

ocupado de tan importante asunto, comprobando los buenos resultados obtenidos en ciertas localidades.

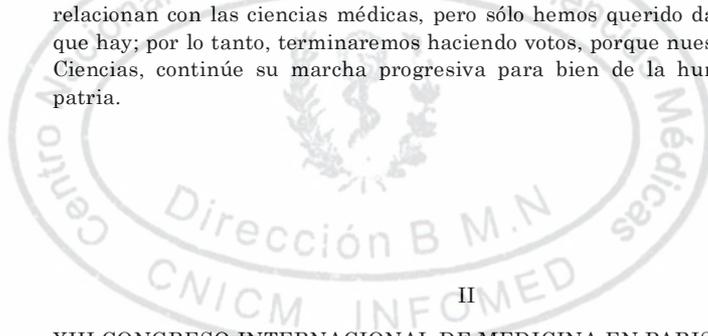
La lepra, que también es una afección bacilar y aunque considerada menos contagiosa que la tuberculosis, se están erigiendo hospitales especiales para el aislamiento y tratamiento de los pacientes, entre otros el de S. Martín, cerca de Nenfchatan (Volges).

Casi todas las naciones han presentado variedad de preparaciones en química y farmacia, demostrando sus ventajas en las artes, la industria y la medicina, además sus aguas minerales naturales.

La electricidad constituye una importante y gran exhibición de variados aparatos para producir la luz y otros efectos, sus aplicaciones a la cirugía, sobresaliendo el radiógrafo de Rontgen; la electro química prestando sus buenos servicios a la industria para refinar el cobre, preparación de cloratos de soda y potasa, del carburo de calcio, del aluminio, etc.

Mucho tendríamos que decir, si nos hubiéramos ocupado de los detalles de cada uno de la multitud de objetos presentados en la Exposición, que se relacionan con las ciencias médicas, pero sólo hemos querido dar una idea de lo que hay; por lo tanto, terminaremos haciendo votos, porque nuestra Academia de Ciencias, continúe su marcha progresiva para bien de la humanidad y de la patria.

París, julio 29-1908.



II

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA EN PARIS DEL 2 AL 9 DE AGOSTO DE 1900

Señor Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de la Habana.

El 2 de agosto del presente año, el Presidente de la República francesa, Loubet, recibió en la gran sala del palacio el Eliseo, a los delegados franceses y extranjeros, del décimo tercer Congreso Internacional de Medicina los que fueron agrupados por nacionalidades y presentados al Presidente, por el profesor Lannelongue, Presidente del Congreso de Medicina. M. Loubet, entre otras cosas dijo: que habiendo hecho la medicina y cirugía grandes progresos en estos últimos años, el Congreso realizaría nuevos adelantos en favor de la humanidad y que la República francesa, saludaba cordialmente a todos sus miembros. Enseguida, se dirigió a cada grupo en particular, estrechando las manos de sus representantes; allí estaba Cuba, oficialmente representada por el Dr. Juan Santos Fernández y el que tiene la honra de dirigiros esta comunicación.

El mismo día 2 de agosto, a las dos de la tarde, tuvo lugar la inau-

guración de la primera Asamblea general del décimo tercer Congreso Internacional de Medicina, en la hermosa y espaciosa sala de fiestas de la Exposición, donde estuvieron presentes más de cinco mil médicos y numeroso público; en la plataforma hecha *ad hoc*, se colocaron el delegado del Gobierno M. Moni, ministro de Justicia, por no poder asistir el Presidente, el profesor Lannelongue, como Presidente del Congreso y los Presidentes de honor, delegados oficiales franceses y extranjeros, miembros del Instituto, Facultades, etc.

El profesor Lannelongue, pronunció un discurso manifestando que la presencia del Gobierno ante la reunión de hombres que habían acudido de todas partes del mundo, con el fruto de sus meditaciones y trabajos, con el genio de su raza y que en ese momento se encontraban todos reunidos, era la mayor prueba de consideración que pudiera recibir el Congreso. Hizo después algunas reflexiones acerca de los progresos de la medicina, señalando el contagio de la tuberculosis, demostrado por Villemin y comprobado por Kock, y que ya los legisladores se ocupaban de asunto tan importante! que nuestro deber no era tan sólo conservar al hombre, sino también atender a su grandeza material y moral. Recordó por último, que la primera idea de los Congresos médicos, la tuvo el doctor M. Gintrac, hijo, desde 1865, y que propuso el primero que se verificó en París en 1867; concluyó dando la bienvenida a todos los médicos y diciendo: *a la obra, el tiempo apremia, nunca desde su origen se anunció mejor cosecha ni tan abundante, sepamos aprovecharla y recoger las semillas fecundas que harán fructificar las generaciones futuras.*

Los delegados extranjeros demostraron su reconocimiento por el honor recibido y el sabio Virchow a pesar de sus ochenta años, leyó un interesante trabajo sobre el *Traumatismo* y la *infección*. Dijo, el traumatismo es la alteración de una parte del cuerpo vivo producida por una violencia, que puede distinguirse en aparente, visible o vulnerante. El traumatismo que se acompaña de solución de continuidad está en aptitud de recibir materias extrañas, dando lugar a la infección o por el contrario las contusiones solamente accesibles a causas internas, sin embargo, hay casos que en una contusión sin lesión de continuidad y a pesar de existir la integridad de la superficie se presenta la infección como se observa en las inflamaciones intensas de la médula de los huesos largos (osteo-mielitis) en que la piel, el tejido celular subcutáneo, los músculos y el periostio no presentan ninguna alteración, mientras que en las partes alteradas de la médula existen numerosos microbios, y ¿de dónde han venido? Cuestión es esta que no es terminante y que da origen a la hipótesis y que para decidir si es una violencia culpable o no, tendría que resolverse según el modo adoptado por la mayoría, o según la manera de observar los hechos.

La opinión general hoy, es favorable a un desarrollo bacteriológico, según el cual se supone que hay una alteración anterior de la sangre producida por otra herida y llevada al lugar de la enfermedad secundaria, algunos cirujanos admiten la existencia de una pequeña erosión de la

piel, pero en ambos casos no hay prueba positiva y es muy difícil probar que el traumatismo y la infección sean sincrónicos; hay observaciones en que la infección ha precedido al traumatismo y en otras en que se había desarrollado en una parte lesionada hacía largo tiempo, como lo ha ilustrado el profesor Virchow, con casos especiales; por otra parte, es necesario saber si puede reconocerse por los signos objetivos la naturaleza endógena de la lesión, lo cual puede demostrarse por las alteraciones sifilíticas.

Al siguiente día 3, comenzaron las interesantes sesiones del Congreso de medicina, en sus diferentes ramas, y como sus trabajos se publicarán más tarde, nos proponemos solamente hacer un resumen de algunos de ellos, para que pueda apreciarse su importancia, ocupándonos de los de la sección de patología interna, presidida por el profesor Potain, a cuyas sesiones hemos asistido con regularidad y donde tuvimos el gusto de ver a nuestro compañero, Dr. Juan B. Landeta, como miembro del Congreso.

ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO

Comenzó la sesión el profesor Dieulafoy ocupándose de las *Ulceraciones gástricas* y dijo: que en el estómago pueden encontrarse ulceraciones de todas dimensiones, desde la más pequeña, puntiforme o sea erosión, hasta la más grande, extensa y profunda, del tamaño de una pieza de cinco francos, y que los trastornos a que da lugar, se caracterizan por la intolerancia estomacal, vómitos, hematemesis, perforación del estómago con sus consecuencias y hasta el cáncer, complicación en gran número de ulceraciones.

Considera preferible escoger entre las ulceraciones estomacales, cierto número de tipos, que representan bajo el punto de vista clínico, patológico y anatómico, entidades morbosas perfectamente definidas.

1° La erosión estomacal, es la más pequeña de las ulceraciones, se presenta en la mucosa en forma de pequeño punto hemorrágico más o menos abundante y aunque de muy pequeñas dimensiones las erosiones pueden provocar hemorragias abundantes.

2° En algunas circunstancias se encuentra en la mucosa estomacal, una o muchas pérdidas de substancia más extensas que la erosión, que ha propuesto denominarla *exulcerativo simplex*: por pequeña y superficial que parezca esta ulceración, puede llegar a las arteriolas que se encuentran debajo de la capa mucosa y provocar hemorragias terribles, a menudo mortales, si no se interviene.

3° La úlcera simple de Cruveilhier (*ulcus simplex*) es el tipo de las úlceras del estómago, de forma crónica y de tendencia perforante, complicaciones son estas de lo más terrible.

4° Citemos también las ulceraciones estomacales específicas, debidas a la tuberculosis y a la sífilis, que pueden llegar como la úlcera

simple a las hemorragias y a la perforación.

5^o No es raro que el cáncer se desarrolle en una ulceración estomacal.

6^o La patogenia de las ulceraciones estomacales no se ha elucidado completamente, es necesario tener en cuenta los agentes infecciosos, tóxicos, las lesiones arteriales y del jugo gástrico, siendo posible que una ulceración pequeña al principio llegue a ser un *ulcus simplex*.

7^o El tratamiento de las ulceraciones estomacales según los casos debe ser médico, específico o quirúrgico.

* * *

El Dr. Julio Montaberg (de Viena) trata sobre la *Patogenia y anatomía patológica de la enteritis muco-membranosa*, debiéndose distinguir la enteritis membranosa y el cólico mucoso; la primera comprende una afección catarral, subaguda o crónica del intestino grueso, acompañada particularmente de gran cantidad de mucosidades, mientras que en el cólico mucoso, designa un estado morbozo cuyos signos clínicos son **crisis** de cólicos seguidos de evacuación de substancias mucosas y a veces **ambos** procesos pueden combinarse. Cada una de las dos formas **morbosas**, cuyo elemento común es la existencia de deyecciones mucosas, presenta una patogenia que le es propia a cada una. La primera forma, no es más que un catarro del intestino grueso caracterizado por abundante evacuación de mucosidades o sea el catarro del intestino grueso; de un modo general, por el contrario, el cólico mucoso en la mayoría de **los** casos, es dependiente de neuropatía general (histérico, neurastenia) **y** lo considera como la manifestación de una neurosis y en los casos excepcionales, en que no existe neuropatía, ese estado morbozo debe ser considerado como una neurosis mono-sintomática del intestino.

Además de este elemento etiológico fundamental, es preciso tener en cuenta ciertos factores ocasionales susceptibles de provocar paroxismos, **los** principales son: enfermedades del aparato genital en el hombre **y** en la mujer, afecciones físicas, constipación, irrigaciones rectales irritantes, enfermedades orgánicas del intestino.

El cólico mucoso, a menudo se acompaña de otras manifestaciones patológicas a las cuales no puede atribuirse la producción, pero que puede considerarse como equivalente del elemento nervioso elemental, como la aquilia gástrica, la dispepsia nerviosa, la constipación espasmódica, la enteroptosis.

La anatomía patológica de la enteritis membranosa, es la misma que la de la enteritis en general, y en cuanto al cólico mucoso, en los casos raros en que se ha hecho el examen en el vivo o en el cadáver, no se ha comprobado ninguna lesión apreciable de la mucosa.

* * *

El Dr. M. F. Boas (de Berlín) se ocupa de la *Sintomatología, diagnóstico y marcha clínica de la colitis muco-membranosa*.

La colitis muco-membranosa, la considera como una enfermedad particular, catarral, con tendencia a formaciones plásticas mucosas en el colon; junto a ésta hay una forma más rara en que se manifiesta por acciones, mientras que en los intervalos no hay malestar notable excepto la constipación. Se observa otra tercera forma que pudiera designársela con el nombre de colitis muco-membranosa artificial, y puede provocársele con inyecciones astringentes, sobre todo por el tanino, en las personas que padecen de colitis, pero no en las sanas.

La sintomatología de la colitis muco-membranosa, se caracteriza por la constipación, el cólico, la atonía espasmódica de los intestinos, materias mucosas o membranosas en las deposiciones y por el estado general nervioso; sin embargo, la mayor parte de los síntomas pueden faltar y sólo la constipación es casi constante. Lo que decide el diagnóstico, es sólo la existencia de las mucosidades características, los otros síntomas, como la sensibilidad del colon, la coloptosis, riñones móviles y atonía intestinal, no servirían más que para apoyar el diagnóstico.

Es indispensable comprobar si la colitis muco-membranosa es una enfermedad idiopática o de complicaciones; también es importante saber si es de origen artificial.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el cólico mucoso, lo que se obtiene con observaciones repetidas y por medio de inyecciones intestinales metódicas. La marcha clínica de la colitis muco-membranosa, es paralela a la de la constipación habitual y las medidas que hagan desaparecer esta última, servirán para la otra o viceversa.

* # *

El Dr. M. Mathieu (de París) se ocupa del *Tratamiento de la colitis muco-membranosa*, manifestando, que sólo se limita a señalar las principales indicaciones patológicas y sintomáticas y a grandes rasgos la terapéutica que les corresponda.

La constipación es la regla en la colitis membranosa, a menudo es espasmódica, la diarrea es siempre pasajera, resultado de una debacle o de una colitis catarral, existiendo siempre una irritación secretoria de la mucosa. El síndrome de la colitis muco-membranosa, no tiene toda su intensidad, sino en los individuos predispuestos por un estado neuropático anterior, la colitis tiene tendencia a exagerar ese nervosismo y a localizarlo en el abdomen, localmente el nervosismo provoca la hiperestesia de las paredes del intestino grueso, su motilidad y su vacío, y en particular es causa de las contracciones espasmódicas.

El estado general y local reacciona con mucha frecuencia, el uno sobre el otro, en la colitis muco-membranosa y se exageran recíprocamente; la terapéutica debe actuar en estos dos elementos. El vicio en la alimentación, los fenómenos dolorosos, la auto-intoxicación, sin duda, son también causa de anemia, de adelgazamiento y a veces de verdadera caquexia, en fin, en ciertas complicaciones como las hemorragias, disentería aguda o febril, se exigen indicaciones particulares.

La constipación a la vez es causa y efecto, ante todo es necesario tratar de hacerla desaparecer, y su desaparición es la curación de la colitis mucosmembranosa; se emplearán para combatirla medios que no aumenten la irritación secretoria, ni los fenómenos dolorosos, ni la tendencia a los espasmos; el aceite de palma cristi, las grandes lavativas, la belladona, son sobre todos útiles; el aceite de palma cristi se administrará por las mañanas, en pequeñas dosis incorporadas al almuerzo, v su empleo alternará con el de las grandes lavativas que serán administradas a la temperatura cerca de 40°, con débil presión, con lentitud, y a la dosis de un litro y medio a dos litros y medio; estos lavados calman la irritación dolorosa espasmódica del intestino, provocan la evacuación de las materias acumuladas en su cavidad y ejercen una acción antiséptica mecánica. Puede emplearse el agua caliente para auxiliar la acción antiséptica de una solución débil de bi-borato de soda o de salicilato, y para ejercer una acción modificadora en el catarro intestinal, puede emplearse una solución de ictiolato de amoníaco.

Debe evitarse cuidadosamente todo lo que puede producir una irritación del intestino, los purgantes drásticos, las inyecciones astringentes, el masaje en los casos en que existe una hiperestesia marcada del intestino, o un espasmo doloroso del colon. Se ha recomendado una alimentación rica en detritus vegetales, legumbres verdes, frutos cocidos, pan, etc., pero muchos enfermos no la soportan y se está forzado a prescribirles un régimen que favorece la constipación, pero que disminuye la irritación de la mucosa digestiva. Las lavativas de aceite, a menudo son útiles, sobre todo combinadas con grandes lavados de débil presión, la belladona a menudo se prescribe con buen éxito, calma el dolor y la tendencia al espasmo, raras veces se tendrá que emplear el opio y sus derivados, que pueden ser empleados algunas veces; las aplicaciones locales calientes y los baños generales calientes, tienen una acción calmante, los baños prolongados y grandes lavados calientes son la base de las curaciones de Plombieres y de otras estaciones semejantes de baños donde se ha abusado a veces con las duchas ascendentes a alta presión.

A menudo es ventajoso actuar sobre el nervosismo general, por medio de los calmantes nerviosos y de la hidroterapia; con frecuencia los enfermos están delgados, debilitados y es preciso prescribirles una alimentación adecuada y un régimen apropiado a su tubo digestivo. Las formas disintéricas serán combatidas por medio de lavados con una solución débil de nitrato de plata, las hemorragias con las preparaciones de hama- melis y grandes lavativas a la temperatura de 45°.

* * *

El Dr. Jules Geoffroy estudia la *Contractura del colon pelviano y la enteritis muco-membranosa* y opina que la presencia de las mucosidades, muco-membranas en las deyecciones, es el signo de un espasmo o de una contractura localizada especialmente en el ileo-pelviano del colon transversal y producir una contracción refleja y siempre parcial

de las diferentes porciones del duodeno, píloro y estómago. Se comprende que esta localización de la contractura, es la causa de una serie de errores de diagnóstico, imposibles de evitar; no se conoce bien la marcha de esta afección. La contractura del intestino, se reconoce por la palpación prolongada, se presenta en forma de induraciones, de bolos, que son muy dolorosas o menos sensibles, la presión sistemática aviva el malestar o dolores habituales del enfermo. Si se comprueba que tienen su asiento en el trayecto del colon pelviano, en una de las fosas ilíacas, puede afirmarse la existencia de la enteritis muco-membranosa. Su existencia precede las crisis de esta enfermedad, siendo posible el diagnóstico fuera de las crisis y sin ningún examen anterior de las deyecciones que en general no suministran sino datos pasajeros e inconstantes.

Mr. Langenhagen (de Plombieres) apoyándose en 600 *observaciones de entero-colitis muco-membranosa* ha tratado de dilucidar ciertos puntos que están en discusión sobre el estudio de esta enfermedad, las estrechas relaciones que existen entre la entero-colitis y la diátesis neuro-artrítica la importancia de la metritis y anexitis, en tanto que los factores etiológicos deben por el contrario estar reducidos a causa determinante.

El autor manifiesta que al mismo tiempo que la constipación constituye la inmensa mayoría de los casos, se observa la diarrea en algunos, como lo ha comprobado 32 veces en 600 casos que ha tratado.

De los tres signos fundamentales de la entero-colitis muco-membranosa hay mucosidades y membranas en las evacuaciones, irregularidad de la función intestinal (dolor), los fenómenos dolorosos son los menos constantes y han faltado en el quinto de los casos. En cuanto a la litiasis intestinal, no debe considerarse sino como una complicación de la entero-colitis.

M. Dieulafoy sobre la *Entero-colitis muco-membranosa y apendicitis*, recuerda que se ha dicho que la apendicitis podía llegar a entero-colitis muco-membranosa y se pregunta, si lesiones graves, extensas del intestino, en particular del ciego, deben producir la apendicitis? Los hechos responden por la negativa. Las apendicitis, en el curso de la fiebre tifoidea, son excepcionales y en la tuberculosis ulcerosa que ataca el intestino, no se observan como tampoco en la entero-colitis. M. Potain, reunió 153 casos de colitis muco-membranosas, sin haberse presentado la apendicitis. M. Genard no lo ha observado en Plombieres donde acuden gran número de enfermos con enteritis muco-membranosas.

M. Dieulafoy ha visto y hecho operar 117 enfermos de apendicitis y sólo en un caso observó la enteritis muco-membranosa, pero hay casos en que los enfermos tienen diarreas provocadas por la apendicitis, las que desaparecen después de operado el apéndice.

* * *

M. Ewald (de Berlín) dice que no existe *ninguna relación entre la*

apendicitis y la colitis muco-membranosa, lo que prueba que esta última es independiente o puede ser independiente, de una lesión orgánica o de una simple inflamación de los intestinos, bien entendido, que hay una enteritis membranosa que es la consecuencia de una inflamación o de una irritación de la mucosa intestinal, pero hay otros casos que falta y debe considerarse su origen del todo neuropático. En cuanto a la cuestión de la patogenia de la colitis muco-membranosa y de la enteritis membranosa de origen nervioso, el autor opina que hay una gran diferencia entre esas dos formas; que se trata de diversos síntomas de la misma entidad morbosa.

M. Max Eiborn (de New York) trata sobre la *Dilatación idiopática del esófago* y dice que entiende por dilatación idiopática del esófago, cuando hay dilatación de este órgano sin obstáculo mecánico interior o exteriormente de las paredes o del cardias. Santer observó 12 casos de **este** género, dos a consecuencia de traumatismo y **10** sin ningún factor etiológico que pudiese ser invocado. Los síntomas son: disfagia, sensación de opresión o llenura en el pecho, vómitos después de las comidas.

M. Meunier (de París) presenta una comunicación sobre el *Labfermento en el jugo gástrico*. El modo de hacer el dosaje del fermento Lab en el jugo gástrico demuestra su importancia clínica en los diversos estados patológicos del estómago estando basado su proceder en la fácil caseificación de la leche por el jugo, en presencia del cloruro de calcio y toma como medida del lab del jugo gástrico el tiempo necesario para que se verifique la caseificación de **la leche**.

Estudia las variaciones del lab en 42 casos de patología estomacal y deduce como M. Boas que la desaparición del lab parece indicar la desaparición de los elementos secretorios de la mucosa y que su disminución parece señalar con exactitud el estado de estos elementos de la comparación hecha entre la secreción del lab y la de los elementos elevados de la pepsina, M. Meunier cree que en los casos de divergencia entre los elementos clorados y el lab, éste parece acercarse a la secreción péptica y concluye que por razones clínicas y químicas es de gran utilidad el dosaje del lab en el examen de jugos gástricos patológicos.

M. Hermann Straus (de Berlín) se ocupa sobre la *Relación entre los cuerpos grasos y las diversas funciones del estómago* y ha encontrado que grandes cantidades de grasas detienen las secreciones ácidas y no perturban la motilidad, así, pues, en el tratamiento de la hiperacidez, con o sin alteración de la hipersecreción y de la insuficiencia motriz del estómago, las grasas y particularmente la crema deben administrarse.

Mr. Paul Cohuhein (de Berlín) lee un trabajo sobre la *Acción*

terapéutica de grandes dosis de aceite de olivo en las estenosis orgánicas y espásticas del píloro y del duodeno como de sus consecuencias (gastrectasia). En los casos de gastrectasia que no son debidos a un obstáculo sino a un espasmo del píloro a consecuencia de una fisura del orificio del esómago, se curan o mejoran notablemente tomando grandes dosis de aceite, de 100 a 250 gramos por día. Igual resultado se obtiene, en los casos de estenosis pilórica o del duodeno de naturaleza cicatricial, acompañadas de gastrectasia secundaria; se curan relativamente por el empleo metódico de grandes dosis de aceite con tal que los enfermos eviten todos los excesos. En casos de estenosis del píloro y del duodeno, que se caracterizan por una secreción continua y un espasmo pilórico, después de las comidas, se mejoran o se curan por medio del aceite.

Conviene tomar el aceite, o administrarlo por medio de la sonda por un tiempo más o menos largo, tres veces por día a la dosis de 50 centímetros cúbicos, una hora antes de las comidas, y si este método fuese impracticable, se administra una vez por día, cuando el estómago esté vacío, poniendo el aceite a la temperatura del cuerpo y a dosis de 100 a 150 centímetros cúbicos. El empleo del aceite, llena tres indicaciones. suprime el espasmo, disminuye el frote y contribuye a la nutrición; el aceite aun en los casos de estenosis muy pronunciada, llega al pequeño intestino donde es reabsorbido; actúa sobre el espasmo en casos de úlcera, como un narcótico, y no tiene acción secundaria desagradable, siendo puro, no provoca ni erutos ni diarreas y los enfermos lo toman bien.

El autor no ha obtenido efectos favorables del aceite, en casos de calambres del estómago de naturaleza nerviosa, de donde se deduce, que sirve de elemento de diagnóstico diferencial bajo el punto de vista de los espasmos nerviosos y orgánicos.

Por medio del aceite, se mejoran gran número de estenosis del píloro con gastrectasia consecutiva siendo la intervención quirúrgica superflua y es preferible en los casos de estenosis del píloro, emplear el aceite antes de intervenir quirúrgicamente.

* * *

M. Friedel Pick (de Praga) trata sobre la *Fiebre intermitente hepática* y dice: que la fiebre intermitente hepática no es más que una fiebre vulgar de infección y no merece una denominación nosológica especial, sin embargo, este nombre designa un síndrome bien característico y merece ser conservado. Charcot en 1873 separó la fiebre que acompaña el cólico hepático, la fiebre intermitente hepática con sus principales caracteres; escalofríos, frío a veces intermitentes, a veces regular que se ha confundido con la fiebre palúdica y habiendo señalado la causa, en la reabsorción de un veneno debido a la descomposición de la bilis, como se ha demostrado hoy por la bacteriología moderna y conocida con más precisión con el término de fiebre bilioséptica de Chauffard; por otros autores ha sido considerado de naturaleza refleja. El autor ha estudiado

bajo el punto de vista hematológico, algunos casos de fiebre intermitente hepática con escalofríos, presentándose la fiebre cada dos, tres, cuatro y cinco días, y en uno de los casos al principio no había leucocitosis, solamente 4.000 leucocitos, al cabo de algunas semanas había 18.000 y en algunos casos 34.000, al fin de la enfermedad, lo que es importante, permitiendo el diagnóstico de la fiebre intermitente hepática con los accesos palúdicos.

Dicha leucocitosis no es causada por la supuración, en las autopsias- los canales biliares contenían mucus y no pus, por el examen de la sangre puede distinguirse la fiebre intermitente hepática de la de supuraciones; del hígado; en esta última la cifra de los leucocitos se mantiene elevada en el intervalo de los accesos febriles y está cerca de la normal en los; accesos de fiebre intermitente hepática. En cuanto a los orines, Charcot, había ya señalado la disminución de la urea y el autor ha observada que durante los escalofríos, la curva de la urea disminuye de 25 a 30 gramos, a 5 gramos, y en la fiebre común, por el contrario, la urea aumenta mientras que la orina disminuye.

Si se le administran al enfermo sales de amoníaco (citrato de amoniaco) se observa que el hígado transforma estas sales en urea a pesar de la fiebre intermitente hepática; no es por falta de poder de transformación de las sales de amoniaco en urea que la cantidad de esta última ha disminuido.

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

DEL EDEMA AGUDO DEL PULMON

M. Teissier (de Lyon), manifiesta que el síndrome clínico considerado aisladamente no da lugar a ningún equívoco, cosquilleo en la garganta, tensión dolorosa intratorácica, disnea violenta, acompañada de tos espasmódica y continua, seguida de espectoración espumosa y rosada, verdadera espuma bronquial por trasudación del suero sanguíneo (La Harpe) con esa multitud de estertores finos que se perciben durante la auscultación en la región del edema. La causa determinante y directa del acceso se presta a discusión y el mecanismo íntimo de la crisis todavía no se ha podido determinar. Si se tiene en cuenta los hechos clínicos publicados hasta el día, como también las observaciones recogidas, se llega a la conclusión que el edema agudo del pulmón, es decir, el edema primitivo o fluxionar necesita para producirse un estado especial, de infección o intoxicación y entre las infecciones, está el reumatismo articular agudo (Berheim, Landouzy, Teissier), la gripe (Rendu, Teissier), la puerperalidad (Vinay), la fiebre tifoidea (Jaccoud), la pulmonía