antropométricas.

De Abril á Junio ó Julio del año anterior propusimos por inútil un tuberculoso, y para comprobación cuatro en el primer período; murieron cuatro de los cinco, impresionándonos profundamente la rapidez de la evolución. Hay que tener en cuenta el hacinamiento de soldados que había en aquella época. Desde entonces formamos propósito de hacer la historia biológica de cada uno de los quintos que se incorporasen en lo sucesivo. Con arreglo á este proyecto hicimos hojas *provisionales* que, por economía, se han impreso en el regimiento en papel comercial nuestro. (*Datos útiles cuando se hacen las cosas por cuenta propia.*) Nos aconsejamos del Sr. Oloriz, y tan bondadoso fué que nos facilitó varios instrumentos, evitando su adquisición, y acompañándonos el primer día (por espontáneo y delicado ofrecimiento) para adquirir hábito en la clasificación de los colores de ojos y pelo.

Claro está que no se han de repetir cada seis meses todas las mediciones y datos antropométricos, como tampoco nos será fácil

medir en todos los quintos la capacidad respiratoria; pero sí repetiremos semestralmente los datos que indiquen el desarrollo.

Se averiguó primeramente la fuerza á medida que se vacunaba; después, en distintos días, y aprovechando los Domingos y las horas que no había instruccióu, se tomó la altura esternal y perímetro y diámetros anteroposterior y transverso torácicos, á nivel del plano transverso-mamilar. Un Domingo se pesó á todos y ahora se está terminando con las mediciones cefálicas. Talla puede aceptarse como buena la que consta en las medias filiaciones.

Los datos torácicos se tomaban colocándose firme el sujeto, pero con los brazos levantados, juntando las manos por delante y encima de la frente. Esta posición, la misma para todos, no es la natural; acaso ocasione ligera dilatación torácica y marca bastante los bordes del gran dorsal, lo que puede influir en el diámetro transverso; pero se adoptó porque es la más desembarazada para tomar las medidas torácicas, máxime si se obliga al sujeto, como hicimos nosotros, á que se arremangue la camisa y el chaleco de Bayona con el fin de aplicar los aparatos inmediatamente sobre la piel.

Cuando se mide el tórax, es conveniente hacer hablar al soldado, pues si cuenta, mantiene el pecho en espiración progresiva y después inspira bruscamente; pero si habla con naturalidad, diciendo su nombre, edad, oficio, etc., entonces se vé oscilar muy pocos milímetros el perímetro que señala la cinta métrica y se anota el término medio. No hay que decir si no hablan, porque influye en ellos la jerarquía militar y el acto operatorio, y están cohibidos.

Nos limitamos á tomar las medidas consignadas aquí, porque bien pronto pudimos apreciar que los diámetros y perímetro xifoideos requerían cierta detención al aplicar la cinta para que en ningún punto coincidiese con el perímetro mamilar, y que, por otra parte, no habían de aportar gran valor para el fin de nuestras observaciones. Por iguales razones suprimimos la inquisición de las medidas en inspiración y espiración.

En la investigación del peso se ha cuidado de que vistan las mismas prendas, en clase y número, los soldados de cada compa-

ña, para averiguar después el peso medio que dan tres trajes de distinta talla y descontarlo del peso individual.

A ser posible obtendremos, por indicación del Sr. Oloriz, el contorno torácico de algunos individuos, formando tres grupos; uno con los diez de menor desarrollo torácico, otro con los diez de mayor desarrollo y acaso otro grupo intermedio, siendo de estos mismos grupos de los que será conveniente averiguar la capacidad vital respiratoria si disponemos de espirómetro.

Complemento de estos datos anatomo-fisiológicos será los gramos de albuminoides, grasas é hidratos de carbono (tomados de la papeleta de rancho verdad) que por término medio consuma diariamente cada individuo, los servicios prestados, faltas comitadas, castigos sufridos y progreso intelectual, esto último por si se deciden á cumplir lo mandado respecto á enseñanza, que sería más útil que tanto servicio de guarnición.

Aquí tiene V., estimado compañero, llanamente expuesto nuestro plan, habiéndonos inducido á darlo á conocer la esperanza de que, por lo menos V., se decidirá á llevar á la práctica sus ideas, animado por nuestro modesto ejemplo, así como su artículo nos ha dado bríos para continuar la empresa, á despecho de obstáculos y dificultades.

Yo confío en que á la vuelta de algunos años se hará obligatoria oficialmente la filiación antropológica de los quintos, al menos en la parte científica, que ya produce utilidad práctica; pero como en nuestro país (según dan en decir, porque yo del extranjero sé poco) es tan perezoso el trabajo evolutivo, mientras se decreta aquélla y nos vamos habituando á cumplirlo, aún ha de transcurrir tiempo, durante el cual los aficionados á estos estudios podemos ir acumulando datos, que pueden servir de base para el día de mañana.

Ya sabemos que estudios tan áridos (por más que todo tiene su deleite, el quid está en tener paladar) convidan poco, porque poco deben producir y gastan tiempo y paciencia; pero confesamos ingénuamente que, puesto que somos Médicos militares, puede

y debe considerarse como nuestra misión preferente el estudio biológico completo del soldado.

Suyo afectísimo compañero, y amigo desde ahora,

L. TORREMOCHA TÉLLEZ.

Médico segundo.

Madrid, Enero de 1900.

---

## Prensa y Sociedades médicas

**De la fiebre perniciosa disentérica.**—*Mr. Laveran*, con ocasión de un trabajo de los Dres. Kanellis y Cardamitis (de Atenas), lee un informe, cuyo resumen es como sigue:

En los países cálidos, la disentería y el paludismo son á menudo endémicos en las mismas localidades, y, como estas dos entidades morbosas atacan á los mismos enfermos, compréndese que á veces sea difícil precisar cuál es la parte que corresponde á cada una de ellas.

Los Dres. Kanellis y Cardamitis hacen constar, con la mayor parte de los autores, que la disentería y la fiebre palúdica se complican á menudo, por cuanto el estado de debilitación y de anemia que provoca cada una de estas enfermedades en los sujetos á quienes ataca gravemente, constituye para la otra una verdadera predisposición. Añaden que cuando la disentería y la fiebre palúdica coexisten en un enfermo, ambas entidades morbosas evolucionan de una manera distinta, sin que los efectos de la una resulten modificados por los de la otra.

El Dr. Laveran declara que no puede compartir semejante opinión; por su parte, ha observado varios hechos que muestran cómo la fiebre palúdica y la disentería, cuando coexisten en un sujeto, se agravan recíprocamente; los casos de disentería, agravada de súbito por accesos de fiebre palúdica, explican precisamente muchos hechos que han sido referidos con el nombre de accesos perniciosos disentéricos.

Esta denominación es criticable—puesto que el agente patógeno del paludismo no está sólo en juego, y que una parte importante corresponde á la disentería en el génesis de los accidentes—, pero puede defenderse; en otros casos, por el contrario, la denominación de acceso pernicioso disentérico ha sido empleada erróneamente para designar accidentes graves, que no dimanaban sino de la disentería y que ningún punto de contacto tenían con el paludismo.

Para reconocer la verdadera índole de esos accidentes, bastará practicar el examen histológico de la sangre; la ausencia de hematozoarios permitirá, en efecto, descartar con certeza el diagnóstico

de paludismo. De otra parte, el enfermo carece generalmente de antecedentes palúdicos; el examen del bazo, muestra que esta víscera tiene dimensiones normales ó inferiores á la normal; por último, los accidentes no ceden con rapidez á la quinina, al revés de lo que ocurre con los casos que dimanan del paludismo.

En resumen: el trabajo de los Dres. Kanellis y Cardamitis prueba una vez más que la fiebre disintérica, llamada perniciosa, debe ser borrada del cuadro de las fiebres perniciosas; no existe fiebre disintérica que se desarrolle directamente bajo la influencia del hematozoario del paludismo, y sí únicamente disenterías complicadas con fiebre palúdica.

(Acad. de Med. de Paris.)

\*  
\*  
\*

**El choque diastólico de la tráquea en los aneurismas del cayado de la aorta.**—En los sujetos portadores de un aneurisma del cayado aórtico, nótase á menudo la existencia del signo llamado de Oliver, el cual consiste en un sacudimiento provocado en la tráquea, en el momento del *sístole*, por el tumor aneurismal que radica encima del bronquio primitivo, sobre el cual ejerce naturalmente una presión á cada contracción cardíaca.

Este fenómeno, sin embargo, puede inducir á error, dado que se observa á veces en los casos de tumores sólidos del mediastino en relación con la aorta y con los bronquios primitivos. Pues bien; según el Dr. J. N. Hall, profesor de medicina interna en «Gross Medical College» de Denver, existe un signo análogo que se encuentra exclusivamente en los aneurismas de la aorta: es el choque traqueal *diastólico*.

Por regla general, cuando el aneurisma aórtico hace prominencia á nivel del esternón y se halla situado á proximidad del corazón, percíbense en ese punto dobles latidos sistólicos y diastólicos. Asimismo, en los aneurismas latentes del cayado de la aorta hay transmisión á la tráquea, no sólo del choque sistólico, sino también del choque resultante de la oclusión diastólica de las válvulas sigmoideas. Para poner este último fenómeno en evidencia, se procede de la misma manera que para la investigación del signo de Oliver. Estando el enfermo con la cabeza hacia atrás, se coge el cricoides entre el pulgar y el índice, y se levanta la laringe: percíbese entonces el sacudimiento sistólico señalado por Oliver, luego un segundo choque, tan distintamente como el primero, y el cual sobreviene exactamente en el momento del diástole.

Tal es el nuevo signo de la tráquea que el Dr. Hall ha notado en varios casos de aneurisma del cayado de la aorta, comprobados en la auptosia.

Sólo en un enfermo nuestro colega no pudo observar el choque diastólico de la tráquea, aun cuando se hallaba en presencia de un aneurisma del cayado de la aorta. Tratábase de un hombre que había tenido la sífilis y se hallaba atacado de nefritis intersticial

con anasarca, el cual presentaba en la parte superior de la mitad izquierda del tórax, una zona de macidez sin pulsaciones ni ruidos de soplo. La pupila izquierda estaba dilatada, y se notaba ronquera con disnea. A pesar de estos síntomas, el Dr. Hall no formuló el diagnóstico de tumor aneurismal, á causa de la ausencia del choque diastólico de la tráquea. La autopsia mostró que existía, en efecto, un aneurisma de la aorta, que radicaba á una distancia de 5 centímetros del corazón; pero que el saco aneurismático se hallaba casi enteramente lleno de unas capas densas de fibrina. Tratábase, por consiguiente, en ese caso, más bien de un tumor sólido que de una dilatación vascular.

(*La Sem. Méd.*)

\* \* \*

**Un tratamiento abortivo de la amigdalitis aguda.**—Sabido es que en los casos de amigdalitis aguda es posible á veces evitar la producción del absceso peritonsilar, instituyendo desde el comienzo un tratamiento antiséptico general, y, á este efecto, han sido preconizados sucesivamente la quinina, el salicilato de sosa y el salol á dosis elevadas.

Pues bien; según la experiencia del Dr. E. Mayer, Cirujano de la Enfermería para las enfermedades de los ojos y de los oídos, de Nueva York, existe, para hacer abortar los abscesos peri-amigdalinos, un procedimiento mucho más eficaz, con el cual se obtiene un efecto á la vez revulsivo y alterante, y que consiste en administrar, tan luego como aparecen los primeros síntomas de angina, una mixtura, compuesta á tenor de la siguiente fórmula:

Sulfato de morfina.....	0 gr. 06 centigramos.
Tintura de eléboro verde. ....	4 gramos.
Agua.....	126 —

H. S. A.—Para tomar por cucharadas de las de café, primeramente de hora en hora durante tres horas sucesivas, luego una sola vez cada tres horas.

Gracias á este tratamiento, nuestro colega ha obtenido, á menudo, la retrocesión de la amigdalitis aguda en un plazo que no excedía de veinticuatro horas. Si al cabo de este lapso de tiempo el enfermo no se siente mejor, es que la cura ha marrado; en tal caso hay que cesar la medicación abortiva.

(*La Sem. Méd.*)

\* \* \*

**Sifilis hereditaria nasal.**—Dr. Coll y Bofill (D. José), de Barcelona: Se trata de un joven de 18 años, sin antecedentes venéreos. Su padre murió de ataxia. Tres ó cuatro meses atrás tuvo una lesión ocular, de la que todavía no está libre. Hace unos dos meses que, sin causa conocida, observa que se le vá arrancando y deformando el orificio nasal izquierdo.

Hay una masa cicatricial en la unión del vestíbulo con la fosa

nasal izquierda; atrofia ligera de los cornetes; pequeña perforación en el subtabique (2 milímetros.) Alteraciones de la dentición, poco características. Perforación del tamaño de una lenteja en la parte izquierda del velo del paladar. Oídos, bien.

Como tratamiento, lavados nasales, yoduro potásico al interior y dilatación de la cicatriz con el gálvano-cauterio. Cicatrizó la perforación del tabique, pero la obstrucción de la ventana nasal era rebelde y no se logró vencer sino por la introducción continuada de torundas hechas por el mismo enfermo.

Después de una serie de atinadas consideraciones diagnósticas sobre este caso, motivadas, sobre todo, por la rareza de la obliteración simple de las ventanas nasales debida á la sífilis, y especialmente á la sífilis hereditaria tardía, el Dr. Coll termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La sífilis hereditaria tardía puede ser causa de la oclusión de la ventana nasal anterior, sin que existan lesiones en la piel de la nariz, y estableciéndose la deformidad de una manera sorda é insidiosa.

2.<sup>a</sup> La no existencia de la triada de Hutchinson en un enfermo, no nos autoriza para negar la sífilis hereditaria. El diagnóstico de ésta no puede hacerse por síntomas aislados, sino atendiendo al conjunto sintomático.

3.<sup>a</sup> Una de las formas más cómodas y eficaces de impedir que una cicatriz del vestíbulo nasal se retraiga, es la colocación por el mismo enfermo de tapones cilíndricos, construídos con algodón húmedo arrollado por capas, aunque este tratamiento exige inteligencia y buena voluntad por parte del mismo.

(2.<sup>o</sup> Congr. esp. de oto-rino-laring.)

\* \*

**La malaria.**—El Dr. Celli acaba de reunir en un volumen catorce lecciones dadas por él en la Facultad de Medicina de Roma, y en las cuales ha expuesto la epidemiología y la profilaxis del paludismo, tales como deben de ser consideradas á seguida de los trabajos publicados en estos últimos años, y completados por las investigaciones personales del autor.

Con arreglo á este punto de vista, el Dr. Celli estima que, si no el único, por lo menos el principal modo de propagación del paludismo tiene lugar por intermedio de la atmósfera, siendo los mosquitos los agentes de transmisión más activos y más importantes del parásito de la malaria. Las consideraciones de orden biológico que militan en pró de esta teoría, no pueden sino quedar fortalecidas con sólo hacer este razonamiento: los mosquitos, que viven ocultos durante el día, no salen sino por la tarde y por la noche, siendo entonces cuando tienen ocasión de picar al hombre; apenas si se alejan del punto donde nacen y, especialmente, no se elevan por cima de las capas inferiores de la atmósfera; cuando el viento sopla, se quedan quietos en sus escondrijos; los bosques poblados

y húmedos constituyen la morada habitual de esos insectos, que viven en ellos, sobre todo en los árboles. De otra parte; el modo de propagación de la infección malárica ofrece los siguientes caracteres: es por la tarde, después que se ha puesto el sol, y por la noche, cuando la atmósfera encierra el mayor número de gérmenes palúdicos; éstos no se presentan sino en focos circunscriptos, cuya extensión se halla relativamente limitada, tanto en altura como en superficie; el viento no transporta los agentes de contagio, y hasta más bien disminuye su número en un volumen dado de aire atmosférico; finalmente, lejos de constituir filtros que retengan esos parásitos, los bosques deben ser considerados como verdaderos centros de la infección malárica.

Dado el papel desempeñado por los mosquitos en la propagación del paludismo, era natural que se probara de combatir esta afección, atacando al agente encargado de transportar el contagio. A tal efecto, el Dr. Celli ha experimentado numerosas substancias. Ha observado que la esencia de trementina mata los mosquitos en un minuto, y que el iodoformo determina su muerte en cuarenta minutos. Bajo la influencia del mentol ó de la nuez moscada, los mosquitos quedan entorpecidos en diez minutos, y perecen al cabo de dos horas. El alcanfor, el ajo, la pimienta, la naftalina, son ya menos eficaces. Cuanto á los humos, el autor ha notado que con leña ordinaria obteníanse menos activos que con otras muchas substancias; mientras que basta dejar actuar el humo durante algunos minutos para adormecer á los mosquitos, son necesarias doce á cuarenta y ocho horas para matarlos. En cambio, el humo del tabaco los destruye en menos de tres minutos. Los gases son mucho más eficaces. El anhídrido sulfuroso, el ácido sulfhídrico, el gas de alumbrado, el formaldehído, matan en uno ó dos minutos; con el sulfuro de carbono, en quince á treinta; el acetileno, en cambio, no ejerce ningún efecto sobre los mosquitos. Como el anhídrido sulfuroso se obtiene muy fácilmente por la combustión del azufre en el aire atmosférico, puede considerarse como resuelto en práctica el problema, que consiste en desinfectar una habitación para expulsar de ella el parásito del impaludismo.

Desde el punto de vista patogénico, sería interesante saber si existe en la malaria una toxina pirógena particular. Para aclarar esta cuestión, el Dr. Celli ha inyectado á terneras cantidades relativamente considerables (de 60 á 90 cc.) de suero, recogido de bueyes sangrados en pleno acceso de fiebre. La elevación de temperatura obtenida en tales condiciones en los animales inoculados, ha resultado siempre insignificante ó nula. El autor ha inyectado igualmente á niños, dosis repetidas de 50 cc. de suero tomado de adultos durante el estadio de escalofrío. En un caso, se ha servido de una dosis de 260 cc., concentrados á baja temperatura; en otro, ha inoculado 25 cc., procedentes de un sujeto atacado de un acceso pernicioso sumamente grave. Pero ninguna de estas inyecciones dió lugar á un movimiento febril apreciable. El Dr. Celli no ha conseguido

tampoco poner en evidencia una antitoxina cuya presencia fuese susceptible de explicar de una manera satisfactoria los hechos de inmunidad natural ó adquirida que parecen hoy perfectamente demostrados.

El autor no ha sido tampoco afortunado en ensayos de opoterapia preventiva ó curativa que ha llevado á cabo en la raza bovina. Extractos de cerebro, de ganglios linfáticos, de bazo, de médula ósea, de hígado y de páncreas, obtenidos por una compresión de estos órganos á 500 ó 600 atmósferas, no han dado sino resultados negativos.

Han sido practicados igualmente ensayos de inmunización medicamentosa. El suero de un caballo, al cual se había habituado á soportar de una manera corriente inyecciones intravenosas de 20 gramos de quinina de una vez, ha resultado ineficaz, lo mismo en la infección experimental que *vis á vis* de la infección natural. Otros medicamentos, en condiciones análogas, han suministrado resultados variables, y las más de las veces inciertos.

En determinados casos en que el efecto de las tentativas terapéuticas ó profilácticas ha sido nulo, hase notado una prolongación del período de incubación. Por lo demás, este hecho parece constante en la malaria experimental. Así, por ejemplo: en una observación de fiebre cuartana no tratada, el período de incubación fué de cuarenta y siete días en vez de quince, cifra normal. En un caso de terciana estivo-otoñal, la incubación, que es habitualmente de cinco días, se prolongó hasta los diez y siete. El aumento de la duración de dicho período explica perfectamente las recidivas á largo plazo que se observan en ciertos casos de impaludismo; en realidad, parece depender de la mayor resistencia de que están dotados ciertos sujetos. En efecto; inyecciones practicadas en un individuo indemne y habitando una región no contaminada, con sangre de un enfermo atacado de fiebre terciana, resultaron absolutamente inofensivas. Este hecho es interesante, pues permite esperar que el estudio de casos semejantes de inmunidad natural ó experimental, con respecto á la infección palúdica, podrá suministrar indicaciones preciosas acerca del mecanismo de esta inmunidad, y acerca de los medios de conferirla á los sujetos que no la poseen naturalmente.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\* \*  
\*

**Reabsorción de las células.**—Aparte de la concurrencia vital que los elementos de un mismo organismo tienen que sostener entre sí para procurarse su alimentación, hay todavía otras circunstancias en que se lanzan á una lucha encarnizada, en la cual se les vé devorarse entre sí; así, por ejemplo, los glóbulos rojos son absorbidos corrientemente por células amiboides, células que, por lo demás, pueden incorporarse asimismo otros elementos. Con el propósito de establecer el mecanismo íntimo de esta lucha intercelular,

es por lo que Mr. Metchnikoff ha llevado á cabo las investigaciones que vamos á resumir de una manera sucinta en estas líneas.

Siendo los espermatozoides los elementos más favorables para darse cuenta de si ciertas células en estado vivo pueden ser englobadas por fagocitos, el autor ha introducido de  $\frac{1}{2}$  á 1 c. c. de esperma del toro ó del hombre en el peritoneo del conejo de India. Tomando, con ayuda de tubos afilados, cantidades mínimas de exudado peritoneal del animal inyectado, Mr. Metchnikoff se ha cerciorado de que los espermatozoides se conservan en él en estado vivo durante algunas horas. Ha observado, por otra parte, que no se produce nunca digestión de los espermatozoides en el líquido del exudado peritoneal, dado que la destrucción de los elementos referidos se efectúa siempre por fagocitosis. Después de una fase inicial y efímera de fagolisis, vienen los leucocitos—las más de las veces mononucleares—y engloban á los espermatozoides empezando por la cabeza, al paso que la cola cuelga aún por fuera durante un cierto lapso de tiempo, para ser finalmente, también á su vez, envuelta por el protoplasma del macrófago. La gran movilidad que presenta la cola en ciertos casos prueba que los espermatozoides han sido englobados efectivamente en estado vivo.

La reabsorción de los espermatozoides en la cavidad peritoneal de los conejos de India determina, en el líquido de esta cavidad, así como en el suero sanguíneo, la producción de una substancia particular que inmoviliza los espermatozoides, verdadero *anticuerpo* (anticorps) comparable al que Dr. J. Bordet ha descrito recientemente á propósito de los hematíes. En efecto; cuando se practican consecutivamente varias inyecciones intraperitoneales de esperma humano en el mismo conejo de India, nótese que la acción inmovilizante se manifiesta de una manera tanto más precoz cuanto más á menudo ha sido repetido el experimento, como por lo demás es fácil darse cuenta de ello practicando al mismo tiempo inyecciones sobre animales testigos.

Una vez demostrada la posibilidad de la reabsorción, por los fagocitos, de espermatozoides en estado vivo, tratábase de precisar cuál iba á ser la suerte definitiva de los elementos englobados, así como el origen de los *anticuerpos*. Operando con los hematíes nucleados del ganso, que constituyen á este respecto un objeto de estudio más propicio que los espermatozoides, porque sus restos son más fáciles de reconocer, nótese que la reabsorción se produce á tenor de una modalidad algo especial, que semeja más bien la manera como los vampirelos se incorporan el contenido de las algas que el modo de absorción de las partículas alimenticias por los amibos. Al cabo de tres ó cuatro días, los leucocitos, cargados con los hematíes ó con sus restos, no tardan en desaparecer del líquido peritoneal. Entonces se les encuentra de nuevo en el epiplón, en los ganglios mesentéricos, en el bazo y en el hígado. Resulta, por consiguiente, que, después de haber pasado al sistema linfático, los fagocitos han penetrado en los vasos sanguíneos, haciendo de este

modo irrupción en la circulación general. Obsérvase, en efecto, su presencia, lo mismo en los capilares y en los pequeños vasos del hígado que en los grandes vasos del sistema porta y de la vena suprahepática y hasta en la vena cava inferior, y aun en las mismas cavidades cardíacas, donde, sin embargo, son naturalmente mucho más raros y, por consiguiente, más difíciles de descubrir que en la serosidad abdominal.

Los *anticuerpos* (substancias aglutinativa, hematólítica y sensibilizadora) no aparecen en los humores de los conejos de India sino cuando éstos han recibido una ó varias inyecciones de sangre de ganso en el peritoneo; no se hayan representados sino en proporción muy ínfima en los líquidos de conejos de India no tratados por la sangre. La propiedad aglutinativa se manifiesta primeramente en el líquido peritoneal y hasta el sexto día no aparece en el suero. Más tarde, después de la reabsorción del exudado peritoneal, la linfa del peritoneo se vuelve notablemente menos aglutinativa que el suero sanguíneo. Poco después de la desaparición del exudado peritoneal provocado por la inyección de sangre, y que en ninguna época posee poder globulicida, esta propiedad puede ser evidenciada en el suero de la sangre. Más adelante, los poderes aglutinativo y hematólítico de este suero se acentúan aún más, para mantenerse al mismo nivel durante tres meses, después de lo cual la propiedad disolvente disminuye poco á poco y desaparece por completo, al paso que el poder aglutinativo persiste todavía durante un cierto lapso de tiempo. Vese, por consiguiente, que, habiendo sido la primera en presentarse, la substancia aglutinativa se agota solamente en último término.

Como quiera que los órganos hematólíticos del conejo de India, lo mismo normal que inyectado, presentan entre sí la circunstancia común de que todos encierran un número considerable de macrófagos ó leucocitos mononucleares, cabe el derecho de afirmar que son precisamente estos elementos los que contienen substancias globulicidas. Mientras los fagocitos digieren los hematíes, estas substancias quedan fijadas á los glóbulos rojos y á sus restos, y sólo hasta el final de la digestión intracelular es cuando una parte de esos fermentos pasa á la sangre. Entre la hematolisis que se produce en los macrófagos y la que se efectúa en los humores, existe una diferencia, única, pero positiva, á saber: que en el primer caso el núcleo es digerido, al paso que en el segundo no lo es, y, por consiguiente, que las substancias globulicidas de los humores son menos activas que las de los macrófagos. Este hecho encaja perfectamente con la idea de que la materia disolvente del suero representa una parte de fermentos intracelulares, excretada por los macrófagos al final de la digestión de los hematíes.

Inyectando sangre desfibrinada de ganso en el peritoneo de los conejos de India cuyo organismo, en razón á inyecciones precedentes, contiene *anticuerpos* hematólíticos, nótese un paralelismo entre la disolución extracelular de los hematíes y la fagolisis en el peri-

toneo, de donde resulta que una de las dos sustancias necesarias para la producción de ese fenómeno—sustancia designada con el nombre de *alexina* por J. Bordet ó con el de *adimento* por Ehrlich—resulta normalmente contenida en los leucocitos, y no pasa á los humores sino cuando estas células sufren menoscabo en su integridad. Cuanto á la segunda sustancia, ó sustancia sensibilizadora, en estado normal parece segregada por los macrófagos en el período terminal de la digestión intracelular de los hematíes.

El suero de los conejos de India inyectado, ora con una emulsión de bazos, ora con ganglios mesentéricos del conejo, ha presentado una acción antileucocitaria manifiesta, y debida á una leucocidina muy activa, análoga bajo muchos conceptos á la que es producida por ciertas bacterias. La acción destructiva de estos sueros no se limita á los macrófagos, sino que se extiende igualmente á los leucocitos polinucleares y á los *Mastzellen* de Ehrlich.

(*Am. de l'Inst. Pasteur.*)

\* \* \*

**Apoplejia del páncreas.**—Siendo la apoplejía del páncreas una afección que es aún muy poco conocida, nos ha parecido interesante resumir aquí la observación publicada por Rasumovsky.

Refiérese á un hombre de 29 años que fué acometido, después de un exceso de bebida, de un vivo dolor en la región epigástrica, seguido de meteorismo, con sensibilidad del abdomen á la presión. Al día siguiente, el pulso latía 150 veces por minuto, las extremidades estaban frías y la temperatura marcaba menos de 36°. El meteorismo se hallaba localizado en la región epigástrica, sin interesar el bajo vientre. Notábase una intensa disnea y todos los síntomas de un colapso. El tratamiento consistió en el empleo de inyecciones hipodérmicas excitantes y en la administración, por la vía rectal, de una solución fisiológica de cloruro de sodio adicionado de coñac. Al día siguiente, el estado general presentó una mejoría sensible: los dolores disminuyeron, el pulso se rehizo y la temperatura alcanzó 37°6. El enfermo no tardó en restablecerse, si bien conservando una tumefacción apreciable en la región epigástrica.

Suponiendo que se trataba de un exudado peritoneal encapsulado, consecutivo á la perforación de una úlcera del estómago, el autor practicó la laparotomía y observó la presencia de un tumor situado á nivel del borde inferior del hígado, y cubierto en parte por este órgano. Introdujo entonces el termocauterio en el lóbulo izquierdo del hígado y penetró de este modo en una cavidad que contenía, no pus, sino un líquido oscuro que encerraba coágulos sanguíneos y restos de tejidos necrosados. La palpación mostró que esa cavidad, del volumen de una cabeza de recién nacido, se extendía hasta la columna vertebral y que había en su parte inferior un órgano que correspondía al páncreas. Procedióse al lavado de la bolsa con agua caliente, luego se fijó la abertura establecida en el hígado á la pared abdominal y se taponó la cavidad. Las consecuen-

cias operatorias fueron normales; sin embargo, la fístula no se cerró definitivamente sino al cabo de cinco meses. Durante tres semanas, la herida dió salida á coágulos de sangre y á fragmentos necrosados de substancia pancreática. Era, pues, evidente que se trataba aquí de lo que se designa con el nombre de apoplejía del páncreas.

En lo que concierne al tratamiento de semejante estado morboso, Rasumovsky estima que una intervención quirúrgica no está indicada en el período agudo, dado que el pronóstico operatorio es entonces absolutamente desfavorable. Hay que procurar sostener las fuerzas del enfermo mediante el empleo de tónicos y de inyecciones de suero artificial, para recurrir al tratamiento quirúrgico tan luego como se nota que la reabsorción de la sangre extravasada no se efectúa con la rapidez que se desea. La intervención consistirá en la incisión del foco hemorrágico con taponamiento y drenaje.

(*Arch. f. klin. Chir.*)

\*  
\*  
\*

**Asfixia local de origen urémico.**—En la sesión que la Unión médica de Berlín celebró el 16 de Octubre último, el Dr. Kroner presentó una señora de 52 años, la cual había sufrido hacía nueve una nefritis intensa, de la que se restableció por completo, excepto que de cuándo en cuándo contiene la orina cantidades insignificantes de albúmina. En la primavera del año actual volvió á tener otro ataque de nefritis, del que también se curó. A principios de Agosto, y hallándose en Salzschlirf, sintió de pronto disnea intensa, dolor de cabeza, gran debilidad y mareos, y al mismo tiempo se presentaron unas manchas rojas en la punta de la nariz, en las mejillas y en las puntas de algunos dedos de las manos y de los pies. Al cesar el ataque urémico se debilitó también la coloración de las manchas. Hace cuatro semanas padeció la enferma un nuevo ataque urémico y otra vez aparecieron los fenómenos asfíxicos, pero se presentaron también en las puntas de otros dedos que no habían sido interesados anteriormente. En la actualidad han vuelto á desaparecer, en parte, tales fenómenos en medio de descamación de la piel. Sin embargo, todavía se vé la asfixia en las falanges últimas del dedo meñique de la mano derecha y de los dedos anular y meñique de la izquierda, que presentan un color obscuro y casi gangrenoso. En los últimos días también se han presentado cambios de color, aunque menos acentuados, en las puntas de otros dedos. Nunca ha existido nada de fiebre; y respecto al corazón, sólo alguna vez que otra se ha oído un ruido sistólico.

El Dr. Furbringer dijo con motivo de este caso, que le sorprendía mucho su marcha favorable. Cuando lo vió hace dos meses en consulta, estableció un pronóstico desfavorable, en vista de lo que había visto en otros casos análogos, creyendo que habría que proceder á la amputación, y que acaso no se conseguiría salvar la vida

de la enferma. Respecto á la causa de la asfixia no se atreve á afirmar si se tratará de alguna embolia.

(*Deutsche Medicinal Zeitung.*)

\*  
\*  
\*

**De algunas causas poco frecuentes de insomnio.**—Después de haber pasado revista á los diversos factores que han sido señalados como desempeñando un papel más ó menos importante en la producción del insomnio, M. H. Oppenheim hace incapié en las causas de insomnio relacionadas con el mismo sueño, y algunas de las cuales—las visiones, la pesadilla, los terrores nocturnos—son perfectamente conocidas, al paso que otras, menos frecuentes, no han llamado aún la atención de una manera suficiente.

Pertenecen al grupo de estas últimas, en primer lugar, ciertas sensaciones dolorosas que suscita el sueño. Trátase, no ya de dolores llamados nocturnos, que aparecen ó se exacerban durante la noche, es decir, de *nictalgias*, sino de *hipnalgias* ó dolores creados, digámoslo así, por el sueño. Así, por ejemplo, un enfermo de Oppenheim que no presentaba nada anormal en estado de vigilia, en cambio todas las noches despertábase, en medio del sueño, con un dolor circular intenso. Este fenómeno sobrevenía igualmente cuando el sujeto en cuestión se quedaba dormitando durante el día, lo cual pone claramente de manifiesto que no era el período nocturno, sino el mismo sueño, la causa determinante del mismo. En una segunda observación, el sueño producía un dolor retroesternal, que hacía despertar bruscamente al enfermo. Un tercer paciente sufría de una neuralgia occipital, que se producía siempre durante el sueño, así de noche como de día. Por último, hay ciertos individuos que, al poco tiempo de quedar dormidos, sienten dolores en la región del estómago, los cuales no tardan en disiparse al despertar para reaparecer tan luego como el paciente vuelve á dormirse, constituyendo de este modo la causa de insomnios en extremo penosos.

Existen, pues, dolores que ofrecen una cierta analogía con la epilepsia llamada nocturna, la cual no coincide simplemente con el sueño, sino que se halla íntimamente relacionada con él.

El sueño es susceptible de determinar también trastornos cardíacos y respiratorios, como lo pone de manifiesto una observación de Oppenheim, relativa á una mujer que, después de haber sufrido un ataque de gripe epidémica, empezó á presentar intermitencias en los movimientos cardíacos y respiratorios durante el sueño. En estado de vigilia, los movimientos respiratorios y el pulso no ofrecían nada insólito; pero tan luego como la paciente se dormía, la respiración quedaba en suspenso, el pulso volvíase imperceptible, y se hacía necesario recurrir á las excitaciones más enérgicas para disipar este estado alarmante. Al cabo de quince días estos trastornos acabaron por desaparecer, gracias á una medicación calmante, especialmente por el empleo de los bromuros.

Finalmente, el autor ha observado en una mujer nerviosa, pero sin estigmas de histerismo, unos accesos extraños debidos igualmente al sueño, y sobreviniendo á seguida de una fuerte impresión moral. Al cabo de media hora de un sueño profundo, esa mujer no tardaba en levantarse con sobresalto, presentando contraídos los músculos del cuello, del tronco y de los miembros, y los ojos cerrados. Costaba trabajo volverla á la cama, donde no tardaba en dormirse de nuevo para ser acometida de un acceso idéntico un cuarto de hora ó media hora más tarde; de suerte que la paciente, no descansando apenas, se iba debilitando cada día más. Una medicación bromurada dió por resultado el producir en algunas semanas la desaparición completa de estos trastornos, que Oppenheim considera como una especie de crisis histéricas ó epilépticas.

(*Berlin. klin. Wochensch.*)

\*  
\* \*

**Uretrotomía externa sin conductor.**—El Dr. Morales Pérez, de Barcelona, ha introducido una modificación en los procedimientos operatorios de uretrotomía, que razona en los términos siguientes:

No hay, seguramente, en la operatoria quirúrgica, operación más propensa á los accidentes que la uretrotomía externa. Cuando el práctico se decide á llevar á cabo dicho método, es cuando han fracasado todos los medios de dilatación, y el conducto uretral está lleno de cicatrices por uretrotomías internas anteriores, fistulas, cavernas y esclerosis orgánicas, de tales condiciones que alteran por completo la anatomía normal de las regiones perineales. Los que hayan practicado dichas maniobras quirúrgicas abundarán ciertamente en estas ideas, y recordarán, si pasan la vista por estas líneas, hechos de su práctica, en los que habrán tenido que vencer obstáculos superiores, que ponen á prueba la paciencia del carácter quirúrgico más firme.

Había yo practicado distintas uretrotomías externas—no siendo partidario de las internas—y las operaciones con el conductor me dieron excelentes resultados; pero sin él me encontraba en un verdadero apuro al no poder encontrar el extremo uretral posterior. Unas veces el encuentro era casual é hijo del acaso; y en muchas ocasiones, después de una lucha inútil, resolvía el conflicto esperando á ver por dónde salía la orina para dilatar la fistula y guiarme por dicho conducto, cuyas condiciones no eran las más á propósito para una *nueva uretra*.

He dicho que no soy partidario de la uretrotomía interna, porque ésta no resuelve—en la mayor parte de casos—las dificultades, sino de una manera provisional. En comprobación de lo manifestado, voy á exponer lo que sucede en la mayoría de casos. Un individuo padece una blenorragia, la que pasa á blenorrea y se recrudece de vez en cuando, tomando como causa el más leve exceso en el régimen. La blenorrea deposita el moco-pus en la porción mem-

branosa de la uretra por detrás del cuello del bulbo. La mucosa se dilata, formando una cavidad más ó menos fusiforme, y, en virtud de la ley de las compensaciones, cuanto más se dilata la parte membranosa, más se estrecha el cuello del bulbo. Si la mucosa se macera, fórmasse el tumor urinoso, la infiltración y las fístulas, como consecuencias de la blenorrea. Mas en el caso de que el enfermo permaneciese en el primer estado, queda en el cuello del bulbo una estrechez de las que se llaman *falsas*. En estos casos no hay que pensar mas que en la dilatación gradual; pero el enfermo pierde la paciencia, y el Cirujano cree que la dificultad se resuelve mejor con la uretrotomía interna; la practica, y, lo que fué *estrechez falsa*, se convierte en *verdadera ó cicatricial*.

Resulta lo mismo aunque se practique con el uretrotomo eléctrico, como ya me ha sucedido. Así es que mi proposición, sin pecar de absoluta, pudiera formularla en los siguientes términos: toda estrechez que no pueda curarse con la *dilatación gradual* (nunca la forzada) hay que tratarla con la uretrotomía externa. Con mucho más motivo hoy, que tantas garantías ofrece la cirugía en su técnica.

Hasta en las llamadas estrecheces elásticas, la uretrotomía externa ofrece mayores garantías de éxito.

Están fuera de toda duda, para la uretrotomía externa, esos casos que llegan á la clínica con tantas fístulas, tumores, senos y esclerosis, que están borradas todas las relaciones de la anatomía normal.

Al practicar en estos casos la operación, se encuentra el Cirujano en un *verdadero conflicto*, por no poder encontrar la parte de uretra posterior, como el viajero que camina por el desierto y el huracán borró las huellas de anteriores caravanas. Se ha propuesto el cateterismo retrógrado, haciendo la talla hipogástrica, cuya operación se ha practicado ya por estos motivos algunas veces. Mas hay que tener en cuenta, no sólo la parte que aumenta la *gravedad de la intervención*, si que además lo poco que puede dilatarse la vejiga desde el momento que no es posible practicar inyección alguna. Y si por acaso estuviese dilatada por la retención de orina, fácil es comprender en qué estado de *sepsis* se encuentra, y cuánto peligro al ponerla en contacto con la herida hipogástrica.

He visto Cirujanos muy diestros y experimentados perder la paciencia y la serenidad, y el caso no es para menos.

En un conflicto de esta especie, viendo inútiles todos mis tanteos, después de dos horas de infructuoso trabajo, me decidí á practicar el procedimiento siguiente, que si no lo doy como original, no lo he leído en parte alguna, por más que hace pocos días he visto alguna indicación en la obra de Forgue y Reclus, de cuya bibliografía me ocupo. De todos modos, hace unos tres años que lo practiqué, por vez primera, en un enfermo que operé en la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar, en Barcelona. Hice una incisión en el rafe medio-perineal hasta llegar á dos centímetros del orificio anal. Al ex-

tremo posterior de ésta practiqué una curva, como si fuese á verificar la talla pre-rectal de Nélaton. Verifiqué cortes—teniendo el índice izquierdo en el recto—hasta llegar al vértice de la próstata. En este punto separé, cuanto me fué posible, y corté los dos radios transversos inferiores.

Como quiera que detrás de la estrechez (ó estrecheces, pues en estos casos suelen ser múltiples) hay dilatación por el esfuerzo que ha hecho la vejiga para expulsar la orina, me fué fácil encontrar el conducto en la situación normal, pues la próstata resulta un magnífico punto de *orientación quirúrgica*.

Este procedimiento lo he practicado ya en distintas ocasiones con buen resultado, acortando el tiempo que se ha de invertir en la operación y sin necesidad de recurrir á la talla hipogástrica.

En los demás tiempos operatorios, sigo de ordinario las reglas trazadas en los procederes clásicos;

(*Rev. Méd. de Sevilla.*)

---

## FÓRMULAS

---

373

Cloroformo .....	} áá 25 gramos.
Glicerina .....	
Crisarobina .....	} áá 2 gr. 50 centigr.
Ictiol .....	
Acido salicílico .....	

M.—Para aplicar cada tres días con un pincel.

En el **eczema seborréico y el psoriasis**.

(*Hodara.*)

\*  
\*\*

374

Calamina preparada .....	} áá 6 gramos.
Oxido de zinc .....	
Acido fénico .....	2 »
Agua de cal .....	60 »
Agua destilada de rosas .....	130 »

Para lociones.

En el **eczema y la urticaria**.

(*Wolft.*)

---

## SECCIÓN PROFESIONAL

### COMISIONES AL EXTRANJERO.

«Excmo Sr.:—Habiéndose presentado algunas dudas respecto á la interpretación que debe darse á la Real Orden fecha 29 del mes de Julio último (*C. L.* núm. 147), en que se establece el modo de abonar los gastos de viaje á los Generales, Jefes y Oficiales que desempeñan en el extranjero comisiones del servicio, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Los gastos de viaje desde el punto de partida hasta la frontera se abonarán con arreglo á las prescripciones del Reglamento de transportes, ya por medio de listas de embarque, ya con abono en cuenta del valor de los medios ó cuartos de billete de ferrocarril que correspondan.

2.º Una vez salvada la frontera se aplicarán las tarifas establecidas en la ya citada Real Orden de fecha 2 de Julio, en la inteligencia de que según previene el artículo 17 del Reglamento de indemnizaciones vigente, publicado en Real Orden fecha 13 de Julio de 1898, y habiendo de emplearse en el extranjero el total importe del devengo, se abonará éste con el aumento relativo al cambio de la moneda nacional á la extranjera, siempre que este cambio no se encuentre á la par.

3.º Las distancias recorridas por las comisiones se entenderán han de serlo empleando la vía más directa, y se contarán haciendo uso de los cuadros oficiales publicados por el Ministerio de Estado; y cuando no se hallen consignados en éstos, de las guías de ferrocarriles, también oficiales, ó de las distancias itinerarias con arreglo á los datos más exactos.

4.º La justificación de los trayectos recorridos se hará por los refrendos estampados en los pasaportes por los Cónsules españoles de las localidades que la comisión debe visitar.

5.º Debe entenderse que este abono, en la forma establecida en las anteriores prescripciones, es único por lo que á la locomoción se refiere, y que, por tanto, no han de presentarse cargos por transporte de equipaje, embarcaciones menores, coches ú otros elementos auxiliares de locomoción, pues todos estos gastos han de sufragarse con la cantidad asignada, no pudiendo, por tanto, los comisionados percibir sino la indemnización personal diaria que en la Real Orden de nombramiento se establezca, según previene el Reglamento de indemnizaciones y el importe de los gastos de locomoción, calculado con arreglo á lo que se previene en la presente Real Orden.

De la de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.  
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 28 de Diciembre de 1899.—  
Azcárraga.—Sr.....»

  
  

## NECROLOGÍA

---

**Don Manuel Iglesias y Suárez.** —Nació en Parada (León) el 8 de Marzo de 1846, y se graduó de Licenciado en la Facultad de Farmacia de Santiago el 11 de Octubre de 1872.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, en 16 de Diciembre de 1873, con el empleo de Farmacéutico segundo, siendo destinado al hospital militar de Tudela.

Por Real Orden de 5 de Mayo de 1874 fué nombrado Farmacéutico primero de Ultramar, con destino á la Isla de Cuba. Desembarcó en dicha Isla el 8 de Octubre del mismo año, y sirvió en los hospitales militares de Jiguani y Bayamo hasta el año de 1883, en que regresó á la Península, desembarcando el 25 de Junio y siendo destinado al hospital militar de Badajoz, donde ha continuado hasta el 9 de Enero del presente año, fecha de su fallecimiento, á consecuencia de una enteritis crónica.

Alcanzó, por antigüedad, el empleo de Farmacéutico primero el 15 de Octubre de 1884, y el de Farmacéutico mayor en 24 de Noviembre de 1891. Había obtenido, por méritos de guerra, el grado de Farmacéutico mayor en 28 de Noviembre de 1877, y el de Subinspector farmacéutico de segunda clase en 20 de Abril de 1881.

Estaba en posesión de la Medalla de Cuba, con dos pasadores, y declarado Benemérito de la Patria.



## VARIETADES

**Instituto de seroterapia.**—La *Gaceta* del 22 de Diciembre publicó varios Decretos del Ministerio de la Gobernación, nombrando Director del Instituto de seroterapia y vacunación á D. Santiago Ramón y Cajal; Vocales de la Comisión técnica á D. Antonio Mendoza, D. José Alabern y Raspain, D. Luis Simarro, D. Francisco Murillo Palacios, don Juan Ramón Gómez Pamo y D. Dalmacio García.

Y Vocales de la Comisión administrativa á D. Juan Manuel Urquijo y Urrutia, Marqués de Urquijo; D. Diego Fernández de Vallejo, Marqués de Vallejo; D. Constantino Rodríguez, D. Gustavo Bätter, D. Manuel Arnús y Fortuny y D. Rafael Gasset y Chinchilla.

\*  
\* \*

**UN NUEVO GABINETE ELECTROTERÁPICO.**—En la noche del sábado 13 de Enero se inauguró el nuevo gabinete electroterápico y radiográfico que ha establecido en la calle de Cervantes, 13, principal, el distinguido y laborioso Médico mayor del Cuerpo D. Jaime Mitjavila.

Hay en dicho gabinete un número crecido de aparatos, perfectamente instalados, y en condiciones de poder responder cumplidamente á las exigencias, cada día mayores, de ambos importantes fines: el electroterápico y el investigador radiográfico. Con exquisita amabilidad mostró el señor Mitjavila, á las personas invitadas, su instalación, haciéndola funcionar, y dió cuantas explicaciones se creyó conveniente solicitar para que todos quedaran bien enterados de la importancia y alcance del nuevo gabinete.

Terminada esta exhibición, se encaminaron todos los asistentes al café de Madrid, donde había preparado un verdadero banquete, que sirvió para pasar un rato agradable, y que brindaran, por motivos varios, entre ellos la nueva instalación y el brillante Cuerpo de Sanidad Militar á que pertenece el anfitrión, muchos de los señores allí presentes, terminando los brindis con uno muy conmovido el Sr. Mitjavila, á quien deseamos prosperidad y brillantes triunfos médicos en su consultorio.

\*  
\* \*

**CONCURSO DE PREMIOS.**—Entre los temas que la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de esta Corte anuncia para el concurso de 1901, figura con el número 3 el siguiente: *Estudio de las bacterias existentes en las aguas potables de Madrid.*

Los premios que se ofrecen y adjudicarán, conforme lo merezcan las Memorias presentadas, serán de tres clases: *premio*, propiamente dicho, *accésit* y *mención honorífica*.

El premio consistirá en un diploma especial en que conste su adjudicación; una medalla de oro, de 60 gramos de peso, exornada con el sello y lema de la Academia, que en sesión pública entregará el Sr. Presidente de la Corporación á quien le hubiese merecido y obtenido, ó á persona que le represente; retribución pecuniaria, al mismo autor ó concurrente premiado, de 1.500 pesetas; impresión, por cuenta de la Academia, en la Colección de sus Memorias, de la que hubiere sido laureada; y entrega, cuando ésto se verifique, de 100 ejemplares al autor. El *premio* se adjudicará á la Memoria que no sólo se distinga por su relevante mérito científico, sino también por el orden y método de exposición de materias, y redacción bastante esmerada, para que desde luego pueda procederse á su publicación.

El *accésit* consistirá en diploma y medalla iguales á los del premio, y adjudicados del mismo modo; y en la impresión de la Memoria, coleccionada con las de la Academia, y entrega de los mismos 100 ejemplares al autor. El *accésit* se adjudicará á las Memorias poco inferiores en mérito á las premiadas, y que versen sobre los mismos temas; ó, á falta de término superior con que compararlas, á las que reúnan condiciones científicas y literarias aproximadas, á juicio de la Corporación, á las impuestas para la adjudicación ú obtención del premio.

La *mención honorífica* se hará en un diploma especial, análogo á los de *premio* y *accésit*, que se entregará también en sesión pública al autor ó concurrente agraciado, ó á persona que le represente. La *mención honorífica* se hará de aquellas Memorias verdaderamente notables por algún concepto, pero que por no estar exentas de lunares é imperfecciones ni redactadas con el debido esmero y necesaria claridad para proceder inmediatamente á su publicación, por cuenta y bajo la responsabilidad de la Academia, no se consideren dignas de *premio* ni de *accésit*.

El concurso quedará cerrado en 31 de Diciembre de 1901, hasta cuyo día se recibirán en la Secretaría de la Academia, calle de Valverde, número 26, cuantas Memorias se presenten.

---

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

**Gota, litiasis, artrismo** y otros estados dependientes de la llamada diátesis úrica. Breves consideraciones acerca de su naturaleza y tratamiento, por el *Dr. A. Muñoz*.—Madrid, 1900.

**Los medicamentos inoportunos en terapéutica ocular**, por el *Dr. D. Manuel Márquez*.—Madrid, 1899.

**Terapéutica infantil**, por el *Dr. Eduardo García del Real*.—Madrid, 1899. (Dos ejemplares.)

**Noticia histórica y descriptiva del Laboratorio del material de Ingenieros**, por *D. José Marvá y Mayer*, Coronel de Ingenieros.—Madrid, 1899.

**Proyectors de luz eléctrica**, por *D. Lorenzo de la Tejera y Maquín* y *D. José Barranco y Catalá*, Capitanes de Ingenieros.—Cuaderno tercero.—Madrid, 1899.