

# REVISTA BALEAR DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBLICACIÓN QUINCENAL

ÓRGANO DEL COLEGIO MÉDICO-FARMACÉUTICO DE PALMA

✻ AÑO XIII ✻

✻ 15 MARZO 1897 ✻

✻ NÚM. 5 ✻

## MONTE-PÍO MÉDICO BALEARICO

POR

D. Pedro Jaume y Matas

**N**o há mucho tiempo, al dar cuenta de las tareas y empresas de nuestro Colegio, decía, á propósito del proyectado Monte-pío: que la prosa de la vida se impone más abrumadora al médico que á los demás; que despreciamos la aritmética en materia de intereses económicos, sagrados para nuestras familias, y que es una verdadera desdicha el no saber unirnos con los vínculos de una sociedad de socorros mutuos, como saben hacerlo los más vulgares braceros. Hoy, á trueque de ser pesado, voy á insistir sobre lo mismo.

Es por demás sabido, que los potentados y sus descendientes no se dedican á ejercer nuestra carrera, que supone abnegación y dista mucho de ser lucrativa, lujosa ó llena de comodidades. Nada de esto. El neófito ya ingresa con el bien entendido que con muchos trabajos, sinsabores y escasa remuneración va á *ganar su vida*, sin contar por delante con más capital que el ficticio de las ilusiones, no cotizable y que pronto se disipa cual sombra vana. La realidad es amarga.

Como en todo hogar tranquilo y laborioso, en el del médico la prole es numerosa y vividora. Mientras todo marcha bien se disfruta de un bienestar rayano en la holgura, no falta carruaje, diversiones y hasta el alternar con la sociedad bri-

llante; es posible casar bien las hijas y hermanas y *acomodar* á los varones iniciándoles en la misma carrera ó en otra, ó bien aplicándoles (como ciertos anélidos) al Estado en forma de subalternos, burócratas, oficiales, etc., etc. Esto en el caso más afortunado, como dicen los loteros; pero si el médico, cabeza de familia, muere joven—lo más probable, puesto que en la escala de la mortalidad ocupamos el primer lugar en la muerte prematura,—resulta que se lleva al sepulcro la llave de la despensa, y tras la pérdida del padre animoso y leal, que con su reputación daba lustre y prestigios y con sus manos subvenía á todas las necesidades de la familia, asoma la miseria descarnada é implacable. Ya sé que á muchos esto parecerá demasiado sombrío ó melodramático, porque no vivimos aislados en algún oasis, que siempre hay parientes ó amigos que tratarán de mitigar los quebrantos del infortunio; pero no es menos cierto, por desgracia, que en el citado caso, los bienhechores desfilan pronto bajo el más fútil pretexto, porque la miseria apesta y ahuyenta como úlcera gangrenosa, que todo el mundo compadece, pero nadie descubre repugnando á la vista y al olfato. No quiero proseguir pintando el camino del calvario á que se exponen la viuda ó huérfanos de toda familia prematuramente acéfala; son episodios tristes de la vida, que á fuerza de repetirse ya no conmueven ni llaman la atención.

He pensado muchas veces que gran parte de estas desdichas se podrían evitar con sólo recordar á tiempo la tan conocida reprensión de la hormiga á la cigarra: «¿quién te manda ba no guardar en verano?»

En efecto; se comprende que el ignorante sea imprevisor, ya que tiene embotada su inteligencia, y lo mismo el pobre, en que el hábito de la escasez engendra la indiferencia; pero no se concibe el desconocimiento del sentido de la realidad y la imprevisión en personas de carrera, y sobre todo de la nuestra, en íntimo contacto con las desdichas humanas.

No hay mejor medio de obviar las futuras eventualidades

materiales de nuestra vida, que la economía constante, cuyos hábitos se van perdiendo de cada día, al menos de la forma más antigua ó vulgar, para convertirse en otra clase de ahorro de resultados tanto ó más positivos y al alcance de todas las fortunas y condiciones. Me refiero al Seguro sobre la vida, verdadera hucha para el negligente ó manirroto, feliz institución moderna que no desdeñan los reyes, los magnates y muchas personas de elevada posición social, al parecer las menos necesitadas de precaverse contra los reveses de fortuna; medida que revela en ellos mayor grado de cultura social que la del vulgo. Alemania, que forma á la vanguardia del progreso, ya ha tratado de erigir el seguro en institución de carácter obligatorio.

No seamos vulgo, pues; refugiémonos en el seguro sobre la vida en forma de Monte-pío y así quedan para siempre nuestras familias al abrigo de las funestas consecuencias de la muerte, accidente tan seguro é inevitable como de ordinario precoz entre nosotros, según ya llevó dicho.

A pesar de que todos, según creo, estamos convencidos de la importancia, conveniencia y casi necesidad del Monte-pío, pocos, sin embargo, se apresuran á suscribirse, lo cual, por cierto, retrasa y hasta compromete el éxito; ya sea por considerarlo utópico ya por invencible apatía ó quizás por mal entendido amor propio, siempre desavenido con toda iniciativa extraña por más excelente que ella sea.

Aparte de estas circunstancias lamentables, no será porque no resulte tentadora la contratación, según se desprende de las bases fundamentales del proyecto, pues con una cuota insignificante de ingreso y otra mensual de ocho ó diez pesetas, según la edad del socio, éste al inutilizarse tendrá opción á 100 pesetas mensuales, y las viudas, huérfanos, padres ó hermanos del que falleciere á 75, también mensuales.

No conozco sociedad anónima alguna de seguros sobre la vida á prima fija que ofrezca semejantes ventajas.

La idea y los estudios completos de organización pertene-

cen á D. Guillermo Serra; los trabajos de investigación de las bases y medios de propaganda han sido practicados por una junta compuesta del citado Sr. Serra y de los Sres. Aguiló, Fajarnés, y Ribas (D. Rafael).

Es del caso advertir que una vez constituido el Monte-pío, al contar con número suficiente de adhesiones hay que proceder, después de discutir y aprobar definitivamente los Estatutos, al nombramiento de Presidente, Secretario, Tesorero y demás personal consultivo y administrativo por votación general, en la que han de tomar parte todos los asociados ó inscritos, que de este modo podrán depositar su confianza en quien quieran, alejando así toda sombra de monopolio ni pretexto de antagonismo de carácter ó personal. Conste que el iniciador y coadyutores de tan hermosa iniciativa no tratan de inmiscuirse en ella más que arrimando el hombro á las dificultades y penosos trabajos del principio, y una vez encarrilado el asunto se someten en todo y por todo al fallo inapelable de la votacion libre.

Palma, Marzo 97.



UN CASO NOTABLE DE  
EXPULSIÓN DEL INTESTINO GRUESO POR EL ANO

MEMORIA

dirigida á la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma

POR

D. Juan Mercant y Barceló

---

I

**E**l clínica, vasto campo de observación y coronamiento de los estudios médicos, es á la vez un abismo insondable en que el organismo á cada paso y á la vista se nos presenta con perturbaciones complejas, cuyos desórdenes queremos simplificar en una sola expresión, siendo á veces impotentes para coordinar ó apreciar sus transtornos; y á pesar de ello, pretendemos dar una explicación satisfactoria de todos los fenómenos, determinando con más ó menos acierto la relación que existe entre las causas y los efectos.

Hay casos—y lo es, sin duda, el que calificamos de notable—en que, estudiados concienzudamente bajo los diversos aspectos que presentan, el práctico se ve perplejo ante un sin número de síntomas que no responden á una entidad nosológica bien definida, observando signos de orden distinto, sin que las causas que han precedido á su desarrollo le guíen á formar un juicio exacto.

En esta indeterminación, sólo es dable á los que sienten amor á la ciencia y por lo infrecuente ó extraordinario de un hecho clínico ven algo anormal, exponerlo á la consideración de sus comprofesores, á fin de que, con mejor criterio y rectificando las opiniones, sirvan éstos de ejemplo y como tipo de comparación, pues es ley ineludible el acudir al estudio de las observaciones y hechos anteriores en el inmenso libro de la literatura médica, al objeto de esclarecer las dudas que á me-

nudo ocurren en el ejercicio de la medicina. De suerte, que ni aún los clínicos más eminentes desdennan estas inagotables fuentes de enseñanza.

En los tratados de patología se citan varios de los procesos que han originado la gangrena y expulsión consecutiva del intestino, mas sólo consignan en forma escueta que tal ó cual observador ha referido historias de este género que tienen analogía con el caso que más abajo exponemos. Por la relación se desprende que tanto por su etiología, desarrollo, curso y hasta en el mecanismo de su formación han presidido accidentes tan variados en aquéllos, que no hallamos ninguno que tenga paridad con el por nosotros observado, máxime si se mira bajo el punto de vista de la longitud total de intestino expelido y además se tiene en cuenta que el enfermo sobrevivió más de treinta días, sin grandes trastornos en sus funciones orgánicas.

En las historias clínicas donde naturalmente predominan los casos que han revestido caracteres anormales, y, por consiguiente, ofrecen problemas fisio-patológicos ó terapéuticos á resolver, no es el llamado á darles solución, á nuestro entender, quien las describe. De ahí la norma que hemos adoptado en su estudio, concretándonos á la narración detallada de los hechos en períodos puntualizados para facilitar su mejor interpretación.

En atención á las ideas expresadas, sin prejuzgar el diagnóstico causal y con sólo el hecho significado en el epígrafe, pueden hacerse cuantas deducciones sugiera el criterio que domine, sirviendo de base de comparación las observaciones propias ó las que puedan recogerse que tengan más ó menos similitud con la que nos ocupa.

Del trabajo de investigación emprendido entresacamos los casos más salientes, cuyos detalles reasumidos son:

Langenbeck ha visto un caso por invaginación, que de no ser observación auténtica parecería casi imposible: se invaginó el ileon; el ciego y las porciones ascendentes y transversa del colon pudieron descender al colon ilíaco izquierdo, y

aún más todavía, pasó por el recto y salió por el ano formando hernia.

Transcribimos una de las observaciones más extraordinarias de invaginación intestinal, publicada por el Dr. Baud, médico de Brest, y referida en el *Diccionario de ciencias médicas*; dice así: «La parte izquierda del duodeno, con el páncreas, el principio del yeyuno, el meso-colon transversal y la parte derecha del grande epiploon estaban invaginados en el colon descendente, el cual, así como el recto, contenían además el fin del íleon, el ciego y el colon ascendente y transversal, de modo que sólo estaban libres algunas circunvoluciones de intestino delgado, muy inflamadas y dilatadas por gases.»

Langstaff, cita un ejemplo en que en un descenso de los intestinos gruesos salieron 40 centímetros fuera del ano.

Grissolle, hablando de expulsión de intestino, dice que vió un caso en que el enfermo expelió en varias veces hasta cerca de un metro.

Por vólvulo ó enroscadura, Duncán ha visto un caso cuya longitud fué de 36 centímetros de intestino delgado. Hevin, dos casos, en uno de los cuales salían 56 centímetros del mismo, y en el otro 46 centímetros del colon. Baille refiere que un enfermo expelió una porción de intestino de 70 centímetros de largo; y Vulpés, un caso de vólvulo con expulsión por el ano de una asa de intestino delgado de 68 centímetros de longitud, seguido de curación incompleta.

Otros ejemplos podríamos intercalar que son de escasa importancia, tanto por la cantidad de intestino como por los accidentes presentados; llamando sobremanera nuestra atención, que casi todos refieren en sus notas que fué descubierta la causa y trastornos que subsiguieron, después de practicada la autopsia; por lo cual, según se vé, queda reducido el diagnóstico á la lesión que presenciaron, sin que antes formaran exacto concepto de todos los fenómenos.

Hechas estas ligeras indicaciones y citas respecto á los casos de índole parecida, pasamos á describir el que es objeto de nuestra observación:

G. Frau, de 38 años de edad, casado, jornalero del campo, de temperamento linfático, enjuto de carnes y de reducida inteligencia, acostumbrado á privaciones en su régimen de vida, y de una resistencia fisio-patológica extraordinaria.

Como antecedentes morbosos, podemos referir que hace unos 10 años tuvo blenorragia y 4 años después otra manifestación venérea que no supo precisar, recordando únicamente que se le cayó el pelo, pero que al poco tiempo vió su cabeza repoblada á pesar de haber descuidado el tratamiento que se le propuso.

Hace año y medio padeció un tifismo, de forma dotinéntérica, que le duró dos meses, recorriendo todos los períodos propios de estos procesos, incluso una copiosísima enterorragia que persistió durante quince días, llegando á revestir suma gravedad. Restableciöse, sin embargo, quedándole como única secuela cierta sensación de peso en el abdomen, alguna que otra vez en el acto de defecar.

Estos datos, con los que narraremos de su última enfermedad, pueden servir de conjunto etiológico para explicar, en parte, el desarrollo de unos fenómenos tal vez jamás observados en igual forma clínica en los anales de la medicina.

\*  
\* \*

El día 1.º de Abril de 1894, estando en perfecta salud hizo una excursión á pie que duró dos días, experimentando cambios bruscos atmosféricos, mojaduras sin cambiar de vestido, cansancio y desarreglos en las comidas, haciendo uso inmoderado de licores y embutidos. Estas transgresio-



nes en el régimen le produjeron un gastricismo, que se tradujo muy pronto en forma de catarro gastro-intestinal agudo.

Le fueron administrados los laxantes— magnesia, ruibarbo, agua de Rubinat—, remitiendo algo los síntomas; pero á los pocos días tomaron éstos nuevo incremento, ofreciendo el siguiente cuadro: lengua reseca, con ligera fuliginosidad en los dientes; reacción febril, oscilando la temperatura de 37°5 á 39°, pulso de 100 á 130; tensión moderada del vientre, y constipación, cuyo síndrome nos hizo sospechar que pudiera desarrollarse un tifismo. A prevención se le propinó: limonada clorhídrica, benzo-naphtol y otros desinfectantes intestinales, empleando además enemas purgantes.

Fueron acentuándose los síntomas antedichos, advirtiendo á la familia que temíamos que, como en la calentura tifódica anterior, sobreviniere enterorragia por rotura de cicatriz ó ulceración en el intestino. Nueva remisión durante ocho días.

El día 18 del mismo mes, al amanecer y repentinamente aquejó el enfermo dolores cólicos muy pronunciados, seguidos de meteorismo, pulso pequeño y frecuente, cara descompuesta, saliendo por el ano un producto negruzco, que calificamos de *melanosis líquida*, sin mezcla de excremento. Por la noche, al hacer un esfuerzo para defecar, sintió que le salía algo anormal, y creyendo la familia que era un prolapso del recto, nos llamó inmediatamente para reducirlo. Con mucha sorpresa observamos que pendía por el ano un tubo negruzco, bastante resistente, de unos 40 centímetros de extensión; por la forma y aspecto que presentaba y olor fétido que despedía, creímos que era una porción de intestino gangrenado, y en vez de reducirlo, lo seccionamos, sin producir ningún dolor ni provocar hemorragia.

Prescribióse al momento: bolos para enemas, de polvos de quina, carbón vegetal y alcanfor; al interior limonada sulfúrica, ergotina, cafeína y otros tónicos neurosténicos; irrigaciones intestinales desinfectantes y curación fenicada, yodofórmica, en la región anal ya en vía de destrucción.

La alimentación era deseada por el enfermo, y se le concedió leche, huevos, extracto de carne, vino y café; hielo, al objeto de combatir el vómito y la ligera enterorragia que asomaba.

Reconociendo la suma gravedad del accidente presentado y para que se nos asesorara, pedimos junta, la que tuvo efecto con nuestro respetable compañero D. Ignacio Ribas, quien, haciéndose cargo de los antecedentes y examinado el tramo de tubo cortado, convino que por su contextura y forma debía tratarse de una porción de intestino. Además, hubo conformidad en la manera de apreciar el proceso en cuestión, y que según como evolucionara pondría con más evidencia algunas dudas que se ofrecían.

Durante la semana siguiente á esta expulsión de intestino, hubo una calma relativa de síntomas, con la singularidad que las cámaras ora ofrecían el carácter excrementicio, ora con mezcla de sangre y pus. Con estas alternativas se sostuvo muchos días, presentando una facies que recordaba la forma peritoneal.

Exacerbado de nuevo su estado, vuelve la temperatura á marcar de 38° á 39°, pulso pequeño y frecuente, vómitos biliosos, vientre meteorizado, y al poco tiempo expelió otra porción de intestino en completa descomposición, de 30 centímetros de largo, evacuando seguidamente considerable cantidad de líquidos putrefactos.

El 16 de Mayo, habiendo llegado á un estado de verdadera caquexia, con asombro de los que lo presenciaron expelió un tercer trozo que midió 1 metro 50 centímetros, cuyas paredes, más íntegras, conservaban las abolladuras propias del intestino grueso (1).

La región infra-umbilical quedó completamente deprimida una vez evacuada la víscera y los restos alimenticios que contenía, siendo sorprendente la energía que aún conservaba el

---

(1) Tenemos conservadas en alcohol las porciones de intestino que expelió, de 2 metros poco más ó menos de largo, á disposición de quien quiera practicar el análisis ó estudio conveniente.

enfermo, pues sus facultades perceptivas estaban despejadas, dándose cuenta de lo que á su alrededor pasaba, hasta el extremo de exclamar en aquel momento: ¡lo que es esta vez me salen todos los intestinos! Habíamos pronosticado un fin próximo, y sin embargo sobrevivió más de lo que creíamos faltando una porción tan extensa de tubo digestivo, sin provocarse fenómenos agudísimos, y al fin sucumbió, casi sin período agónico, en la madrugada del 20 de Mayo.

\* \*

Un caso clínico tan extraordinario llamó la atención de cuantos colegas tuvieron de él noticia, habiendo algunos mostrado deseos de ver al enfermo, y una vez que lo hubieron examinado y emitido su valiosa opinión acerca los fenómenos observados, hubo quienes llevaron su complacencia al extremo de ofrecernos su concurso para la autopsia, al objeto de indagar de común acuerdo el mecanismo de dichos fenómenos por las lesiones anatómicas, debiendo citar especialmente á nuestros queridos amigos Sres Rabassa y Jaume y Matas. Con la intervención de estos dos compañeros, practicamos dicha autopsia, macroscópicamente bastante minuciosa, prescindiendo empero del examen microscópico de los tejidos, por lo que dejamos de apreciar sus modificaciones histológicas.

*Autopsia.*—Al exámen externo presentaba demacración visible sin ser extrema, y ligero tinte subictérico; la región anal había casi desaparecido, quedando en su lugar una extensa úlcera infundibiliforme, cuyos límites externos rebasaban los isquiones.

Levantada en su totalidad la pared abdominal anterior, pudo notarse alguna mayor fetidez de la ordinaria y falta de adherencias superficiales, de modo que fué fácil ranversar de una vez toda la pared del abdomen sobre el tórax.

El epiploon mayor en su sitio, con el color de hoja seca y alguna menor resistencia de la normal; todo el paquete de

los intestinos delgados en relajación, con su movilidad propia, pero sujeto por el mesenterio, que conservaba su consistencia.

Aparte de una cantidad considerable de pus blanco y fétido, que rezumaba al nivel del punto donde correspondía el colon descendente, no se observaban á primera vista desórdenes notables. Para ello fué preciso ir en busca del estómago, recorriendo todo el paquete intestinal hasta llegar al intestino grueso, tarea hasta cierto punto inútil porque había sido eliminado en su mayor parte.

En la fosa ilíaca derecha encontramos el ciego muy infiltrado, con sus abolladuras y depresiones características, y con su apéndice vermiforme bien íntegro; como cortado á bisel por desprendimiento, formaba un hueco oscuro, terminando esta parte de intestino por una abertura franjeada, como si una vez perdida su consistencia hubiese sido estirado, y á su alrededor notábanse detritus orgánicos y adherencias.

Subiendo verticalmente por la región ilíaca derecha hasta la cara inferior del hígado, por debajo de la corvadura mayor del estómago y en todo el vacío izquierdo faltaba en absoluto el colon en sus tres porciones, existiendo en su lugar una cavidad ó espacio virtual lleno de detritus y líquidos descompuestos; siendo normales por su aspecto los tejidos por donde se escurrían, formando como un tunel, algunas bridas adherentes.

En el sitio correspondiente á la corvadura mayor de la S ilíaca se notaban restos de intestinos que no se habían desprendido de su unión mesentérica, y de dicha región ilíaca salía un pus cremoso en abundancia, que indicaba la propagación flegmática que había existido.

Terminaba hacia abajo con la abertura, principio de un tubo ó conducto de paredes rígidas y de dimensiones que parecían más reducidas que las normales del recto, en la úlcera en forma de embudo á que hicimos referencia al principio.

III

Del resultado de la autopsia y cotejo de síntomas mencionados, pudiéramos deducir el diagnóstico patogénico más ó menos problemático, pero difícilmente exacto, por cuanto los prácticos eminentes entienden que en casos de esta índole es preciso ser reservados en las apreciaciones.

Fué tan súbita y anómala la expulsión del tubo intestinal, sin previa dureza ni tumor en el vientre, ni vómitos fecaloides, que se presta á controversia sostener—por no reunir un síndrome completo característico—que la necrosis del intestino fuera exclusivamente producida por una de las entidades nosológicas abdominales que han dado origen á su producción: la enteritis, peritonitis, rotura de los intestinos, cicatrices antiguas, extrangulación interna, es decir, oclusión intestinal en sus diferentes causas y variedades, etc. etc.

Si se tienen en cuenta los casos que hemos citado, y que los clínicos que los observaron hacen notar que no siempre preceden á la oclusión signos evidentes que revelen su existencia, y que mientras no esté manifiesta la causa mecánica que la haya ocasionado será difícil el concepto diagnóstico, y por tanto, hay que atribuir el transtorno á otro origen etiológico: cólico espasmódico, estado flogístico, etc., se comprende cuán dificultoso ha de ser determinar la causa orgánica que produzca la referida oclusión; de manera, que en la mayoría de casos sólo á *posteriori* es posible precisar si el desalojamiento intestinal fué producido por *invaginación* ó *intus-suscepción*, ó por *vólvulo* ó *enroscadura*.

Se ha dicho también que en muchísimas circunstancias podían existir una ó muchas invaginaciones sin determinar síntoma alguno patognomónico ni accidentes notables, y que estas invaginaciones podían resolverse con tanta facilidad como se habían formado, siendo frecuentemente producidas por flegmasias de los órganos abdominales. Otro de los puntos que dejamos sin descifrar—ya que en el curso de la enferme-

dad vislumbramos ciertos fenómenos peritoníticos coincidiendo con el accidente tantas veces mencionado— es la duda de si dichos fenómenos eran causa ó efecto, puesto que en ésta como en otras afecciones es posible encerrarse en este criterio.

Siguiendo en el terreno hipotético, tenemos también la *extrangulación interna* que da lugar a la destrucción intestinal por una multitud de causas accidentales; así es que se la ha visto sobrevenir por tumores ó hernias preexistentes, produciendo la coartación del intestino, como también por bridas ó adherencias. Estos trastornos no se apreciaron ni en el comienzo de la enfermedad, ni antes de la expulsión del primer trozo de intestino, por cuyo motivo queda sin dilucidar este otro extremo.

Quizá podría buscarse en los datos anamnésicos la causa primordial que provocó la gangrena del intestino; pues es bien sabido que la tifoidea produce lesiones en las glándulas de dicha víscera, y que la que padeció anteriormente nuestro enfermo fué acompañada de enterorragia intensa, que predeterminamos podía repetirse cuando se iniciaron los síntomas del catarro gastro-intestinal. De modo que, ya fuera por destrucción de *cicatrices anteriores* ó por retracción de las mismas en virtud de un estado fluxionario inmediato, pudo dar lugar á la extrangulación de los tejidos, impidiendo la nutrición del intestino.

Como quiera que el interés principal de esta observación clínica nace de la gran porción de intestino expelido por el ano, y del tiempo que vivió el enfermo después que comenzaron las roturas y los desprendimientos de la víscera, trataremos algo estos puntos por la importancia que revisten.

Ocioso sería aquí indicar la contextura anatómica y las funciones fisiológicas del intestino, para deducir su importancia. Como órgano que forma parte del aparato digestivo tie-

ne señalado el papel que desempeña, y sus lesiones una significación semeyológica conocida, que aumentan notablemente sus conexiones con la gran serosa peritoneal.

Una de las conquistas más preciadas de la moderna operatoria quirúrgica, es sin duda alguna el perfeccionamiento que ha alcanzado la cirugía abdominal en manos de hábiles y expertos operadores, y favorecida en sus resultados por los métodos aséptico y antiséptico. Debido á esto se han llevado á cabo resecciones intestinales notables, ya en casos de neoplasias de carácter maligno, ya como segundo tiempo de la laparotomía por heridas penetrantes del abdomen, por Morton, Sebastapoulos, Trelat, Pozzi y muchos otros cirujanos contemporáneos, llegando á disminuir hasta el 77 por 100 ó menos todavía la cifra de la mortalidad. Billroth, Baum, Bruns, Kæberle y otros han resecado más de un metro de intestino; y Trzebicky, que estima la longitud total de este órgano de 5,91 metros á 8,70, opina que puede cortarse, como máximo, la mitad del órgano.

Estos hechos demuestran elocuentemente la posibilidad de la vida después de resecada una gran extensión de intestino y practicada la cura correspondiente con los poderosos recursos terapéuticos que hoy poseemos. Pero, ¿qué sucede cuando existen desgarraduras intensas producidas por causas de otro género? ¿Cuál es el límite aproximado de duración de la vida y el peligro á que se expone el enfermo en estos casos? Hé aquí uno de los más interesantes problemas que entraña la fisiología patológica del caso observado y referido, porque existen diferencias esenciales entre el desprendimiento espontáneo, digámoslo así, y la resección con adaptación de las superficies divididas. En un caso, que cita Taylor, hubo desgarradura completa del duodeno, y el enfermo murió á las 13 horas; y en la observación que refiere Bristowe había desgarradura circular de la S del colon con caída de materias fecales en la cavidad peritoneal, y sucumbió el enfermo, presa del colapso, 4 horas después del accidente. La muerte, como se

ve, sobrevino pronto, y así sucede casi siempre. Sólo se encuentran algunas descripciones de casos que vivieron, después del accidente que estudiamos, ocho á diez días, y uno de ellos fué debido á la retracción de las fibras circulares de las extremidades divididas que impidió la salida de las heces fecales; pues, como dice Morris, la extravasación de estas materias causa una peritonitis mortal, y en las roturas intestinales se cita como excepcional la división del órgano y el desprendimiento completo en el mesenterio.

Como queda consignado en otro lugar, en nuestro enfermo hubo rotura total, derrame de materias fecales en la cavidad del peritoneo y expulsión de grandes cantidades de intestino, y á pesar de reunirse tantos accidentes gravísimos el enfermo vivió 32 días. La importancia, pues, de este caso verdaderamente anómalo, es á todas luces innegable, y queda probada por las indicaciones clínicas y anatomo-patológicas que pueden servir en todo tiempo de punto de comparación.

\*  
\*  
\*

¿Cómo pudo el enfermo vivir tantos días?

De las lesiones que encontramos en la autopsia podría, hasta cierto punto, deducirse la explicación fisiológica del fenómeno, admitiendo que, limitada la extrangulación solamente á los intestinos, produjese la rotura de éstos conservándose íntegro el mesenterio—que con la aponeurosis de la pelvis formaba el canal ya descrito, por el cual se expelieron al exterior los líquidos saniosos y excrementicios—, y de ahí que no sobreviniera una peritonitis aguda que acabara en pocos días con el enfermo.

Discurriendo, además, respecto al modo como pudieron verificarse dos funciones tan importantes para la vida, como son la absorción y la nutrición, faltando esta porción de tubo intestinal, tenemos, por una parte, que conservó siempre gran apetito, haciendo bien las primeras digestiones; que relativa-



mente existía integridad en el paquete intestinal delgado, de manera que la absorción, encargada en su mayor parte á esta porción de órgano, se verificaba con bastante regularidad, y que por consecuencia la nutrición se sostenía por el equilibrio que aún conservaba con los demás aparatos.

Por otra parte, debió efectuarse el trabajo de destrucción del intestino grueso muy paulatinamente, dado el tiempo que transcurrió de la primera á la última expulsión, perdiendo su vitalidad cual si por sutil disección se le hubiere ido separando de sus conexiones, evitándose así la intensa hemorragia que precisamente habría acabado pronto con su vida.

¿Cómo se produjo el mecanismo de la expulsión y qué porción de intestino fué la primeramente expelida?

Hé aquí otro problema de difícil resolución, por cuanto no se procedió al exámen detenido de la parte seccionada, pues no era de suponer que tan extraño fenómeno se repitiera y revistiese tal importancia que nos indujese á historiarlo.

Si recordamos que en la región anal la destrucción fué rápida, invadiendo los tejidos inmediatos, con rotura de los esfínteres, semejando la forma de cloaca, es admisible que la parte gangrenada correspondía al extremo inferior del intestino.

Si se conviene, pues, en que la lesión se produjera por intra-suscepción en diferentes trayectos, quedaría explicado el mecanismo por el esfacelo que debió tener su origen en la parte inferior, la cual se desprendió hasta el recto; luego, destruida la trabazón circulatoria, necesariamente había de resentirse la nutrición, por continuidad de tejido de la porción inmediata superior; y así sucesivamente hasta el ciego, que era el límite de eliminación visceral.

Claramente se ve que lo dicho no es más que una simple hipótesis, que sólo apuntamos á falta de otra explicación más satisfactoria.

\* \* \*

Fuera tarea impertinente aducir otras consideraciones, visto el criterio que domina en la descripción del caso observado.

Prescindimos de hacer el resumen de los datos historiadados para no emitir un juicio propio que tal vez no fuera aceptable; haciendo, empero, constar, que hemos descrito hechos reales, no imaginarios que sirven en ocasiones para justificar un criterio determinado y hacerlo prevalecer, desvirtuando con ello las estadísticas.

Tal vez adolecerá esta exposición de falta de método, y debido á mis escasas facultades no habré sabido imprimirle la importancia que requiere un caso tan excepcional, de sumo interés práctico, sin entrar de lleno en disquisiciones teóricas, puesto que no pondrían más en claro los hechos clínicos consignados.



## SOBRE LA PESTE BUBÓNICA

— SUEROTERAPIA —

POR EL

DOCTOR A. YERSIN

Médico de 1.<sup>a</sup> clase de las Colonias, Director del Instituto Pasteur de Nha Trang (Annam) (\*)

TRAD. POR

D. Pedro J. Matas



**L**A peste bubónica ha desaparecido de Europa, pero todavía hace estragos en ciertos países del Asia, especialmente en la China, y desde el año 1871 se ha confinado en Iunam. Cada año, desde el mes de Marzo al de Julio, ocasiona numerosas víctimas en esta provincia.

La epidemia se anuncia por una enfermedad de los ratones que salen á bandadas, corren desolados por las habitaciones y mueren en

---

(\*) De los *Anal. de l' Institut Pasteur*, n.º 1—25 Enero 1897.—Tom. XI.

gran número. Después de las ratas se atacan los animales domésticos y después los hombres.

En 1882, la peste apareció en Pakhoi, siendo todavía desconocida en Canton, hasta en Marzo de 1894, procedente, sin duda, de Pakhoi. Familias de Canton, emigradas á Hong-Koeg, propagaron el contagio.

Durante la epidemia de Hong-Kong, fué cuando hice investigaciones bacteriológicas sobre ella y cuyos resultados se publicaron en los *Anales de l' Institut Pasteur*, en Septiembre de 1894. Los recordaremos brevemente: en los enfermos de peste se halla siempre un microbio específico muy abundante en los bubones. En los casos graves pasa á la sangre, y en la autopsia se encuentra en los ganglios linfáticos, hígado y bazo. Este microbio, fácil de evidenciar colorando la pulpa del bubon con los matices básicos de la anilina, aparece al microscopio bajo la forma de un bacilo corto de extremos redondeados y más teñidos.

Se trata de un coco-bacilo que se decolora por el procedimiento de Gram y se cultiva fácilmente en la *gelose* y en el caldo alcalino disponiéndose en forma de círculos de cortos-bacilos.

El microbio existe, no tan sólo en el hombre atacado, sinó también en los ratones que mueren en gran número al principio de la epidemia. Con frecuencia estos animales pestíferos presentan ganglios muy abultados verdaderos bubones llenos de bacilos específicos.

Con los cultivos puros de la peste humana es fácil reproducir la enfermedad sobre la rata y el ratón, inoculándoles por medio de una punción. El animal así infectado muere á las 40 ó 60 horas; los ganglios de la región inoculada muy acentuados de volumen y rodeados de un tejido edematoso, los de otras regiones asimismo están tumefactos y contienen bacilos en abundancia lo mismo que el bazo é hígado. La rata contrae también la enfermedad haciéndole ingerir un cultivo del bacilo y puede, entonces, contaminar otras ratas sanas que vivan en la misma jaula. Hé aquí, como partiendo de un cultivo puro, originamos una epidemia que no difiere de otra espontánea más que por limitarse en una jaula en vez de extenderse por toda una ciudad.

Durante la peste y hasta después de desaparecer la enfermedad se halla en el suelo de las localidades infectadas un microbio exactamente igual al de la peste pero menos virulento que el retirado de los bubones. Este microbio se conserva en la tierra y se concibe que las ratas puedan contaminarse si las circunstancias son favorables y esto explicaría como se despiertan las epidemias. Con anticipación sorprendente Mr. Pasteur, en su célebre Memoria acerca la atenuación de los virus

escribía, con motivo de la aparición espontánea de la peste de Benghazi en 1856 y 1858, lo siguiente: «Supongamos, guiados por todos los hechos hoy conocidos, que la peste, enfermedad virulenta peculiar de ciertos países, tenga gérmenes de larga duración. En todos estos sitios debe existir su virus atenuado pronto á tomar de nuevo su forma activa cuando las condiciones del clima, hambre ó miseria se presenten de nuevo.»

La práctica ha confirmado por completo lo manifestado por Mr. Pasteur.

Esta etiología nos explica por qué la peste hace estragos en los países como la China, en que las familias viven hacinadas, sobre un suelo con detritus de toda clase visitado por las ratas. La peste que desde un principio es enfermedad del ratón se convierte luego en padecimiento humano y no está fuera de lo razonable pensar que una medida profiláctica contra la peste sería la destrucción de estos animales. He podido observar también en Hong-Kong que las moscas pueden transportar el virus y he podido contaminar cobayos inyectándoles un poco de agua esterilizada en la cual había triturado moscas muertas del laboratorio.

El hombre adquiere la enfermedad como los animales, ya por soluciones de continuidad de la piel, ya por el tubo digestivo. El bacilo de la peste se ha encontrado en las deposiciones, y por otra parte los síntomas de enteritis no son infrecuentes en los apestados. A veces los enfermos no presentan abultamiento aparente y luego en la autopsia se descubre una tumefacción de los ganglios mesentéricos que constituyen verdaderos bubones internos. Todos estos detalles son importantes para averiguar el modo de propagarse la enfermedad y manera de evitarla.

Después de observar la peste de Hong-Kong, en 1894, regresé á París para hacer en el Instituto Pasteur un estudio más detallado del bacilo y, sobre todo, para ensayar la inmunización de animales. Bajo la dirección de los Sres. Roux, Calmette y Rosel se había ya intentado inmunizar conejos y cobayos; el terreno, por lo tanto, estaba preparado.

La inyección de un cultivo reciente bajo la piel del caballo provoca una considerable tumefacción acompañada de fiebre violenta durante 48 ó 60 horas, después la hinchazón desaparece y se dispone para la formación de un absceso. A fin de evitar la supuración se inocular dentro las venas tomando todas las precauciones para que no se formen embolias. A las 4 ó seis horas después de la inyección la temperatura se eleva á 40° y á veces á 41°5; el caballo se halla abatido, refrigerado.

La fiebre se sostiene durante muchos días y baja gradualmente sin notarse ninguna tumefacción ganglionar. Las inyecciones se repiten en dosis más fuertes, pero á intervalos mayores á fin de que el animal se restablezca completamente después de cada una de ellas. En efecto, con frecuencia sobrevienen edemas articulares, sinovitis que no supuran que ocasionan cojeras muy dolorosas. Durante la inmunización, los caballos enflaquecen mucho y precisa guardarse de apresurar las inoculaciones. Hay reacción después de cada una si la dosis es fuerte pero la duración cada vez se hace más corta.

El primer caballo así inmunizado sangrose tres semanas después de la última inyección y su suero fué ensayado en ratones. Estos pequeños roedores mueren siempre que se les inocula el bacilo virulento de la peste y pasando el virus de unos á otros se conserva muy activo. Los ratones que recibían  $\frac{1}{10}$  de c. c. de suero de caballo inmunizado no enfermaban cuando transcurridas doce horas se les infectaba la peste. Luego, dicho suero es preventivo. Antes de empezar la inmunización habíamos comprobado que la serosidad del caballo, como el de otros animales intactos como conejos y cobayos, no tenía ninguna acción preventiva. Para curar los ratones inoculados de la peste después de doce horas era necesario emplear de uno á uno y medio c. c. de suero y curaban constantemente mientras que los testigos morían siempre. El suero gozaba, por tanto, de propiedades curativas, bien manifiestas. Estos primeros experimentos de sueroterapia, fueron publicados en estos *Anales*, en Julio de 1895 y eran bastante favorables para perseverarse haciendo concebir esperanzas de que la sueroterapia tendría aplicación en el hombre apestado.

Así es que á mi vuelta á la Indo-China, gracias al concurso del gobernador general y del Ministerio de las Colonias, pude instalar en Nha-Trang (Annam), próximo á las regiones en que la peste hace más estragos, un laboratorio para la preparación de los virus y cuadras á propósito para los caballos inmunizados. Esta instalación constituye el Instituto Pasteur, de Nha-Trang, no terminado aún cuando la peste se desarrolló de nuevo en Hong-Kong, por Enero de 1896. En esta época, á pesar de nuestro esfuerzo y el de M. Pesas, veterinario militar agregado al mencionado Instituto, no teníamos ningún animal lo suficiente inmunizado, tuve que esperar hasta el 10 de Junio para pasar á Hong-Kong provisto de algunos tubos de suero, insuficiente cantidad para emprender experimentos decisivos, lo que pude hacer pronto gracias al recibo de 80 tubos más procedentes del Instituto Pasteur.

El día 20 de Junio, ya no había peste en el hospital de Kenedytowu: las tres ó cuatro defunciones diarias tenían lugar todas en

casas de chinos en donde, seguramente, yo y el suero habríamos sido muy mal recibidos.

Me trasladé á Cantón: la epidemia terminaba; por otra parte, apesar del apoyo decidido del cónsul francés, Mr. Flayelle, parecía muy difícil ensayar el suero en algún chino apestado porque la gente de Cantón es considerada como la más turbulenta de la China y la más hostil á los extranjeros. Una feliz casualidad me hizo encontrar el enfermo deseado y en condiciones inesperadas para una tentativa terapéutica. Durante una visita casual, Mgr. Chausse, obispo de la Misión católica, me preguntó si conocía un remedio para la peste.

—Tendríamos gran necesidad de él, añadió, pues un joven chino de la Misión se halla gravemente atacado.

—Yo tengo un remedio, respondí, al obispo, que considero excelente, pero no lo he ensayado aún en los enfermos.

Mgr. Chausse, que consideraba á su enfermo como caso perdido, me acompañó dándome todas las facilidades apetecibles para experimentar el nuevo remedio, cargando sobre sí, todas las responsabilidades si la tentativa fracasaba. Hé ahí la observación de este primer caso de peste tratado por el suero:

*Tsé*, joven chino, de 19 años, seminarista, se hallaba algo indispuerto desde algunos días (fatiga, cefalalgia), cuando en 26 de Junio, á las diez de la mañana, se quejó de un fuerte dolor en la ingle derecha; al medio día se declaró fiebre súbitamente y el enfermo tuvo que guardar cama. Mgr. Chausse, me lo hizo ver á las tres de la tarde. El joven chino está soñoliento, no puede permanecer de pié sin vértigos, experimenta una laxitud extrema, fiebre alta y lengua cargada. En la ingle izquierda hay un abultamiento muy doloroso al tacto.

Estaba frente un caso de peste bien confirmado y la violencia de los primeros síntomas permitía incluirle entre los más graves.

A las cinco (6 horas después del comienzo de la enfermedad) practiqué una inyección de 10 c. c. de suero; en este momento hay vómitos y delirio, síntomas muy alarmantes y que indican la marcha rápida de la infección. A las seis y á las nueve de la noche nuevas inyecciones de 10 c. c. cada una.

Desde las nueve á media noche, ningún cambio en el estado del paciente que sigue soñoliento, agitado y se queja á cada momento. La fiebre se mantiene muy alta y hay algo de diarrea. A partir de media noche está más calmado y á las seis de la mañana, momento en que el Padre director viene á ver el apestado, éste despierta y dice se siente curado. La fiebre, en efecto, ha desaparecido por completo y lo mismo la latitud y los otros síntomas graves; la región de la ingle no

está dolorosa al tacto y borrado el tumor. La curación es tan rápida que si muchas personas bien autorizadas no hubiesen, como yo, visto el enfermo la víspera anterior llegaría casi á dudar si había tratado un verdadero caso de peste.

Se comprenderá que esta noche pasada al lado de mi primer apestado fué larga y de gran ansiedad, pero á la mañana cuando con el amanecer noté el éxito lo olvidé todo, hasta la misma fatiga.

30 c. c. de suero habían sido suficientes para curar, con rapidez sorprendente un caso de fiebre grave y sin embargo, dicho suero no era muy activo, procedía de un burro de Nha-Trang y del que se necesitaba 15 ó 20 c. c. para preservar un ratón de 20 gramos de peso contra una dosis de cultura mortal en 24-364; y tanto más quedé sorprendido de ver un resultado tan notable. A todo precio me era indispensable procurarme otros apestados.

Parmanecí, aún dos días más en Canton para observar mi enfermo; la convalecencia persistía, reaparecían las fuerzas y el apetito y pude salir del todo satisfecho después de dejar en el Consulado francés una jeringa y algunos tubos de suero para el caso en que se presentaran otros enfermos en el seminario, lo que no tardó en ser oportuno y al efecto, citaré textualmente lo que Mgr. Chausse escribió á Mr. Flayelle:

M. Yersin, es un médico previsor. Cuando un joven seminarista ha probado el valor de su remedio; dejándonos una jeringa y algunos frascos de suero nos ha librado de bastantes molestias. Dos nuevos casos se han declarado en la misma casa, uno el domingo y otro el lunes. Se les ha inyectado el licor y en la actualidad los dos discípulos están levantados, los bubones no son dolorosos y la fiebre ha desaparecido.»

El 1.º de Julio, salí para Amoy, en donde, según los periódicos, la peste hacía grandes estragos. Es una ciudad de doscientos á trescientos mil habitantes y cuyo puerto es frecuentado por numerosos vapores procedentes de Singapoore, Manila, Shanghai y Hong-Kong. La epidemia ha sido importada de esta última población, el año último, y desde entónces, ha reinado en Amoy, casi sin interrupción con relativa calma durante el invierno. La población europea (ingleses, alemanes, americanos), habita en una isla rocosa, separada de la ciudad china por la rada y se ha librado del contagio. En la ciudad china hay un hospital erigido con el concurso filantrópico de los europeos y de los chinos de Amoy. Un médico inglés visita con frecuencia este establecimiento que por otra parte está dirigido y servido por médicos chinos. En un pabellón abandonado de este hospital pude instalarme á fin de estar cerca de los enfermos.

La población de Amoy es mucho menos hostil á los europeos que la de Cantón y no rehusa los cuidados de los médicos extranjeros, lo que explica que en diez días asistí 23 casos de peste casi todos en las propias casas chinas. De la mañana hasta la tarde venían á buscarme para que viese nuevos enfermos y detenían mi conductor en la calle para que entrase en alguna habitación en que había algún individuo atacado. De estos apestados tratados por la sueroterapia dos han muerto y veinte y uno han curado.

Los dos fallecidos, estaban al 5.º día de la enfermedad cuando empecé el tratamiento; uno falleció 5 horas y el otro 24 después de la primera inyección.

Hé aquí resumen del resultado obtenido en Amoy.

Seis enfermos estaban al primer día del padecimiento; la curación se ha obtenido en todos en 12 á 24 horas, sin haber supurado ningún bubón, por la inyección de 20 á 30 c. c. de suero.

Seis se hallaban al segundo día. La curación ha sido más lenta y he debido inyectar de 30 á 50 c. c. A los tres ó cuatro días estaban restablecidos sin haber supurado ningún bubón.

Cuatro se encontraban al tercer día; la fiebre ha persistido uno ó dos días después del comienzo de las inyecciones; la curación ha sido más lenta y los bubones han supurado en dos casos, (suero inyectado de 40 á 60 c. c.).

Tres eran del 4.º día; han curado en 5 ó 6, un sólo bubón supurado (suero inyectado, de 20 á 50 c. c.).

Cuatro habían alcanzado el 5.º día de la enfermedad; dos han fallecido, cuyo estado era desesperado al iniciar el tratamiento, los otros dos se han restablecido (suero inyectado, de 60 á 90 c. c.).

Estos 23 enfermos comprendían: 6 muchachos, 3 jovencitas, 8 hombres, 4 mujeres, un viejo y una vieja.

Hasta el presente, 26 apestados han sido inoculados (3 en Cantón, 23 en Amoy) con 2 muertos, ó sea una mortalidad de 7,6 por 100.

Veinte y seis casos, son pocos, seguramente, para sentar que un remedio es específico y eficaz; convengo en ello y soy el primero en declarar que precisan nuevos experimentos; pero si se tiene en cuenta que la peste es la más mortífera de las enfermedades humanas, resultará que nuestras 26 observaciones tendrá un valor singular. Todos los que han observado este padecimiento estiman que su mortalidad no baja de un 80 por 100 y como, por otra parte, los pacientes que he tratado ofrecían, en su mayor parte, síntomas alarmantes, no es temible que los resultados obtenidos se desmintan en lo sucesivo.

En general, la peste no es enfermedad de duración; la muerte de



ordinario sobreviene á los 3 ó 4 días; es necesario, por consiguiente, apresurarse en la intervención y hay tanta mayor probabilidad de éxito cuanto más pronto se inyecta el suero. En verdad, asombra el ver disiparse en algunas horas los síntomas más alarmantes cuando se apela á este recurso en los dos primeros días de la enfermedad: los bubones se resuelven, por decirlo así, á la vista.

Si la intervención es más tardía, se necesita más suero y no se logra siempre, entónces, evitar las supuraciones, pero en vez de prolongarse, como en los casos ordinarios, se detienen á los pocos días. Una prueba de la eficacia del suero es el restablecimiento completo y rápido de los sujetos tratados con él, mientras que la convalecencia suele ser larga y penosa aún en los casos benignos; es impotente cuando la enfermedad es demasiado avanzada, con el pulso y respiración irregulares, el corazón débil y el envenamiento excesivo.

El suero empleado en Amoy, procedía del Instituto Pasteur de París, era preventivo á la dosis de  $\frac{1}{10}$  de c. c. para un ratón de 20 gramos. Había sido expedido primero á Nha-Trang, de donde lo había llevado á Hong-Kong, después á Cantón y por último á Amoy, y á pesar de tantos viajes durante la estación calurosa había conservado sus propiedades curativas, hecho interesante porque demuestra que podrá ser expedido para léjos sin inconvenientes.

No hay por qué decir, que los sueros que nos mandaron distaban mucho de poseer toda la actividad posible; eran por el contrario muy débiles, si se compara con los antidiftéricos y antitetánicos; es necesario esforzarse en prepararlos mucho más activos y así obrarán mejor y á menor dosis. Por otra parte, en bastantes casos he inyectado mayor líquido preventivo del necesario, hasta en convalecientes con el sólo objeto de apresurar una curación ya segura.


Los enfermos se han quejado, á veces, de dolores bastante vivos en el sitio de la inyección pero se disipan pronto y ningún accidente de importancia puede imputarse al nuevo método curativo.

El diagnóstico bacteriológico no se ha hecho en todos los casos tratados, pues, no siempre tenía ocasión de sembrar tubos de gelatina y examinar al microscópico, sin embargo, he comprobado la existencia del bacilo en muchos bubones.


La peste, es enfermedad fácil de reconocer, y por tanto, la omisión citada apenas mengua la importancia de las observaciones que llevamos practicadas.

¿El suero tiene propiedades anti-tóxicas ó es solamente eficaz contra el microbio? La respuesta de tal aserto supone el conocimiento de la toxina de la peste. La tal, existe, he podido aislarla de culturas y

me propongo estudiarla en lo sucesivo, pero en la actualidad, la peste amenaza demasiado para cuidarse de otra cosa más que de preparar el suero sin querer penetrar en el mecanismo de su acción. Hasta el presente no ha sido empleado más que durante la enfermedad confirmada, y según lo observado en animales, ha de ser más eficaz para prevenir que para curar, y por tanto, al aparecer una invasión en una vivienda, todas las personas expuestas deberían ser inyectadas preventivamente. Creo que esta es la medida mejor contra la difusión del contagio. ¿Qué tiempo duraría la inmunidad así conferida? Experimentos que voy haciendo sobre animales lo demostrarán y pienso ensayar dichas inyecciones en concepto de preventivas, tan luego posea una gran cantidad de suero suficiente para emprender otra nueva campaña.



## ANOMALÍAS NOTABLES



### I

UN CASO DE RIÑÓN DOBLE.—Lo presenta el Dr. Hansemann (Soc. de Med. de Berlín, ses. de 13 Enero 1897) como procedente de un sujeto que falleció de perforación estomacal. El riñón derecho no presenta nada anormal, pero en el lado izquierdo, en vez de otro riñón hay dos, de los cuales el más pequeño, fuera de su menor tamaño, re, presentaba al normal, mientras que el segundo riñón, situado por debajo del primero y mayor que éste, recibe dos arterias, tiene dos pelvis y dos uréteres. Esta anomalía es rarísima y el autor sólo conoce otro caso, pero no relativo al hombre sino al cerdo.

### II

UN CASO DE AURÍCULA IZQUIERDA COMPLETAMENTE SEPARADA.— También lo presenta el Dr. Hansemann (Soc. cit.) y procede de un joven de 22 años, que murió en el Hospital de la Caridad con los síntomas de una afección cerebral aguda. Al abrir el pericardio, se encontró al lado del corazón que estaba normal, aunque un poco hipertrofiado, una bolsa mayor aún que estaba llena de sangre y que no era otra cosa que la aurícula izquierda, completamente libre de fibras musculares. Fuera de esto, no había lesión valvular ni ninguna otra ano-

malía; tan sólo la aorta era tan estrecha que sólo dejaba pasar el dedo meñique.

En los anales de la Ciencia no se conoce otro caso igual.

### III

VICIO CONGÉNITO DEL CORAZÓN CON INVERSIÓN TOTAL DE VÍSCERAS.—El Dr. Refschlaeger, presenta este caso (Soc. cit.). Se trata de un niño de trece meses, que en Junio de 1806, fué sometido á tratamiento, por padecer insuficiencia de nutrición. Estaba sumamente atrófico, los extremos de los dedos eran de forma de maza y estaban cianósicos; había además, cianosis en la cara que se exageraba al gritar el niño. La cianosis era congénita, pero había disminuído algo con el tiempo. La exploración, demostró una inversión completa de las vísceras: corazón en el lado derecho, hígado en el izquierdo, etc. El niño falleció en Diciembre de meningitis tuberculosa, y entonces el exámen cadavérico comprobó el hecho de la transposición visceral y además, que el corazón no tenía más que un ventrículo único y muy voluminoso, de donde salía la aorta. Es notable que con semejante anomalía, hubiese podido vivir esta criatura un año y ocho meses —(*Rev. de Med. y Cir. prácts.*).—(R. DEL VALLE).

### IV

RAREZAS ANATÓMICAS.—El profesor A. J. Tarenetsky, describe tres preparaciones curiosas, que se hallan en el Museo de su cátedra en la Academia médica militar de San Petersburgo.

La primera procede de un soldado de 22 años, que murió el 30 de Julio de 1892, de peritonitis y pneumonía: consiste en un bazo doble y además, de un apéndice menor en una de las dos partes que se hallan alzadas por medio de un ligamento peritoneal de 25 centímetros de ancho; tiene cada parte 10 centímetros de largo, de 5'5 á 6'5 de ancho y 2'5 de grueso; el volúmen del apéndice es el de un garbanzo; el peso total es de 170 gramos. Los bazos con uno ó más apéndices no son muy raros; pero como hecho de bazo doble, sólo consta otro encontrado en el cadáver de un joven de 20 años, en 1862, por el médico americano Marsh.

La segunda preparación notable descrita por el profesor Tarenetsky, es un externón procedente de un hombre de 25 años, y cuya base ú horquilla consta de dos partes simétricas, enteramente separadas, que durante la vida debían estar unidas por tejido fibroso. No consta ninguna otra observación parecida.

La tercera preparación es un cráneo, en el cual el llamado agujero ciego ó canal cráneo-nasal no va á la cavidad de la nariz, sino á la cara externa de la apófisis nasal del frontal. El mismo cráneo, procedente de un hombre de edad proveccta, ofrece, además, un doble agujero infra-orbitario del lado izquierdo y un llamado poro crotafítico bucinator. El autor cree que no existe otra preparación que presente las mismas anomalías.—(*Anales de la Cirugía rusa*, 1896, págs. 551 á 555. *Gaceta Médica Catalana*).—(G. SENTIÑÓN).

## V

DEFORMACIONES ESPINALES Y VISCERALES EN UN FETO ANENCÉFALO.—El Dr. T. G. Sterens, presentó (a la Soc. de Obst. de Londres, ses. 4 Nov. 1896) un feto anencéfalo de ocho meses, que tenía el aspecto de una rana por la falta del cuello y del cráneo. Tenía cabello á lo largo de los bordes de la base craneana. Estaba bien nutrido y grueso, sobre todo en los miembros. El pecho era prominente y marcadas las elevaciones mamarias; faltaba el cuello, y la piel del tórax se unía directamente con la de la cara. El ombligo ocupaba un punto bastante inferior del abdomen. Debajo del ombligo y continuándose con él, había una elevación irregular formada por la vejiga en extraversión; en el ángulo inferior de ésta se veían los dos orificios de los uréteres. A uno y otro lado de los orificios de los uréteres, había unas elevaciones que representaban los grandes y pequeños labios imperfectamente formados. Entre los pequeños labios se hallaba el hímen con tres orificios y detrás de éste el ano constituido por una aberturilla tapada con una válvula cutánea. La columna vertebral estaba completamente abierta.—(*Anal. de Obst. Gin. y Ped.*).—(F. TOLEDO).

## VI

DOS NOTABLES ANOMALÍAS DEL HÚMERO.—I. Al preparar, en 11 de Diciembre último, en unión de mis compañeros los señores Castroviejo, Sanjiménez y Calvo, una articulación del codo, perteneciente al cadáver de una joven, cuya edad no era fácil apreciar, pero que calculamos fuese de unos 13 á 15 años, tuvimos ocasión de notar en la extremidad inferior del húmero izquierdo y en su cara interna, sobre la epitroclea, una espina de forma prismática triangular, aplanada en el sentido antero-posterior, con el vértice dirigido hacia abajo, adelante y adentro; desde dicho vértice se destacaba un filamento fibroso que iba á insertarse, por su extremidad inferior, en la epitroclea y parecía dar

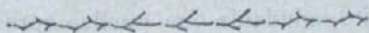
origen, en parte, al músculo *pronador téres ó redondo*. Examinado el húmero del lado derecho no se observó vestigio alguno de semejante espina.

Consultado este hecho en varios tratados de Anatomía, supusimos, con fundamento, que se trataba de una anomalía conocida con el nombre de *espina supra-epitrocLEAR*: anomalía palingenética enteramente semejante al agujero óseo *supra-condíleo* humeral, que aparece en varios mamíferos, como los marsupiales, desdentados roedores, algunos monos inferiores, y sobre todo en los felinos. A través de este agujero, óseo en los animales y ósteo-fibroso en el hombre, cuando existe, pasa el nervio mediano y, casi siempre, la arteria humeral ó la cubital.

La *apófisis supra-epitrocLEAR* del hombre, fué observada por vez primera por Tiedeman y ha sido bien estudiada por Otto. Posteriormente han publicado trabajos sobre este asunto Struthers, Gruber, Quain, Knos, Turner Testut y Nicolás.—(*Revue Biologique du Nord de la France*, 1891).

II.—En 7 de Enero, al preparar, también con mis mencionados compañeros, la articulación *escápulo-humeral* de un cadáver de mujer, cuya edad oscilaría entre los 50 y 55 años, observamos inmediatamente debajo de la parte media y anterior del cuello anatómico una protuberancia espinosa, cuya base mediría  $2\frac{1}{2}$  centímetros por su eje mayor, dirigido en el sentido longitudinal del hueso y 2 centímetros en el transverso. La altura *no medida* de esta protuberancia apenas llegaría á medio centímetro.

Esta disposición, según la opinión de Poivier y otros anatomistas, debe estimarse como una de las numerosas deformidades producidas por la artritis seca, que, sin duda, padeció en la articulación *escápulo-humeral* la desdichada mujer á quien correspondía el cadáver de referencia.—(*Gac. Méd. de Granada*, 31 En. 97).—(ANTONIO A. CIENFUEGOS).



## NOTAS CIENTÍFICAS

### Un nuevo estetoscopio

Lo presenta el Dr. Senator (á la Soc. de Med. de Berlín, ses. 13 Enero 1897) y ha sido contruido por Anfrecht, de Magdeburgo, según el principio del roce en que se funda el fonendoscopio, con la ventaja sobre este último, de que es más portátil y de manejo más fácil. Consta de un tubo flexible que termina por un extremo en la pieza auricular y por el otro, en un embudo estrecho. Aplicando éste á las paredes del tórax y haciendo que roce con ellas, se perciben notables diferencias en el ruido que corresponde á los órganos subyacentes. Conduciendo el estetoscopio con mucha suavidad sobre la región precordial, se consigue distinguir los límites superior, izquierdo é inferior del corazón, límites que difieren de los que se aprecian por la percusión, puesto que los primeros corresponden al verdadero perímetro de la viscera, mientras que la percusión sólo descubre una parte de ésta. En cambio, por el lado derecho, la presencia del esternón impide que el límite derecho del corazón se distinga con la misma claridad. Senator propone dar á este instrumento en vez del nombre de metroscopio que propone su inventor el de estetoscopio de frotamiento. — *Rev. de Medicina y Cir. prácts.*) — (R. DEL VALLE).

## BIBLIOGRAFÍA

### I

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 mérito indudable que pueden apreciar cuantos posean el *Anuario de Medicina Cirugía* que viene publicando la Casa Bailly-Baillere é Hijos.

El progreso incesante de las ciencias médicas hace que las obras de medicina queden relativamente anticuadas 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 medios de 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 hartamente justifican la publicación de libros como del que nos ocupamos.

Acabamos de examinar el tomo XXIII del referido *Anuario de Medicina y Cirugía*, y en su confección vemos el esmero y el estudio observados en los tomos anteriores, y que acrecienta la fama de laborioso é instruido que goza su autor, doctor Gustavo Reboles y Campos.

## II

De gran utilidad para médicos y estudiantes de medicina es el *Compendio de Cirugía General y Especial* de los doctores Ruyter y Kirchoff, de Berlín, que los Sres. Bailly-Bailliere é hijos acaban de editar, y cuya traducción del alemán ha sido hecha por el doctor González Tánago.

La obra está dividida en dos tomos en 12.º, de 270 páginas uno y de 410 otro, estando toda la obra ilustrada con magníficos y numerosos grabados intercalados en el texto.

El tomo primero está dedicado á la *Cirugía General* y en sus capítulos está comprendido todo lo referente á la asepsia, á la operación, á los vendajes, curación de heridas, fenómenos y alteraciones que pueden ocurrir en el curso de las mismas, infección de las heridas, enfermedades crónicas infecciosas, traumatismo de los tejidos blandos, gangrenas y lesiones óseas y articulares; en el segundo, *Cirugía Especial*, se estudian los traumatismos y enfermedades quirúrgicas del cráneo, cara, cuello, tórax, vientre, intestinos, órganos genito-uritarios, columna vertebral, miembros torácicos y abdominales, y las operaciones que se practican en todas estas regiones.

Sin temer pecar de exagerados, decimos que este tratadito de cirugía es de lo más completo y útil que se ha escrito, pues además de ser muy conciso y claro, contiene las más modernas doctrinas y cuanto se admite y estima hoy como mejor en el ramo de la ciencia médica que trata.



		NATALIDAD		MORTALIDAD				
		Total	Total	Total	Total			
MES DE ENERO DE 1897	Legítimos	Varones	65	DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR EDADES Ó PERÍODOS	En el claustro materno . . . . .	2		
		Hembras	74		Hasta 5 meses . . . . .	11		
TOTAL	139				De más de 5 id. á 3 años. . . . .	15		
		De más de 3 á 6 años. . . . .	2					
		» 6 á 13 » . . . . .	6					
		» 13 á 20 » . . . . .	2					
		» 20 á 25 » . . . . .	4					
		» 25 á 40 » . . . . .	11					
		» 40 á 60 » . . . . .	15					
		» 60 á 80 » . . . . .	37					
		» 80 » » . . . . .	10					
			<b>Total general de defunciones . . . . .</b>	<b>113</b>				
Demografía Médica	legítimos	TOTAL	139	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CONTAGIOSAS	Viruela . . . . .	2		
					Sarampión . . . . .	3		
					Escarlatina . . . . .	»		
					Angina y laringitis diftérica. . . . .	»		
					Coqueluche . . . . .	»		
					Enfermedades tifoideas . . . . .	2		
					Id. puerperales. . . . .	1		
					Intermitentes palúdicas . . . . .	1		
					Disenteria. . . . .	»		
					Sífilis . . . . .	»		
Carbunco . . . . .	»							
Hidrofobia . . . . .	»							
Otras infecciosas y contagiosas. . . . .	»							
			<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>9</b>				
PALMA POB. CAL. 61.611	legítimos	TOTAL	7	OTRAS ENFERMEDADES	Circulatorio . . . . .	19		
					Respiratorio . . . . .	44		
					Enfermedades del aparato	Digestivo . . . . .	10	
						Urinario. . . . .	3	
							Locomotor. . . . .	2
							Cerebro espinal . . . . .	13
							Distrofias constitucionales . . . . .	»
							Procesos morbosos comunes. . . . .	8
							Enfermedades mentales . . . . .	»
							Id. cancerosas . . . . .	5
		Alcoholismo. . . . .	»					
		Lepra. . . . .	»					
		Pelagra . . . . .	»					
		Bocio. . . . .	»					
			<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>104</b>				
				MUERTE VIOLENTA	Accidente . . . . .	»		
					Suicidio . . . . .	»		
					Homicidio . . . . .	»		
					Ejecuciones de justicia . . . . .	»		
					<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>»</b>		
		<b>Total general . . . . .</b>	<b>146</b>	<b>N.º de fallecimientos sin asistencia médica. . . . .</b>	<b>»</b>			