

UN CASO DE
EPILEPSIA DE ORIGEN HISTÉRICO (*)

POR

D. Guillermo Serra y Bennasar

No se crea por el enunciado del epígrafe que voy á ocuparme de aquella especie híbrida inverosímil, tan bien *observada* y minuciosamente descrita por algunos autores. Tampoco se trata de un caso de coincidencia de las dos neurosis, como el observado por el Sr. Landouzy, ni de la histeria epileptiforme, con sus ataques-accesos de fases ó períodos característicos, deslindados y gráficamente descritos por el malogrado Dr. Charcot; sinó de un caso de verdadera epilepsia, cuya explosión fué provocada por causas de naturaleza histérica.

Precisa esta aclaración gracias al desvirtuamiento completo de la tecnología por varios escritores modernos que, prescindiendo de la etimología de los vocablos, así llaman *vacunas* á los cultivos y sueros antitóxicos; *seroterapia*—traduciendo la palabra francesa literalmente—al método de tratamiento de las enfermedades infecciosas por el suero de los animales previamente inmunizados; *puerperismo* ó *estado puer-*

(*) Nota leída por su autor en la sesión celebrada por el COLEGIO MÉDICO-FARMACÉUTICO de Palma, el día 15 de febrero del corriente año.

peral al largo período comprendido desde la concepción hasta el final de la lactancia, etc., como sostienen que es incontrovertible la existencia de la *histeria en el hombre*.

Es indudable que con estas libertades sinonímicas se va directamente al caos, pues la tecnología ó debe representar algo ó no tiene razón de ser; punto del que me he ocupado más de una vez y sobre el cual creo necesario insistir, pues las voces técnicas tienen su significación gráfica y genuina, y á ésta hay que ajustarlas.

Los Sres. Lepois, Briquet, Aussilloux, Petit, Lombard, etc., al describir sus observaciones de histeria en el hombre, confunden lastimosamente los efectos con la causa; pues derivando la palabra histeria de una voz griega que significa matriz, es evidente que sólo á la mujer es aplicable. Hay, indudablemente, hombres afectos de nervosismo que presentan rasgos y síntomas idénticos á los que observamos en las histéricas—y de ello he visto algunos ejemplos—; pero debe tenerse en cuenta que la etiología de muchas neurosis nos es todavía desconocida; que la neurostenia, la nosomanía y la lipemanía ofrecen á veces síntomas tan raros y complexos que bien puede aplicárseles la célebre frase de Sydenham y decir que *son verdaderas veletas que se presentan bajo tantos colores como el camaleón*; y, por último, que sea cual fuere el número y clase de síntomas que se observen en el hombre neurótico, su enfermedad podrá clasificarse de *neurostenia complexa convulsiva*, extática, letárgica, sincopal, etc., pero en ningún caso será permitido aplicarle el nombre de *histeria*.

Y basta ya de preámbulo y disquisiciones sinonímicas.

*
* * *

Isabel T., de 36 años, casada, nulípara, de temperamento linfático, estatura mediana, robusta y bien desarrollada; natural de Lluçmayor, vino á Palma á la edad de 10 años y estuvo sirviendo hasta los 23 que contrajo matrimonio. Empezó

á menstruar á los 15, estando siempre bien reglada y gozando de perfecta salud mientras permaneció soltera. Ni en sus padres y hermanos, ni en ninguno de sus ascendientes se encuentran antecedentes neuróticos ni diatésicos.

En la vida conyugal ha sufrido muchos sinsabores, y hará cosa de once años notó que los períodos catameniales se acompañaban de cierto malestar, con dolores lumbares que irradiaban al bajo vientre; cuyos síntomas fueron acentuándose cada vez más, al par que disminuía la evacuación sanguínea, hasta llegar á constituir una verdadera dismenorrea.

A principios de 1890, encontrándose en uno de esos períodos tuvo un gran disgusto, y súbitamente cayó sin sentido presa de un ataque convulsivo, que duró muy poco, pero la dejó sumamente abatida, no recordando lo sucedido. Luego transcurrió un mes sin novedad; pero al iniciarse otra vez las reglas, sin mediar causa alguna moral que lo justificara, sobrevino otro ataque de igual forma que el anterior, que se repitió los dos días siguientes, y ya desde entonces siguieron reproduciéndose en todos los períodos menstruales, á razón de un acceso diario.

En diciembre del mismo año padeció el dengue, que la tuvo postrada largo tiempo. Durante la convalecencia sufrió dos ó tres ataques, y desde aquella fecha fué presentándose uno que otro en las épocas intermenstruales, sin orden ninguno, continuando, sin embargo, los periódicos con la misma exactitud.

A pesar de la medicación empleada, los ataques iban menudeando cada vez más, repitiéndose cada diez ó doce días, y luego cada seis ú ocho, hasta llegar á tener tres ó cuatro en la semana, y en el mes de agosto de 1895, durante el período menstrual hubo días de dos y de tres accesos.

En tal situación la ví por primera vez: su facies denotaba á primera vista cierto atontamiento, que sus actos y palabras corroboraban luego; su mirada era vaga, y al estar en pie y al andar separaba las piernas de una manera notable, cual si

el centro de gravedad de su cuerpo necesitara mayor base para sostener el equilibrio, lo que imprimía á su marcha un aspecto singular y extraño.

Una vez enterado de los datos y antecedentes expuestos, no cabía dudar que se trataba de un caso de epilepsia, y por la manera como se inició la enfermedad, y del curso de la misma deduje su origen reflejo, consecuencia de una afección uterina.

Es un hecho de observación que la epilepsia simpática, no sólo no se cura sinó que muy excepcionalmente se modifica removiendo la causa determinante, pues aún en el caso de conseguirse la curación de ésta, los ataques persisten generalmente con igual intensidad que antes; pero también es incontrovertible que el tratamiento general fracasa muchas veces por desconocerse aquella causa ó no haberla atendido debidamente.

Teniendo esto en cuenta creí que el tratamiento causal debía preceder al general.

La forma intermitente y espasmódica de los dolores; la calma relativa que experimentaba la enferma al evacuar cierta cantidad de sangre, y la presencia en ésta de pequeños coágulos, eran síntomas que no daban lugar á duda acerca la naturaleza mecánica de la dismenorrea; faltaba sólo determinar la causa de la obstrucción, y el exámen de la parte—practicado el día 12 del citado agosto—evidenció que ésta era una estenosis del conducto cervical.

Precisado ya el diagnóstico, la indicación era clara y terminante: dilatar la estrechez.

De cuantos métodos y procedimientos se han recomendado al objeto, estimo preferente la dilatación gradual con tallos de raiz de genciana, preparados de manera que resulten completamente asépticos, los cuales pueden dejarse aplicados durante veinticuatro horas ó más, sosteniéndolos en el sitio por medio de tapones vaginales de algodón igualmente aséptico. Diariamente debe separarse el tallo y substituirlo con otro de

mayor calibre hasta obtener una dilatación doble ó triple del diámetro normal del conducto. Como con este medio se destruye la mucosa del canal, hay que llenar luego el hueco con bolitas de algodón, á fin de evitar que al contraerse los tejidos y reproducirse dicha mucosa vuelva á estrecharse el conducto como antes, cuyas bolitas deben renovarse cada dos ó tres días.

Este procedimiento es fácil, poco molesto para la enferma—puesto que no la priva de andar y dedicarse á los quehaceres domésticos—y no ofrece peligro alguno siempre que la asepsia de la parte y la de los dilatadores sea completa.

Durante el tiempo que transcurrió hasta conseguir la dilatación tuvo mi enferma cuatro ó cinco ataques, uno de los cuales le dió en mi gabinete, cayéndose en redondo sin proferir grito alguno; y á propósito debo hacer constar que muy raras veces han ido los ataques precedidos del grito característico ni de ninguna clase de fenómenos prodrómicos.

Vencida ya la estrechez y en curso normal la úlcera resultante en el canal del cuello, á últimos de agosto conceptué llegado la oportunidad de empezar el tratamiento antiepiléptico.

Como sucede con todas las enfermedades rebeldes ó de difícil curación, son en gran número los agentes terapéuticos que se han preconizado contra el mal comicial, pero ningún medicamento ha dado hasta hoy resultados tan ventajosos como el bromuro potásico. Aparte de los vejigatorios, fricciones estibiadas sobre el cuero cabelludo, cauterio actual, sección de los nervios y otros medios quirúrgicos muy excepcionalmente empleados, se han recomendado: el óxido de zinc, el sulfato de cobre amoniacal, el nitrato de plata, el borato de sosa, la valeriana, la raíz de artemisa, el haschisch, el curare, el *hyosciamus*, el *cotyledon umbilicus*, los estornutatorios, etc. etc., pero los efectos que se han atribuido á cada uno de estos agentes, distan mucho de verse confirmados en la clínica.

El bromuro potásico, si bien es el mejor medicamento de que disponemos para combatir la epilepsia, no es un específico contra esta enfermedad, pues su acción está muy léjos de ser segura, y hasta hay casos en los que parece ser perjudicial. Además, el tratamiento por esta sal ofrece sus inconvenientes: hay que administrar dosis extraordinarias y sin intermitencia alguna durante años, cuya perseverancia es difícil conseguir de los enfermos, y de otra parte, la absorción de tan enorme cantidad del medicamento no está exenta de peligros, pudiendo dar lugar á una intoxicación análoga á la del opio ó del alcohol: el *bromismo*, que puede revestir formas bastante graves y producir parálisis, manías, la demencia y hasta la muerte por debilidad progresiva. El Dr. Seguin hace notar la gran analogía que existe entre el bromismo grave y la parálisis agitante.

Para obviar estos inconvenientes de la medicación bromurada, se ha ensayado asociarle otras sustancias, los diuréticos, por ejemplo, para facilitar su eliminación, como también la belladona y su alcaloide, la eserina, la picrotoxina, los opiáceos, los ferruginosos, la digital, etc., asegurando los autores de estas combinaciones haber obtenido de las mismas resultados bastante satisfactorios en algunos casos.

Ultimamente el Dr. Betcherew, profesor de neurología y de clínica psiquiátrica en la Academia militar de San Petersburgo, siguiendo sus trabajos de investigación en busca de una medicación antiepiléptica más activa que las expresadas, creyó haberla encontrado en la asociación del bromuro potásico con el *adonis vernalis* y la codeína, pues que de los numerosos casos en que la había empleado, ni uno solo se mostró refractario á su acción. El autor atribuye el efecto favorable del *adonis vernalis* á la acción constrictiva que este medicamento ejerce sobre los vasos cerebrales.

Ante tan bella perspectiva decidí ensayar esta medicación en mi enferma, y al efecto la prescribí:

Hojas de <i>adonis vernalis</i>	4	gramos
infúndase en agua hirviente	320	—
bromuro potásico	12	—
codeína	0'15	—

M. S. A.

Dosis: Cuatro cucharadas grandes al día, en agua ó leche edulcorada. Después fui modificando la fórmula, aumentando las cantidades de una manera proporcional y progresiva.

A los pocos días de haber empezado este tratamiento se presentó la menstruación, mucho más abundante y casi sin dolor; sin embargo, el primer día hubo un ataque; mas desde esta última fecha, á pesar de persistir, tal vez más acentuadas, las causas morales que siempre los habían provocado, no volvieron á reproducirse durante algunos meses; siendo de advertir que el día 15 de noviembre, después de haber sufrido un grave disgusto, mientras preparaba la cena experimentó un ligero vahido que le obligó á sentarse creyendo que iba á darle el accidente, pero le pasó enseguida sin más consecuencias, de manera que cuando se acudió inmediatamente á sostenerla, ya se hubo levantado sin soltar ni escurrir la vianda de un plato que tenía en la mano, y el día 19, á consecuencia de otro sofocón mayor todavía, dijo haber tenido otro desvanecimiento semejante, del cual ni siquiera se apercibieron las personas que la rodeaban. Pero también hay que tener en cuenta que desde mediados de octubre el conducto uterino había quedado completamente reintegrado en su diámetro normal, y que desde entonces ha venido menstruando con perfecta regularidad y sin dolor.

Le aconsejé que continuara el tratamiento durante algunos meses; pero, debido á la escasez de recursos, de una parte, y de otra á creerse ya curada desde el momento que había pasado unos tres meses sin ningún accidente formal, pronto prescindió de toda medicación, y, como era de esperar, á mediados de diciembre tuvo un nuevo ataque, que se reprodujo

á los diez ó doce días, en vista de lo cual insistí en la necesidad de que volviese á tomar la poción, pero nunca pude conseguir que lo hiciese con la debida exactitud, por lo que durante cinco ó seis meses los ataques fueron repitiéndose cada quince ó veinte días, con la particularidad notable de que en todo este tiempo ninguno coincidió con la catamenia. Luego cesaron otra vez, de manera que á últimos de septiembre del año próximo pasado me manifestó que hacía más de dos meses que no había tenido ningún acceso. Desde entonces no he vuelto á verla é ignoro, de consiguiente, si se han reproducido (1).

*
* *

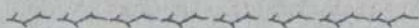
De lo expuesto se deducen, á mi entender, las siguientes conclusiones:

1.^a Que la dismenorrea, obrando sobre un organismo favorablemente preparado por repetidos sufrimientos morales, fué la causa determinante de los ataques epilépticos; así se explica la subordinación de éstos á la periodicidad de aquélla hasta que una enfermedad intercurrente vino á romper esta armonía, y que una vez curada la dismenorrea, no sólo disminuyese la frecuencia é intensidad de dichos ataques, sino que la nueva aparición de éstos, después de haber cesado aquella causa, se efectuase con entera independencia de la evolución uterina: y

2.^a Que aun que, debido á la inconstancia de la enferma en el tratamiento, no ha sido posible juzgar el alcance de la acción antiepiléptica de la fórmula del Dr. Betcherew, sin embargo, ha permitido apreciar que la asociación del *adonis vernalis* y la codeina, al bromuro potásico, vigoriza aquella pro-

(1) Hace poco tiempo que la ví incidentalmente y me dijo que no habían vuelto á reproducirse los ataques, á pesar de que hacía cerca de un año que no tomaba la medicina; pero hay que observar que, separada del marido, ha estado exenta durante este tiempo de los disgustos y sinsabores que antes en la vida conyugal sufría con frecuencia.

piedad privativa de esta substancia, pues con dosis mucho más reducidas se consiguen los mismos favorables efectos, lo cual facilita su administración evitando los peligros del bromismo.



ESTUDIO SOBRE
UNA FORMA DE LARINGITIS AGUDA DE LA INFANCIA
SIMULANDO EL CRUP (*)

POR

M. HEPP

interno de la clínica de Mr. Descroizilles

TRAD. POR

D. Gabriel Oliver y Mulet



I

LA casualidad nos ha hecho observar, entre los niños enfermos de nuestro servicio, en el mes de Noviembre de 1896, con algunos días de intervalo, dos casos de laringitis no diftérica acompañados de una difenea continua con inspiración ronca idéntica á la del crup.

Estos dos casos nos han llamado la atención por su gran analogía sintomática con el crup, apesar de la falta de toda falsa-membrana faríngea y laríngea; los síntomas que les acompañaban los diferenciaban, por lo tanto, completamente de la laringitis estridulosa clásica; constituían, pues, para nosotros, verdaderas excepciones clínicas que merecían llamar nuestra atención,

Pronto el trabajo á que nos habíamos entregado con motivo de estos dos casos, entre los enfermos del hospital, nos permitía obtener, de nuestros colegas, dos nuevas observaciones casi idénticas á las nuestras; uno de los externos de nuestro servicio M. Foscier, nos remitía una análoga recogida en Reims, y después M. Watelet, ante el cual,

(*) De la *Gaz. des Hôp.*, París, 1897.

tuvimos ocasión de hablar de uno de estos dos casos nos dió la historia de un enfermo bajo todos los puntos comparable á los nuestros.

La multiplicidad de casos tan concordantes recogidos en tan corto espacio de tiempo, nos hizo pensar de pronto que encontraríamos en los libros clásicos una mención más ó menos breve de la variedad clínica que nos ocupa: en vano hojeamos las obras clásicas; ninguna hacía alusión á una forma de laringitis aguda no diftérica simulando el crup; todas consignaban la limpieza de los caracteres distintivos de la laringitis estridulosa por su debut brusco, nocturno, dramático, por su difnea que se manifiesta por los abscesos de breve duración sujeta á repeticiones efémeras; algunas señalaban someramente que la difnea, después de haber aparecido bruscamente, puede persistir durante algunas horas, yendo acompañada de un poco de tiro.

No hemos visto hechos comparables á los nuestros más que en la tesis de Touchard (París, 1893). Demuestra, Touchard, en su tesis que las laringitis de la infancia pueden ir acompañados de alteraciones difnéicas análogas á las del crup, pero cita en apoyo de su tesis, hechos diferentes que no constituyen reunidos una entidad morbosa bien definida, que se pueda comparar y oponer al crup. Empero, la casualidad nos ha hecho observar una serie de casos muy semejantes los unos á los otros, en los cuales, el síntoma saliente es una difnea continua inspiratoria, acompañada de tiro y de ronquido, que sobreviene progresivamente, sin causa, ya en un estado de salud perfecta, ya en el curso de un constipado ó de una traqueitis ligera. Estos casos recuerdan el crup súbito; merecen, según nuestro parecer, hacerlos públicos ya en razón de su importancia diagnóstica, ya por el interés referente á su estudio patogenético y á las deducciones terapéuticas que resultan de su evolución.

Hemos expresado nuestro asombro al ver que una forma morbosa de la que en un mes hemos observado dos casos, recogiendo algunos más desde que nos llamaron la atención, haya podido pasar completamente desapercibida ó á lo menos estar olvidada en nuestros tratados.

Reflexionándolo, la razón del desconocimiento de ciertos hechos aparecen bastante claro.

Trousseau, Bouchut los iniciadores, no tuvieron más que un objetivo; salir del caos de las difneas infantiles de origen laríngeo, algunas especies bien definidas, que respondían á grandes diferencias etiológicas y, con este objeto, no titubearon en tomar únicamente los tipos extremos, para individualizarlos, sin tener en cuenta los casos intermedios, en verdad, excepcionales.

Hicieron así una obra útil y de valor si se tiene en cuenta el nivel científico de su tiempo, pero separándose con propósito deliberado, por así decirlo, de la variedad clínica más variable en sus manifestaciones. La equivocación de los que les han seguido, ha sido en este, como en muchos otros conceptos, el escuchar y repetir religiosamente lo mismo y adaptar los hechos á su descripción, sin ver que su descripción, para ser comprendida, tuvo que separarse de la realidad y hacer un medio de observación.

Los progresos de la bacteriología, que lo ha puesto todo á discusión en medicina, modificando profundamente lo que á la difteria se refiere, y en lo que está relacionada nuestra cuestión, nos ha obligado á todos á mirar las cosas de otra manera, con espíritu más libre, lo que al crup se refiere, á tener más en cuenta lo concerniente á las difneas laríngeas del elemento etiológico, del elemento infeccioso que del aparato sintomático.

Hemos sufrido, como todos, esta nueva tendencia de espíritu; y nos ha inducido de pronto, por así decirlo, sin tener una larga experiencia, á considerar en los casos que relatamos, apesar de la enseñanza y las tradiciones que hemos recibido, los síntomas mecánicos como innegables, bajo el punto de vista del diagnóstico, á falta de los signos de intoxicación microbiana que generalmente traducen. Es esta tendencia que nos obliga hoy, ahora que la marcha de los hechos nos parece ha legitimado nuestra primitiva inducción, á describir esta variedad de pseudo-crup no diftérico y á considerarlo, á despecho de las apariencias y de las antiguas descripciones, muy aproximado á la laringitis estridulosa.

Nuestras solas observaciones nos permiten establecer su historia y su parentesco.

Los datos etiológicos son poco importantes. Siempre nuestra forma de laringitis se observa en la infancia, sobre todo, en la primera edad: nuestros enfermos tienen 9, 14, 20 meses, tres años, máximo 5 años. El sexo no tiene, al parecer, ninguna influencia.

Pocos son los detalles importantes en los antecedentes hereditarios ó personales de los niños; conviene, empero, notar que los individuos de las observaciones I y IV habían padecido antes el falso-crup. Lo referimos con tan buena voluntad, que en uno de los casos, la madre, que nos dió este dato, nos declaró que no encontraba analogía entre el estado actual de su hijo y el estado que presentaba cuando padeció la laringitis estridulosa. La dentición parece jugar en dos casos (I y III) el papel de causa predisponente de los accidentes.

En general, nuestras observaciones son de niños robustos de apa-

riencia, en absoluto, sana, con mayor desarrollo que el correspondiente á la edad, de laringe ancha; el tubo de dos años es demasiado pequeño para la laringe del niño de la observación II, por lo que lo expelía.

Todos estos casos, exceptuando uno de ellos (obs. VI), han sido observados en el otoño, siendo la estación fría y húmeda, reinando una epidemia de grippe infantil, señalamos el hecho sin sacar ninguna consecuencia.

La enfermedad empieza con más ó menos rapidez, generalmente de la manera siguiente: el niño después de algunos días, tiene fiebre, malestar, escalofríos, tos ronca, un poco de dificultad respiratoria y sin nuevos fenómenos, la respiración se vuelve sonora, sibilante y la difnea se acentúa progresivamente; muy pronto sobreviene tiro supra y después sub-external acompañado de síntomas asfíxicos. Tal fué el principio en cinco de nuestras seis observaciones, en la sexta fué brusco marcado por un absceso de sofocación que sobrevino en el curso de una laringo-traqueítis ligera y la difnea permanente se convirtió en un absceso de sofocación, acompañado de tiro.

En la observación II y en la observación VI, al mismo tiempo que sobrevenía la difnea, desapareció la tos y la voz; en los otros casos la voz quedó clara, la tos era ronca, semejante al ladrido de un perro.

En ninguno de nuestros enfermitos ha empezado el tiro por la noche: en todos los casos la noche no ha producido agravación ni el día ninguna remisión.

En el período de estado la sintomatología fué notablemente idéntica en todos los casos.

La enfermedad está esencialmente constituida por una difnea permanente de origen francamente laríngeo, marcada por una inspiración difícil, activa, sibilante que se parecen notablemente la ronca del crup é indicando el obstáculo para el paso á través de la laringe; la expiración es relativamente libre. La ronca de la inspiración muy pronto va seguido de tiro al principio supra external. El niño pone en juego todas sus fuerzas inspiratorias, lucha visiblemente para hacer penetrar aire en su pecho.

Según sea el obstáculo laríngeo más ó menos considerable va acompaña la difnea más ó menos pronto de asfíxia.

Algunas veces el tiro es únicamente supra-external, los pómulos y los labios del niño se ponen un poco violáceos; la situación no es de inminente peligro; otras veces la difnea es extrema, el surco intercostal se acentúa exageradamente, á cada inspiración el niño está pálido,

inerte, su mirada es vaga, fija ó indiferente; este es el cuadro de la asfixia blanca que amenaza una próxima muerte.

Este estado tan grave puede sobrevenir muy pronto, en dos horas en la observación VI, ó necesitar para llegar á este grado dos ó tres días.

La difnea permanente puede, además, no ser el único fenómeno: algunas veces es interrumpida por abscesos de sofocación que pueden poner en peligro inmediato la vida del niño, una tos convulsiva marca el fin de la sofocación y la respiración recobra su timbre sibilante en la inspiración que marca la difnea continua. Pero ninguna falsa membrana es expelida, como veremos, ni es arrastrada ó arrojada en el momento de poner el tubo.

La tos sobreviene por abscesos, pero sin carácter quintoso, es generalmente una tos ronca, perruna; era muy apagada en los dos niños de la observación II y VI.

Los caracteres de la voz no han sido anotados en todas las observaciones á causa de la poca edad de los enfermos que apenas hablan ó no hablan: había afonía en dos observaciones II y VI, ronca en otra, III, y clara en otra IV. Es importante notar que puede haber extinción de la voz ó afonía.

El exámen local da pocos datos.

La garganta está normal, el fondo de la faringe, los pilares posteriores del velo del paladar presentan una rubicundez un poco más viva que en el estado normal, pero no hay falsas membranas; en la observación IV encontramos en una de las amígdalas un exudado no membranoso. Además, el cuello no estaba hinchado, no había infarto ganglionar, nada indica una infección de la que la adenopatía sería el único síntoma.

El exámen de la laringe no ha podido ser practicado, ha sido intentado sin éxito en la observación I, por M. Cavillier, que lo intentó á petición nuestra, manifestando antes su excepticismo en la posibilidad tratándose de enfermos de tan corta edad.

El tacto digital del orificio superior de la laringe, al que recurrimos para practicar el entubado, nos reveló, en la observación II, una intumescencia ligera y difusa que no pudimos localizar ni precisar sus caracteres.

La auscultación del pecho no nos suministró ningún dato; en nuestros dos casos personales, practicada antes del entubamiento, nos demostró que la respiración se efectuaba mal y que el murmullo vesicular era casi nulo. Después del entubamiento reapareció el murmullo vesicular, pero toda auscultación por más cuidadosa que fuera era im-

posible por la resonancia del tubo; nos pareció percibir ruidos sibilantes y sonoros diseminados en el pecho.

El pulso era á causa de la asfixia, tanto más rápido y más pequeño cuanto más acentuada era la asfixia; es imposible darle otro carácter.

La temperatura es moderadamente elevada; llegó á 37,8, 38 y 39° de los que no pasó en nuestras observaciones y en los que no permaneció sino poco tiempo, disminuyendo tan luego se observó mejoría. Trató de la temperatura central tomada en el recto: la temperatura periférica de los miembros y de las extremidades era más baja de la normal en el período de asfixia; subió rápidamente tan luego pasó libremente el aire por la laringe.

La orina no ofrece caracteres; son oscuras y un poco escasas en el período febril: en nuestros dos enfermos (obs. I y II) de 9 y 14 meses, la hemos recogido con trabajo á causa de la edad y no hemos comprobado la presencia de la albúmina.

El estado general del enfermo es difícil de apreciar, la difnea lo dificulta por imprimir á la fisonomía su tipo especial; tan luego empieza el niño á respirar bien se puede comprobar que el hábito exterior está poco modificado; apenas ha enflaquecido por los pocos días de enfermedad, el color se vuelve rosado tan luego penetra el aire en los pulmones, demostrando que la palidez del período de estado obedece á la anemia y no á una intoxicación; se conserva el apetito y el niño come tan luego recobra la calma por la dificultad de respirar y sobreviene, por último, el buen humor y la alegría al restablecerse la permeabilidad de la laringe. En resumen, se puede decir que aparte de la respiración todas las funciones son enteramente normales.

La evolución de la enfermedad es variable según los casos. Ya la difnea aumenta rápidamente llegando en algunas horas á tener un tiro muy acentuado, y la asfixia blanca que sobreviene impone una intervención. En estos casos si no se practica la traqueotomía ó el entubado, puede el niño morir. Touchard refiere un caso de muerte en su tesis: refiere lo mismo el Dr. Fossier, externo de los hospitales, cuando era interno en Reims, uno de sus colegas no se atrevió á practicar la traqueotomía en un niño afecto de una difnea semejante á la que nos ocupa; su timidez cortó la vida del niño que murió de asfixia; la autopsia demostró que no había falsas membranas. La muerte es, pues, posible en breve plazo si no se interviene; puede ser consecuencia de la asfixia progresiva ó de un absceso de sofocación. Trousseau ha observado tres casos de muerte sobrevinida por absceso de sofocación en la laringitis estridulosa; confiesa que esta eventualidad es muy rara.

La difnea aumenta durante dos ó tres días y deja tiempo al médico para reflexionar y pesar la indicación de una intervención después de haber ensayado procedimientos terapéuticos: estos procedimientos pueden no dar resultado, (obs I y II) é imponerse la colocación de un tubo como supremo recurso; y pueden algunas veces ser suficientes para disminuir la difnea del niño y obtener la curación sin intervención quirúrgica (obs. V). Entonces la difnea disminuye progresivamente y cesa de ser permanente: á consecuencia de esfuerzos, de gritos del niño, puede reaparecer en las 24 primeras horas de una manera intermitente, marcándose por una inspiración activa, sibilante, tendencia al tiro durante algunos minutos. Nuestras observaciones I y III nos ofrecen ejemplos de esta difnea declinante discontinua. Como rapidez de evolución, como intensidad, la difnea puede, pues, presentar una gama de matices que hace imposible toda descripción absoluta; la enfermedad no tiene términos fijos. Se puede, únicamente, decir, que tiene el de la difnea y tan luego cesa ésta espontáneamente ó por el entubamiento (esto último es lo más factible) se ve al niño volver instantáneamente á la vida, su mirada pierde el carácter vago y fijo, sus mejillas se coloran, recobra sus juegos y reaparece el apetito que se marca por exigencias. Si la difnea no se vuelve á presentar, no hay propiamente convalecencia; después de un sueño reparador que sigue al restablecimiento de la respiración, el niño está curado sin pérdida de fuerzas, sin enflaquecimiento, sin indicios de su padecimiento,

II

Los signos diagnósticos de esta forma de laringitis pueden ser referidos en pocas palabras:

El debut es por fiebre, agitación, tos bronquial algunos días antes de la aparición de la difnea. Después sobreviene la difnea brusca ó progresivamente, pero caracterizada siempre por la respiración ronca y tiro progresivo y permanente, algunas veces entrecortado por abscesos de sofocación que producen un estado asfíxico más ó menos pronunciado. Desaparición de la difnea al cabo de algunos días, ya espontáneamente ya por los recursos del arte; restablecimiento rápido, sin convalecencia y sin pérdida de fuerzas. Signos negativos: falta de angina pseudo-membranosa, no es expelida ninguna falsa membrana laríngea no hay adenopatía cervical ni albúmina en la orina sin palidez ni anorexia.

Esta breve enunciación de los signos cardinales de la afección que acabamos de describir nos permitirá oponer de una manera más

clara los caracteres de esta enfermedad á los del crup y de la laringitis estridulosa.

La comparación con el crup que sobreviene inopinadamente se impone desde luego: la difnea es idéntica, su principio, su naturaleza, su evolución hacia la asfixia recuerdan exactamente el crup; la curva térmica es la misma, la facies del enfermito marca la misma ansiedad, la misma palidez por poco que la tos y la voz sean apagadas como sucede algunas veces; no falta casi nada al cuadro sintomático.

El exámen más atento del enfermo hace desaparecer las dudas: por de pronto falta la angina pseudo-membranosa, apenas la faringe está un poco rubicunda, ninguna falsa membrana tapiza las amígdalas; falta la adenopatía cervical; no solamente no está hinchado el cuello, ni edematoso sino que por la palpación no se perciben ganglios apreciables; además, nada en los antecedentes hace pensar en la difteria, los padres atribuyen á un constipado ó á una bronquitis el principio de la afección, no mentan la disfgia; el estado actual va acompañado de todos los síntomas de un catarro respiratorio, sin que se pueda hallar un síntoma que dependa de una intoxicación profunda: la albúmina falta siempre en la orina, la tos es frecuente, lo más frecuente bronca, perruna y algunas veces apagada, pero nunca es expelida ninguna falsa membrana.

Estas diversas anomalías pueden hacer suponer que la difteria no es la causa, pero no dan ninguna certeza: el crup (d' emblée) rápido puede muy bien ir acompañado de una difnea casi asfíctica aunque los signos de la intoxicación diftérica no hayan tenido tiempo para desarrollarse.

En resumen, puede uno tener duda, é imponerse la necesidad de obrar para salvar la vida del niño: el deber, en estos casos, es obrar como si se tratara del crup, hacer una inyección de suero y colocar un tubo en la laringe y después someter el caso al exámen bacteriológico. Nada demostrará mejor que la duda puede llegar á este extremo que ver á Mr. Sevestre, jefe de servicio de la difteria en el hospital de niños, inyectar y entubar dos de los enfermos objeto de nuestras observaciones III y IV.

Sólo el exámen bacteriológico puede, pues, dar una certeza absoluta en este diagnóstico tan dificultoso y todavía no fácil de dilucidar; no puede hacerse por el exámen directo pues faltan las falsas membranas en la faringe y en la espectoración; no se puede examinar más que moco y saliva, no se puede tampoco hacer cultivos más que de la saliva y del moco y es preciso contentarse con esto sólo.

El exámen bacteriológico ha sido practicado en tres de nuestras 6

observaciones; en dos casos (obs. II y IV) el cultivo en suero hecho una vez en dos tubos en la primera observación, dos veces en cuatro tubos en la segunda, fué negativo; en el III caso (obs. III) algunas colonias discretas se han manifestado en el suero á las 24 horas, y el exámen microscópico ha demostrado que estaban formadas de bacilos cortos no entre cruzados, que hacían la impresión de ser el pseudo-bacilo diftérico; esta impresión fué tan fuerte que no dejó lugar á duda y apesar de la presencia de un bacilo en el cultivo, no se repitió la inyección de suero antidiftérico del que se había hecho una inyección de 10 centímetros cúbicos.

El caso es, por lo tanto, instructivo en el sentido de que el exámen bacteriológico puede no dirimir el litigio, puesto que ningún carácter preciso permite diferenciar el pseudo-bacilo diftérico del verdadero; cuya identidad es todavía discutida. Bueno es recordar que se le puede encontrar en una laringitis simulando el crup; en el que por la falta de angina, de adenopatía, de falsa membrana faríngea y de un estado general grave permite eliminar la difteria.

Después de haber tratado las analogías y las diferencias de nuestra forma de laringitis con el crup, debemos demostrar lo que la diferencia y lo que la asemeja á la laringitis estridulosa.

Si se recuerdan las descripciones clásicas, los contrastes saltan desde luego á la vista; el principio no es nocturno, no es generalmente brusco; la difnea es continua y progresiva, los abscesos de sofocación ocupan lugar accesorio en el cuadro sintomático, la enfermedad dura dos, tres ó cuatro días y no una noche como sucede en la laringitis estridulosa. A pesar de tantas diferencias nuestra forma de laringitis es parienta próxima de la laringitis estridulosa: como ella, sobreviene en el curso de un constipado, de una traqueitis; como ella va acompañada de catarro de las vías respiratorias; como ella de una tos ronca, perruna y de ligero movimiento febril; como ella no afecta al estado general del niño que cura sin convalecencia una vez desaparecida la difnea. Entre las dos afecciones hay formas intermedias en las que el mal empieza de una manera brusca, por un absceso de sofocación: el de la (obs. VI) en la que la difnea permanente sucedió á un absceso de difnea espasmódica; estos son los casos referidos por los clásicos en los que el tiro apareció de la misma manera. Semejantes eventualidades relacionadas con el exámen de las condiciones etiológicas, prueban los estrechos lazos de unión que hay entre la laringitis estridulosa y nuestra forma de laringitis: en su comparación, el único punto que nos parece obscuro es concerniente á su patogenia, no concebimos claramente como bajo las mismas influencias aparece ya una difnea permanente

que progresa hasta llegar á la asfixia. La anatomía patológica no aclara esta cuestión; en las autopsias de laringitis semejantes á la nuestra no se ha observado más que rubicundez, hinchazón de la glótica y supra-glótica, una especie de intumescencia inflamatoria, insuficiente por sí misma para causar la oclusión de la glotis; por otra parte los autores alemanes son de opinión y como ellos M. Ruault, que los síntomas del falso crup tienen la localización infra-glótica de la inflamación.

Es preciso adoptar su opinión y ver en la localización diferente de la inflamación de la laringe en los dos casos, la causa de sus diferencias sintomáticas? No lo creemos, porque nos parece que la opinión que hace del falso crup una laringitis infra-glótica, en todos los casos, no tiene la sanción del exámen laringoscópico, casi imposible en el niño, y porque hallamos entre las dos afecciones casos intermedios que impiden atribuir á cada uno, una localización anatómica precisa: podrán, es cierto, contestarnos que en estos casos intermedios correspondan lesiones difusas, englobando las regiones, glótica é infra-glótica á la vez, lo que es necesario probar; hasta entónces permaneceremos en la duda.

En resumen; todo es obscuro en la patogenia de estas diversas formas de difnea laríngea: la que estudiamos viene en apoyo de los autores que sostienen que en la difnea crupal, la falsa membrana no es nada y el elemento espasmódico es el todo; no tenemos en esta cuestión más datos que los del tiempo de Jurine.

Personalmente somos de la opinión que las nociones adquiridas cuando se trata de las inflamaciones de los otros conductos de la economía pueden ser legítimamente invocadas al tratarse de las laringitis. Es preciso tener en cuenta un estado inflamatorio y un estado espasmódico. El primero es siempre el mismo, lleva en sí un obstáculo más ó menos considerable, pero nunca absoluto, á la permeabilidad del conducto; el segundo varía según los individuos, los temperamentos y las circunstancias; puede obrar de una manera permanente creando un obstáculo continuo ó de una manera intermitente, ocasionando una impermeabilidad brusca, completa, pero temporal. Para hacer una comparación: al nivel de la uretra posterior, una uretritis crea una disuria permanente que no reconoce por causa más que la inflamación, el elemento espasmódico interviene, y produce dificultades temporales de la micción ó una retención completa de la orina y por lo tanto, la obliteración del canal no es absoluta, el cateterismo es posible y aún fácil. Lo mismo sucede en la laringe y la práctica del entubamiento nos demuestra que, como en la uretra, el espasmo no opone al cate-

terismo más que un obstáculo apenas apreciable, aún cuando apenas pase el aire por la glotis.

En resumen; estas diversas difneas laríngeas nos parece no difieren más que por matices que crean las disposiciones congestivas y espasmódicas variables de los enfermos; esta opinión es tanto más aceptable por cuanto entre las laringitis agudas sin falsas membranas de que nos ocupamos y entre las laringitis diftericas con falsas membranas, se observan formas caracterizadas por abscesos de sofocación precoces, sin tiro, y otros caracterizados por un tiro enorme, sin abscesos de sofocación.

Nos parece del todo inútil insistir en nuestra ya amplia exposición para diferenciar nuestra forma de laringitis, de los cuerpos extraños en las vías aéreas, del asma de Kopp, de los pólipos de la laringe; basta indiquemos estas causas de error, é insistir en que únicamente los pólipos de la laringe son susceptibles de causar una difnea muy análoga á la que hemos descrito.

Es, indudablemente, más útil para el pronóstico fijar la conducta que debemos observar cuando se trata de casos cuyos rasgos acabamos de trazar.

El pronóstico de nuestra forma de laringitis nos parece tiene bastante analogía con el de la laringitis estridulosa, pero algo más grave: como en la laringitis estridulosa la difnea es el único peligro, todas las demás funciones del organismo son normales; pero en nuestra laringitis el peligro es mucho mayor.

Es cierto que puede sobrevenir la muerte por asfixia. Basta recordar el caso de Touchard y el que tenemos de Foscier: estos dos casos deben ponernos en guardia, pero no deben inducirnos á agravar el pronóstico de una manera excesiva: apesar de una difnea muy acentuada, de un tiro de dos días, vimos curó el enfermo de obs V. La enfermedad tiende espontáneamente á la curación. Esta es la primera impresión al ver que no sobrevienen transtornos generales de la economía.

El pronóstico depende, pues, exclusivamente de la difnea, de su intensidad y de su duración; á combatir la difnea debe dirigirse toda la terapéutica.

Esta será al principio, médica, después quirúrgica.

La terapéutica médica, tiene por base los antiespasmódicos y los anticongestivos; podríamos repetir todo lo que se ha dicho para la laringitis estridulosa.

Se acostará el niño en una ancha sala bien aireada, y mantenida en una temperatura media; abrigado convenientemente, pero teniendo

cuidado de no comprimir ni el tórax ni el cuello, se harán en la habitación pulverizaciones frecuentes para tener la atmósfera húmeda. Localmente se obrará colocando en la parte anterior de la laringe ya una compresa ó esponja bañada en agua muy caliente, ó una vejiga de hielo; tomará al interior valerianato de amoníaco, jarabe de cloral, una poción bromurada con hidrato de cloral, como calmantes y espasmódicos; algunas gotas de éter en un poco de agua azucarada ó ron para contener las fuerzas, si la difnea aumenta se intentará la revulsión ya por medio de sinapismos en las piernas, ya por medio de los baños de pies sinapizado muy caliente.

Con frecuencia, estos diversos medios, empleados juiciosamente, permiten al niño atravesar la crisis difnéica sin intervención: si no dan resultado, si la difnea aumenta, si el médico no ve al niño sinó después de muchas horas de tener tiro, y está ya pálido, con asfíxia, si no puede precisar, si se trata ó no de crup el esperar no es posible, es preciso proteger la vida del niño anienazada en plazo breve, restableciendo la permeabilidad del conducto respiratorio por una intervención: traqueotomía ó entubado.

Entre los dos no hay discusión posible: puede uno titubear si se debe hacer la traqueotomía, operación dramática, grave, que deja una cicatriz, con frecuencia molesta y se corre el riesgo de que un enfermo que puede curar espontáneamente contraiga una pneumonía.

El entubado no ofrece inconvenientes: no hay nada más fácil ni menos dramático que colocar un tubo, nada menos peligroso que el dejarlo colocado, puesto que la falta de falsas membranas garantiza el que no sufra obstrucción.

Siempre que debamos intervenir empezaremos por la colocación de un tubo cuya fácil ejecución nos inducirá á hacerlo con más frecuencia de lo que se practica hoy, puesto que haciendo cesar la difnea, abreviaremos la lucha y ahorraremos las fuerzas del enfermo. Después del entubado debemos recurrir á la traqueotomía, pero debemos ser más severos en la apreciación de esta indicación operatoria.

No debemos emprenderla sinó cuando el tiro es continuo y progresivo apesar de las indicaciones médicas ya tomadas y se trata de un estado asfíxico grave cuya evolución no pueda precisarse y cuya causa pasa desapercibida.

En estos últimos casos no podemos eliminar de una manera absoluta el crup como causa de esta difnea; bueno es recurrir, como lo ha hecho M. Sevestre, en dos casos, á la inyección de 10 centímetros cúbicos de suero antidiférico, al mismo tiempo que se pondrá en cultivo el moco laríngeo para saber si es preciso persistir con las inyecciones, al día siguiente.

En nuestras observaciones el tubo ha prestado á los enfermos grande utilidad, obteniendo, por así decirlo, la curación espontánea, dejando á la laringe para recobrar su estado normal y abreviando la difnea.

En nuestros enfermos el tubo ha permanecido colocado en uno 4 días (obs. III); en dos, tres días (obs. I y IV); en uno, dos días (obs. II).

En la observación II fué el tubo expelido por el niño y nos vimos precisados á colocarlo nuevamente por el retorno rápido del tiro.

En la observación III fué retirado el tubo á las 55 horas y hubo necesidad de volverlo á colocar á las pocas horas por la recidiva de los trastornos difnéicos. De estos hechos resulta, a nuestro parecer, que el tiempo que debe permanecer colocado el tubo, es de unos tres días; se puede, sin inconveniente, dejarlo colocado todo este tiempo y no tratar de quitarlo sinó transcurridos los tres días.

Algunos sinapismos y la administración del ron en el interior, en nuestros casos, al parecer, fueron adyuvantes útiles del tratamiento del entubado.

La traqueotomía ha sido practicada en un caso; el resultado fué bueno, el segundo día se pudo ya suprimir la cánula y dejar cicatrizar la herida, pero, apesar de esto, opinamos que no se debe recurrir á esta operación sinó excepcionalmente.

De todas maneras una vez restablecido el paso del aire, el pronóstico se vuelve excesivamente benigno y se puede asegurar la curación. Esto es todavía otra notable diferencia entre nuestra forma de laringitis y el crup-diftérico.

Las conclusiones que pueden deducirse de este trabajo son las siguientes:

- 1.^a Hay una forma de laringitis aguda primitiva de la infancia, no diftérica, caracterizada por una difnea permanente, progresiva, interrumpida por abscesos de sofocación, que pueden ocasionar la muerte por asfixia, en un todo semejante á la del crup.
- 2.^a Esta laringitis no es una laringitis pseudo-membranosa; se acerca á la laringitis estridulosa por sus condiciones etiológicas y por la falta de sintomas de una intoxicación general.
- 3.^a Puede esta laringitis necesitar, por la gravedad de la difnea que acompaña su evolución, una intervención quirúrgica reservada, hasta aquí, al crup.
- 4.^a Quizás puedan involucrarse en esta afección, muchos casos de crup súbitos, sin angina diftérica, observados antes del período bacteriológico de la difteria.



LIPOMA DEL TENSOR DE LA FASCIA LATA (*)

POR EL

Dr. CHAVANNAZ

TRAD. POR

D. Pedro Jaume y Matas

LOS lipomas intramusculares son conocidos de hace poco tiempo: si Paget y Cruveilhier admitían su existencia, Despres, por el contrario, dice así en la tesis de agregación: «salvo dos casos de lipoma de la lengua, uno de los cuales era fibroso, nunca han existido dentro la trama de un músculo y hasta son muy raros en los intersticios musculares.»

Le Dentu cita dos lipomas intramusculares debidos á Volkmann y á Faraheuf, y por su parte añade: «Se trata de puras curiosidades anatómo-patológicas».

Pallouson y Tedenat se ocupan de esta variedad de tumores cuyo estudio sirve de texto para las disertaciones inaugurales de Ribet y de Malençon; pero todavía no citan más que observaciones sumamente escasas en número.

En suma, son muy raros los lipomas intra-musculares y precisamente á causa de esta circunstancia se debe el habernos determinado á relatar el siguiente caso que hemos observado en el servicio clínico de nuestro maestro el profesor Demons.

Rosa A..., de cincuenta y tres años, labradora, entra en el hospital de San Andrés, el 25 de Enero de 1896. Su padre sufrió varias bronquitis y murió leproso; en cuanto á la madre sucumbió de un ataque apoplético.

Reglada á los once años, Rosa A..., ha tenido dos hijos que gozan de buena salud; nunca ha estado enferma y en sus antecedentes no se hallan indicios de sífilis ni tuberculosis.

Hace unos veinte meses cayó dando con su nalga derecha contra el suelo y á partir de entónces experimenta de vez en cuando dolores lumbares y en dicha nalga que sigue muy sensible á los menores choques.

Cuatro ó cinco meses más adelante la enferma recibe en el mismo sitio una cornada de una vaca que le origina un ligero equimosis.

(*) De los *Archives Cliniques de Bordeaux*, En. 1897.

En fin, transcurridos cinco meses, al meterse en cama, da con el muslo derecho contra un calentador, sintiendo un dolor tan fuerte que no le permite dormir en toda la noche ni moverse en el lecho.

Diez días después, Rosa A..., se apercibe de un tumor del tamaño de un huevo en la parte superior del muslo derecho, y en vista del aumento del volumen se decide ingresar en el hospital.

Al momento de entrar se observa: delante del gran trocánter derecho y un poco por debajo de la espina ilíaca anterior correspondiente, un tumor de las dimensiones de una manzana, un poco alargado siguiendo el eje del miembro; los tegumentos no presentan á este nivel ninguna modificación en su color ni ofrecen vascularización anormal. Este tumor es de consistencia uniforme y la palpación manifiesta que es bastante duro y no fluctuante, independiente de los tegumentos, movable por su base y sensible á la presión. La espina ilíaca antero-superior no está aumentada de volumen ni dolorosa al comprimirla. Nada en la articulación coxo-femoral ni en la columna vertebral.

El 29 Enero después de cloroformización y de las precauciones antisépticas en uso, incisión de diez centímetros siguiendo el eje del tumor. Se observa de seguida que se trata de un lipoma situado entre las fibras del tensor de la fascia lata, del que se puede aislar con facilidad.

Hemostasia y sutura con crin de Florencia. La enferma sale del establecimiento el 9 de Febrero completamente curada.

Este lipoma, del tamaño de una naranja pequeña, ofrece al exámen microscópico tabiques interlobulares algo consistentes de tejido fibroso; es un lipoma fibroso.

Nos permitiremos ahora exponer algunas consideraciones relativas á nuestra observación.

No hay por qué insistir sobre el sexo, por más que según Ribet el lipoma intra-muscular es dos veces más frecuente en el hombre que en la mujer.

En lo que atañe al sitio, no conocemos otro ejemplar de lipoma del tensor de la fascia lata. Según los autores, los músculos del funcionamiento activo son las más predispuestos como el biceps braquial, triceps crural, pectoral mayor, gran dorsal, adductor mayor y deltoides.

¿La localización del caso presente puede relacionarse con los traumatismos que se mencionan en la anamnesis de nuestra enferma?

Entre los casos reunidos por Ribet, no encontramos más que el de Monod, en que la aparición del tumor haya ido precedido de un traumatismo. Por nuestra parte, no creemos que tal causa pueda invocarse

para explicar la formación de un lipoma profundo. Pero si estos traumatismos no explican la génesis de nuestro tumor complicaban el diagnóstico y antes de la operación se podía esperar hallarse con un antiguo hematoma, un quiste hidatídico, lo mismo que con un lipoma intramuscular.

LOS MICROBIOS DE LA LECHE DE MUJER

TRAD. POR

D. Antonio Marcús y Cabot

A PESAR de un gran número de trabajos practicados acerca de la presencia de gérmenes microbianos en la leche de mujer, esta cuestión no puede hoy considerarse como definitivamente resuelta. Mientras que varios observadores han encontrado la leche de mujer sana, completamente libre de microorganismos, la mayoría de autores han llegado á la conclusión de que la leche de las mujeres sanas contiene con frecuencia numerosos microbios patógenos, como por ejemplo, el estafilococo blanco. Sin embargo, dada la importancia del asunto, nos ha parecido interesante el trabajo de Kæstlin (*).

Este autor ha sometido al exámen bacteriológico más minucioso las secreciones de las glándulas mamarias de 100 mujeres embarazadas y de 137 parturientas. Entre estas mujeres las había enfermas, (fisuras, grietas del pezón, fiebre puerperal, etc.). Examinó, además, la leche de 60 recién-nacidos y la superficies de las mamas.

Comprobó que la leche, en la inmensa mayoría de casos, contiene gérmenes microbianos: en las mujeres embarazadas los encontró en el 86 por 100; en las parturientes en el 9 por 100; y en los recién-nacidos en el 75 por 100. El estafilococo blanco fué el germen que con más frecuencia descubrió. Los microbios penetran ordinariamente en las vías galactóforas, desde la superficie de la mama donde se hallan siempre en gran número. Una vez que han invadido los conductos galactóforos, los microbios permanecen relativamente inertes lo mismo para la madre que para el niño. La mamitis es producida por los microbios, pero éstos penetran en la glándula por otra vía, principalmen-

(*) *Arch. für. Gynecol.* V. LIII. — *La Med. Scientif.*, 1897.

te por lesiones del tegumento cutáneo y por los vasos linfáticos. La forma de la enfermedad depende del microbio patógeno: la inflamación simple de la glándula es producida por la introducción en los tejidos de los estafilococos y sobre todo del estafilococo *aureus*. Los estreptococos determinan una forma más rara—la pseudo erisipela ó el absceso—. Mientras que la flogosis determinada por la penetración de los microbios desde fuera, es fácil de demostrar, no puede considerarse como probada la inflamación producida por la penetración de los microbios por los vasos sanguíneos. No puede creerse que los microbios pasen desde los vasos de la glándula á la leche.

APLICACIÓN DE LOS RAYOS ROENTGEN

Á LA MEDICINA (*)

XV

ROENTGENOGRAFIA ESTEREOSCÓPICA.—El profesor Exner presenta (á la Imp. y Real Soc. de los médicos de Viena, Junio, 1897) un estereoscopio con röntgenografías de una aguja clavada entre los huesos del antebrazo de un niño. Se recibe la inspección plástica de la aguja situada en las partes blandas transparentes, inclinada hacia los huesos y perforando el ligamento interóseo. Las dos reproducciones que componen la imagen estereoscópica se hicieron de la manera usual, sólo que entre la primera y la segunda se desvió lateralmente el tubo de Röntgen. Hace ya un año que por sugestión de E. Mach prepararon imágenes estereoscópicas Eder, de Viena (un ratón) y Pfaundler, de Graz (mano inyectada). Mach tuvo también la idea de reunir directamente las dos imágenes proyectadas sobre una pantalla de fluorescencia; pero la reproducción quedaba borrosa. El conferenciante ha conseguido esta reunión, gracias á los modernos recursos perfeccionados.

El mismo brazo fué transradiado por dos tubos de Röntgen yuxtapuestos, proyectando sobre la pantalla de cianuro barioplátinico dos sombras, que miradas con un estereoscopio adecuado, ofrecían la imá-

(*) Vid. REV. BAL. DE CIEN. MÉD., tom. XIII, págs. 239—250.

gen corporal de la aguja al igual de las fotografías presentadas. Hay que limitar convenientemente las dos eskiografías mediante pantallas de plomo. El efecto estereoscópico puede resultar exagerado, es decir, el extremo de la aguja dirigido hacia el espectador, resalta demasiado, mientras el opuesto retrocede demasiado. Este inconveniente es consecuencia de la imposibilidad de acercar bastante uno al otro los dos tubos de Röntgen sin que se cubran en parte las dos eskiografías.

Queda, pues, realizada la esperanza de poderse enseñar directamente la posición de un cuerpo extraño, y es de creer que se logrará ver corporalmente, á través de las partes blandas, los cuerpos extraños y los instrumentos introducidos para su extracción, pero por ahora los resultados son todavía tan imperfectos, que no hay que pensar en la aplicación práctica del método estereoscópico. Por el pronto, resulta aún mucho más exacto el método expuesto por el conferenciante en una de las últimas sesiones del año pasado.—(*Rev. de Med. y Cirugía prácts.*—*Wiener. Klin. Wochens.*)—(G. SENTIÑÓN).

XVI

SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS RAYOS ROENTGEN AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.—(Dr. E. Ausset, *Revue de Pneumologie*).—Después de exponer el autor los hechos experimentales debidos á Lortet, que indican claramente la acción de los aludidos rayos sobre la tuberculosis provocada, y los clínicos de Du Castel y Rendu, expone un caso propio, tratado con este medio antes que el de los últimamente citados autores.

Hélo aquí en síntesis:

Niña de 7 años, hija de madre tuberculosa, desnutrida, casi caquéctica, con los vértices pulmonares seriamente afectados, con diarrea continua y anorexia, con degeneración tuberculosa de los ganglios mesentéricos y propagación del mismo proceso á la serosa peritoneal. En este estado, y á raíz de esta comunicación de Lortet el Dr. Ausset se propuso indagar la acción que los rayos Röntgen ejercerían sobre los ganglios mesentéricos fácilmente observables con el exámen bimanual, dejando de lado la afección pulmonar por estar en un período demasiado avanzado.

Diez y seis aplicaciones de los rayos se hicieron sobre el abdomen de la enfermita y aparte de provocar la emesis, y esto tan sólo dos días, la acción de este medio no fué seguida de ningún fenómeno marcado. Los resultados que se obtuvieron pueden sintetizarse en un aumento de peso (530 gramos), disminución de la anorexia, vientre me-

nos dolorido y niña más alegre. Por lo demás, después de la 16ª aplicación, habiéndose agotado la carga de los acumuladores, se interrumpió el tratamiento, y rápidamente la enfermita fué perdiendo tan efímeras ganancias para terminar su vida á los 15 ó 20 días de la última aplicación.

En la autopsia, aparte de lo característico de sus lesiones pulmonares, halláronse todos los ganglios mesentéricos hipertrofiados y gran número de granulaciones miliares sobre el peritoneo, el hígado y el bazo. Tal es el caso. Y aunque el autor se esfuerza en querer que signifique algo, parece que su valía, como favorable al uso de los repetidos rayos, es bien poco. Y contribuyen, á mi modo de ver, dos hechos: el primero, que el Dr. Ausset no diese comunicación de este caso hasta que Du Castel y Rendu publicaron el suyo; y el otro, más significativo, el de que por haberse agotado la carga de unos acumuladores se suspendiese un tratamiento que daba buenos resultados.—(*Gaceta Médica Catalana*).—(BASSOLS Y PRIM).

XVII

CUERPO EXTRAÑO INTRAPULMONAR Y RADIOGRAFÍA.—El doctor González Alvarez (Real Acad. de Med. de Madrid, ses. de 12 Jun. 97): Trátase de una niña de nueve años, que en Mayo de 1896, teniendo una aguja de crochet en la boca, cantó y la penetró aquélla en el conducto respiratorio, lo cual le provocó inmediatamente una tos espasmódica, que cesó á la media hora. Después se reprodujo la tos, sin que se pudiera determinar el sitio en que se hallaba la aguja; pero en el mes de Mayo del corriente año, y después de tres ó cuatro accesos de tos seguidos de esputos sanguíneos, tuvo un fuerte escalofrío, fiebre de cerca de 40º, eclampsia y síntomas pneumónicos en el lado izquierdo. A los siete días remitió la calentura, pero subió de nuevo á 39º5, y arrojó la enfermita gran cantidad de pus, después de un acceso de tos. La fiebre disminuyó, y volvió más tarde á espectorar otra vez sangre y pus. Trajeron lo niña á Madrid, y la encontré bastante restablecida, observando tan sólo disminución del murmullo vesicular y un frote raro semejante al de una válvula al final de la inspiración, entre el ángulo inferior del omoplato y la axila del lado izquierdo. El Dr. Espina la sometió á la radioscopía, y se vió que la aguja ocupa una extensión de 5 centímetros, desde la parte superior del pericardio á la inferior del quinto espacio intercostal izquierdo; por lo tanto, se puede inferir que dicho cuerpo extraño atravesó los bronquios, llegó al vértice del pulmón izquierdo, y recorrió este órgano para llegar al sitio en que hoy

día se encuentra, y á su vez, que con aquél penetraron en el pulmón pneumococos y los bacilos de la supuración que ha sido la causa de la pneumonía y de la vómica.

En el mes de Junio anterior aconsejé la expectación y prohibí en absoluto todo movimiento enérgico, como saltos y flexiones; por último, creo que se debe seguir la misma conducta, hasta que la aguja haya descendido hasta el octavo espacio intercostal, en donde podrá procederse á su extracción (á continuación presentó la fotografía obtenida con los rayos Röntgen y la niña de referencia.—(*Rev. de Med. y Cir. prácts.*).—(CODINA CASTELLVÍ).

XVIII

LOS CÁLCULOS VESICALES ANTE LOS RAYOS DE ROENTGEN.—El profesor v. Frisch, (Imp. y Real Soc. de los médicos de Viena, Abril, 1897): dice que recientemente ha tenido varias veces que intentar la investigación de la vejiga mediante los rayos de Röntgen, porque los pacientes lo exigían negándose á someterse á la exploración con la sonda. Como era de preveer, dada la posición de la vejiga en el interior de la pelvis ósea, el resultado fué poco satisfactorio. Aún en dos casos de palpable cálculo renal, no logró hacer visibles las concreciones con los rayos de Röntgen. Estudiando luego los cálculos de diversa composición con dichos rayos, resultó que los uratos se presentan tan pálidos, que probablemente no se logrará nunca hacerles visibles en la vejiga ó la pelvis renal del vivo. Los que más claros se ven son los de oxalato de cal. En cuanto á los cálculos de fosfato, su visibilidad depende de su estructura, de si es cristalina ó amorfa; en este último caso, los fosfatos se parecen á los oxalatos, presentándose oscuros.—(*Rev. de Med. y Cir. prácts.*—*Wiener. Klin. Wochens.*).—(G. SENTIÑÓN).

XIX

VALORACIÓN DEL TAMAÑO Y FORMA DEL CORAZÓN POR MEDIO DE LOS RAYOS DE ROENTGEN.—Campbell Thomson, reconociendo que poseen los clínicos para el exámen del corazón, poderosos medios, como la palpación, la percusión y la auscultación, observa que en ciertos casos pueden surgir discrepancias considerables á causa de apreciaciones individuales, además de que ciertos contornos irregulares producidos por aneurismas cardíacos ó por aneurismas de la primera porción de la aorta, pueden tener necesidad de más evidente ilustra-

ción; por todo esto pensó en utilizar los rayos de Röntgen para obtener un trazado exacto del contorno del corazón. Se sirvió para este objeto de la acostumbrada lámina fluorescente, sobre la que fijaba el papel. Por medio de una pluma y de un lápiz, convenientemente colocados entre la caja torácica del examinando y la lámina, pudo obtener el trazado propuesto. Hasta ahora ha experimentado sobre corazones normales; más adelante, vencidas que sean algunas dificultades técnicas, extenderá sus observaciones á los sujetos enfermos.—(*The Lancet*.—*La Clínica Moderna*.—*Gaceta Médica Catalana*).—(CAMPÁ).

XX

APLICACIÓN DE LOS RAYOS ROENTGEN PARA FOTOGRAFIAR LOS HUESOS DE LA CARA.—El Dr. Combe (Acad. de Medicina de París, Junio, 1897): El procedimiento consiste en tomar una película fotográfica muy blanda que ha estado encerrada cuidadosamente en el laboratorio en un saco blando de cautchuc negro para que no pase ningún rayo luminoso. Esta película blanda se fija sobre una bóveda palatina artificial de vulcanita, moldeada exactamente á la boca del sujeto. Esta placa rígida delgadísima, sobre la que se extiende la película, se introduce en la boca y se sostiene por medio de los dientes de la mandíbula inferior; los rayos de la ampolla se dirigen perpendicularmente, durante seis á ocho minutos, sobre la región que se quiere fotografiar. La distancia del tubo á la cara debe ser de 45 centímetros para evitar todo accidente de la piel. Las pruebas obtenidas representan: una la parte anterior del maxilar superior, donde se ven con toda claridad las raíces de los incisivos y de los caninos, en la otra se nota la presencia de un tubo metálico introducido en el seno maxilar.—(*Rev. de Med. y Cir. práct.*).—(F. TOLEDO).



REVISTA DE VETERINARIA

LA ENFERMEDAD DE LA MOSCA TSETSE EN EL ZOULOULAND. La enfermedad producida por esta mosca, llamada *Nagana* por los indígenas, se observa en el caballo, el asno, el buey y el perro; su duración varía de algunos días hasta algunas semanas ó meses; es siempre fatal para el caballo, el asno y el perro, pero en los paquidermos armados se observan algunas curaciones.

Esta enfermedad está caracterizada por fiebre, destrucción más ó menos rápida de los hematíes, enflaquecimiento extremado, infiltración de linfa coagulable en el tejido celular subcutáneo del cuello, del abdomen y de los miembros.

El exámen *post-mortem* demuestra: una substancia gelatinosa amarilla en el tejido celular subcutáneo y en el pericardio, equimosis en diferentes regiones, congestión y degeneración grasosa de nuestros órganos.

Esta enfermedad está limitada geográficamente, á ciertas regiones calientes y húmedas, que están situadas en la Zouloulândia, en la vasta llanura que se extiende desde la costa hasta unas 50 millas al interior.

La enfermedad no es nueva: existe en estos parajes desde tiempo inmemorial.

La mosca Tsetse («*Glossina morutans*, Wetswood) tiene 11 milímetros; en la parte superior de su abdomen existe una línea amarilla longitudinal con cuatro señales amarillas que cortan á esta línea en ángulo recto.

En 1894, el Médico Mayor David Bruce A. M. S. descubrió que la sangre de los animales atacados contenía constantemente un hematozoario que nunca había encontrado en Africa, pero que considero idéntico, ó por lo menos muy semejante al *Trypanosoma Evansi* encontrado en el *surra*, enfermedad observada en la India. Sin embargo, el *surra*, tal como se le conoce en la India, no ataca á los paquidermos armados.

En la sangre fresca los hematozoarios se presentan bajo la forma de cuerpos alargados, dotados de un movimiento muy activo; tiene de ancho la cuarta parte de un glóbulo rojo, y de largo dos ó tres veces dicho glóbulo. Una de las extremidades se termina bruscamente en punta: la otra se prolonga, presentando constantemente el movimiento de un látigo. El cuerpo es cilíndrico y está provisto de una membrana

longitudinal transparente que también está agitada de un movimiento constante.

El Dr. Bruce cree que la mosca sólo obra trasladando los microbios de los animales infectados á los que son susceptibles de serlo, y que no produce la enfermedad por un veneno que ella elabora.

Un número limitado de moscas puede morder muchas veces á un animal susceptible sin producir ningún efecto; pero si se coloca un caballo en la región de las moscas sólo conserva la inmunidad algunas horas, ó bien, si se toman las moscas de la región donde habitan y se transportan á un distrito sano, al colocarlas sobre un animal, casi siempre se declara la enfermedad.

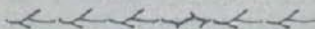
Cinco moscas que habían sido guardadas en una caja, se las dejó morder, todos días, el abdomen rasurado de un perro pequeño, desde el 25 de Septiembre hasta el 28 de Noviembre, y el animal no contrajo la enfermedad.

Por otra parte, las moscas que se habían alimentado durante muy poco tiempo en un perro enfermo, se las dejó morder á otro perro los días 21, 23, 25 y 29 de Noviembre, y el 5 de Diciembre se encontró el hematozoario en la sangre del perro.

Para demostrar que ni los alimentos ni el agua son la vía por donde se comunica la enfermedad, se colocaron dos caballos sanos, provistos de bozal, en la región de las moscas desde las 10 de la mañana hasta las 4 de la tarde los días 19, 24 y 29 de Septiembre, no permitiéndoles pastar ni beber. Nueve moscas se posaron sobre ellos y los dos murieron.

Otra experiencia consistió en llevar á Ubombo moscas tomadas en las comarca llana, y dejarlas morder á un caballo sano; 129 moscas fueron empleadas así durante diez días, desde el 29 de Noviembre al 14 de Diciembre. El caballo cayó enfermo el 15 de Diciembre y se encontró el hematozoario en su sangre.

Queda todavía por descubrir el origen donde la mosca adquiere el hematozoario.— (*The Lancet*.—*Rev. de San. Militar*).



NOTAS CIENTÍFICAS

Cáncer verde

El Dr. Paviot ha referido en la Sociedad Médica de Lyon un caso nuevo de cáncer verde. El exámen de la sangre hecho en vida del enfermo, demostró que había aumento de número de glóbulos blancos ó al menos de los linfocitos. La temperatura fluctuaba jentre 39 y 40°. Al hacer la autopsia se descubrió hipertrofia de los ganglios, del mesenterio, del páncreas, de la axila, de la ingle, etc.; color verduzco de los huesos, de la médula ósea, de los riñones y de las espacios portas del hígado. Este caso confirma la teoría de la naturaleza leucocitémica del cáncer verde. Esta neoplasia es probablemente idéntica á la leucemia aguda descrita por Ebstein y Fränkel.—(*Lyon Medical.—Rev. de Med. y Cir. prácts.*).—(F. TOLEDO).

BIBLIOGRAFÍA

Reunir en un pequeño volumen lo mejor que sobre medicina, cirugía y obstetricia se escribe cada semestre en España y en el extranjero, es obra de reconocido mérito que pueden apreciar cuantos posean los *Anuarios de Medicina y Cirugía* que periódicamente vienen publicando los editores señores Bailly-Bailliére é hijos.

El progreso incesante de las ciencias médicas hace que las obras de medicina queden relativamente antiguas apenas publicadas. Las teorías nuevas, los procedimientos operatorios, los remedios últimamente descubiertos, los aparatos é instrumentos quirúrgicos que á cada paso se inventan, los modernos análisis químicos y bacteriológicos, y la acción especial demostrada por la observación en los medicamentos ya conocidos, son asuntos que no pueden contener los tratados especiales y que indudablemente justifican la publicación de un libro donde se contengan todos ellos.

Hemos recibido el *Anuario* correspondiente al semestre que finó en 31 de Diciembre último, tomo XXIV, y las anteriores consideraciones nos las ha sugerido el exámen que de él acabamos de hacer, y por ellas juzgarán nuestros lectores lo útil y necesario que es á médicos y cirujanos tal obrita, cuya confección se debe al Dr. D. Gustavo Reboles y Campos.