

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XV

Bilbao—Octubre—1909

Núm. 178

DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES DE PROTUBERANCIA

(Continuación)

Después de exponer estas dos historias clínicas, debemos manifestar el diagnóstico que sobre ambos casos se hizo: este fué de neoplasma de la región protuberancial izquierda; esta afirmación, como se ve, encierra dos diagnósticos: primero el de la naturaleza de la lesión y segundo el de su localización.

Para seguir un orden expositivo necesario á esta tesis, veremos primero cómo se llega al convencimiento de la naturaleza de la lesión, para después poder pasar á localizarlo lo más circunscritamente posible.

Vamos á ello, dando por adelantado el hecho que más tarde demostraremos, de que la protuberancia es la parte del encéfalo que ha enfermado. Pues bien, en este lugar no merecen diagnóstico diferencial más que tres clases de lesiones, ó sean: los tumores en sus diversas variedades, las hemorragias y los resblandecimientos por trombosis.

Diferenciar estas tres clases de lesiones no es cosa difícil; la mayor parte de las veces y su distinción, debe hacerse fijándose en tres clases de datos que son: los antecedentes del enfermo, la manera de comenzar la enfermedad y el curso de la misma. En efecto; en los antecedentes de los hemorrágicos y de los de resblandecimientos, nos encontramos forzosamente con esas grandes, aunque generalmente lentas intoxicaciones, las unas de origen endógeno, como la diabetes, gota, reumatismo, etc., ó los envenenamientos por substancias que vienen de fuera, como el alcohol,

el plomo, etc., á parte de la gran acción que en ello tienen algunas infecciones, entre las cuales está en primer lugar la sífilítica.

Estos diversos agentes obran en caso de hemorragias, produciendo previamente el aneurisma miliar por destrucción de la túnica media de las arterias, aneurisma pequeñísimo, de forma busiforme, que por cualquier aumento de presión arterial, como por ejemplo, un esfuerzo, hipertrofia del ventrículo izquierdo, etc., se rompen, dando lugar á una extravasación sanguínea en medio del tegido nervioso, extravasación que primero da lugar á una inhibición que á su vez produce el ictus apoplético y que más tarde y por la comprensión de las fibras nerviosas que le rodean, altera las funciones orgánicas que dependen de aquéllas.

En el segundo caso, ó sea en el de resblandecimiento, estos mismos venenos obran de otra manera, que es dando lugar á endo-arteritis que obscurecen la luz del vaso, al cual por fin obstruyen dejando sin riego aquella parte del encéfalo que queda por detrás de la obstrucción, dando lugar á la necro-biosis del tejido nervioso anemiado, la cual se manifiesta por el resblandecimiento llamado blanco; cuando la arteria obliterada es grande, por él resblandecimiento rojo, cuando el vaso es menor y hay aflujo de sangre en las colaterales y en los territorios vecinos.

Esta es la etiología necesaria para que haya hemorragias ó resblandecimientos; en cambio los tumores no tienen etiología necesaria aunque su producción en el organismo se explique por un sin fin de teorías que no es aquí sitio oportuno de enumerarlas.

Como se ve, pues, para que haya las dos primeras clases de lesiones han de existir los antecedentes citados y para que haya tumor no, aunque bien se comprende que puedan vivir juntos un tumor y una enfermedad de vasos, y más aún, que ésta influya en aquél.

Pero el principal dato para pensar y diagnosticar estas tres clases de lesiones, es la manera de empezar la enfermedad y su curso; en efecto, una hemorragia ó una trombosis, como no sea excepcionalmente, comienzan por un ictus que puede sobrevenir

en la vigilia ó en el sueño, ictus que termina en pocos momentos con la vida del enfermo, si la extravasación ha sido grande ó si el vaso obstruído es de grueso calibre y que si no lleva estas condiciones de gran cantidad ó volumen grande, deja al enfermo achacoso, achaque que puede seguir dos caminos: el de resolverse ó el de continuar en el mismo estado; en cambio, un neoplasma no produce nunca ictus y sí trastornos, al principio vagos, que serán diferentes, según el lugar de su localización; esto por lo que se refiere á la manera de empezar; en cuanto á su curso, también es diferente en ambos casos; en las dos primeras lesiones, al principio los síntomas son de irritación y después de destrucción; por eso, por ejemplo, en ellos al principio se presentan las parálisis flácidas, á las que más tarde suceden las parálisis con contracturas; en cambio, en los tumores, el síntoma podrá ser más ó menos intenso, pero no cambia, porque desde el principio hay destrucción; además de todo esto, los síntomas de las dos primeras lesiones no aumentan en número aunque cambien de forma, pues la lesión del principio nunca crece sino sobrevienen accidentes nuevos, cosa que no sucede con los tumores, que aumentando de volumen interesan siempre partes nuevas de la substancia cerebral y por lo tanto, dan nuevos síntomas: en una palabra, que la característica de las hemorragias y trombosis es no aumentar en extensión, y por lo tanto, no dar nuevos síntomas y aumentar en profundidad haciendo que los síntomas ya dados se acrecienten ó se den más claros y que la característica del tumor es por el contrario aumentar en extensión dando síntomas nuevos, no creciendo como los anteriores en profundidad y haciendo que los síntomas del principio no se acentúen mucho.

Hay además de estos datos otros no menos importantes, puesto que son exclusivos de los tumores encefálicos y que según todas las opiniones son hijos del aumento de la presión intracraneana. La ausencia ó presencia de ellos también nos servirá para el diagnóstico de la naturaleza de la lesión.

Ellos son tres, á saber: cefalalgia, vómitos y éxtasis papilar. El primero no debe confundirse con los demás dolores de cabeza ya sean de causa general, ya de origen local, etc., porque estos

todos tienen su manera especial de ser, así como el dolor de cabeza de origen intracraneano, tiene los caracteres de ser casi constante y sin exacerbaciones (excepto en los gomas encefálicas y en las meningitis, pues en los primeros las exacerbaciones son nocturnas y en las meningitis irregulares), ser poco intenso y el de ser referido por el enfermo dentro de su cavidad craneana carácter este último muy constante y que lo hemos podido observar en muchos casos, al cual pudiera muy bien llamarse encefalalgia para distinguirla de las denominaciones de los otros dolores.

El otro síntoma es el vómito, que se llama cerebral y que se presenta sólo, sin náuseas y sin esfuerzo y sobre todo cuando el enfermo cambia de posiciones. Este es síntoma también de meningitis.

Y por último, el síntoma importantísimo obtenido por reconocimiento oftalmológico, que es el edema de la papila del ojo, que nos presenta á ésta prominente, con el volumen de las arterias disminuído y el de las venas aumentado y que es debido según unos, como Turk, á la compresión del seno cabernoso por el tumor; según otros, como Schmid y Maur, por el aumento de presión interior y por la continuidad del espacio vaginal del nervio óptico y los espacios subaracnóideos, que hace que el líquido cefalo-raquídeo se proyecte hacia adelante: además de estas dos teorías hay otra, la de Parinaud, que lo explica también mecánicamente, pero cree que el hecho es debido al edema que se produce por la compresión de los linfáticos, y por lo tanto, por el obstáculo que se pone á la circulación de retorno.

Con estos tres síntomas y con los datos anteriores, se saca claramente la diferencia que nos hemos propuesto hacer en nuestros enfermos.

En efecto; en los dos tenemos encefalalgia referida á la parte posterior, vómitos cerebrales y papila extrangulada.

Los antecedentes en Juan Pozuela no nos hacían pensar en cosas de vasos; su manera de empezar tampoco, pues fué lenta, progresiva y sin ictus alguno; su curso lo mismo, puesto que á medida que el tiempo pasa, preséntanse síntomas nuevos, que nos indican que la lesión crece, y en cambio su intensidad

aumenta en poco (excepto en los difusos), lo cual nos enseña que la profundidad de la lesión no se hace mayor que lo que era al principio.

Por lo tanto, en él no habrá duda de la existencia de un neoplasma intracraneal.

Pero en el enfermo Pedro de la Torre no sucedían las cosas con tanta llaneza; en él había el antecedente de hábitos alcohólicos muy acentuados y el hecho de que la cloroformización nos pusiera en relieve su padecimiento; ambas cosas nos llevan á pensar en que hubiera algo vascular, pues sabemos la acción del alcohol sobre el sistema vascular y sabemos también que en el sueño clorofórmico y por congestión de los vasos cerebrales puede romperse uno de esos pequeños aneurismas que el alcohol con su acción intoxicante destructiva ha producido, pero desechamos este pensamiento fundados en que el enfermo tenía con antelación á la cloroformización; la lesión que después vimos era trófica, en que la torpeza de su inteligencia, que también era primitiva, no le permitía darse cuenta de los pequeños accidentes parésicos de sus miembros, y en que tenía como el anterior los otros tres síntomas difusos de aumento de presión intracraneal que en caso de lesión vascular no hubieran existido.

Además el curso de su enfermedad fué progresivo y en él se fueron presentando paulatinamente síntomas nuevos.

Con esto hemos explicado cómo debe diagnosticarse la naturaleza de la lesión y ahora pasaremos á la parte más importante, ó sea á ver cómo se hace la afirmación de que esa neoplasia está localizada en la región pontal izquierda.

DIAGNÓSTICO DE LOCALIZACIÓN CON SU EXPLICACIÓN

Estos dos enfermos fueron diagnosticados de neoplasia pontal, porque en ellos era claro y visible el síndrome de Millard-Gubler, ó sea la parálisis alterna de la cara y de los miembros y este síndrome es exclusivo de protuberancia, como el de Weber lo es de lesiones pedunculadas, como las oftalmoplegias y la parálisis labio-gloso-laríngea son respectivamente de bulbo superior ó inferior: efectivamente, nadie podrá darnos este síndrome más

que la protuberancia por el hecho anatómico bien conocido, que en ella experimentan las fibras nerviosas que van á los centros bulbares; en virtud de lo cual, las que vienen del lado derecho pasan al izquierdo y viceversa; estas fibras son las del haz geniculado que van á parar á los núcleos del VII par; en cambio las fibras del haz piramidal que salen de las regiones perolándicas pasan también por la protuberancia, pero en su primitiva dirección, sin cruzarse hasta más abajo, hasta el cuello del bulbo y aun allí parte de sus fibras no se cruzan y constituyen el haz piramidal directo ó de Turk que ingresa con el piramidal cruzado en el segmento antero-lateral de la médula. Con la explicación de los trayectos del geniculado y del piramidal se comprenderá perfectamente que toda lesión que exista por debajo del entrecruzamiento del haz geniculado, nos dará parálisis facial del lado de la lesión y parálisis de los miembros del lado opuesto ya que desde el núcleo del facial este nervio emerge y va directamente á inervar el lado de su salida, mientras que el piramidal, cruzando por debajo inerva el lado contrario; pero las cosas no suceden siempre de la misma manera y puede no presentarse dicho síndrome cuando la lesión, en lugar de estar en la protuberancia y por debajo del entrecruzamiento del haz geniculado, está por arriba; entonces la parálisis será homónima, es decir, del mismo lado de cara y cuerpo y al igual que las capsulares y la explicación es sencilla, pues en este caso, la lesión corta los dos haces que van á inervar el mismo lado de cara y cuerpo.

De esto se deduce que el síndrome de Millard-Gubler indica en absoluto una lesión pontal y baja; pero también de este estudio se deduce que puede haber una parálisis homónima, que sea protuberancial y que sin embargo esté diagnosticada de ser cortical ó capsular.

Existiendo en nuestros dos casos el síndrome de Millard-Gubler, no nos queda ninguna duda al hacer el diagnóstico topográfico de neoplasma protuberancial, situado en el lado izquierdo y por debajo de los núcleos del VII; y decimos del lado izquierdo, porque en ambos la parálisis facial es izquierda y la de los miembros derecha y sabemos perfectamente que la lesión tiene

que estar en el mismo lado de la parálisis del facial y en el contrario de la de los miembros.

Pues bien: como si este síntoma no fuera por sí suficiente para establecer un diagnóstico, analizando bien en la parálisis del facial, nos encontraremos que en ella existe algo muy demostrativo y es, que en las lesiones de puente la parálisis del facial son completas, es decir, que está interesado el facial superior é inferior, hecho que tiene su traducción sintomática en la desaparición de los pliegues de la frente, el descenso de la ceja, desaparición del pliegue naso-labial, caída de la mejilla, desviación de la boca hacia el otro lado, etc., cosa que no sucede más que en las lesiones de este nervio, que están localizadas de núcleo facial para abajo y nunca en las de núcleo facial para arriba, como las debidas á resblandecimientos cerebrales y á hemorragias capsulares, pues en éstas sólo está interesado el facial inferior, hecho que según Landuzy, se explica, porque el facial tiene dos orígenes corticales; uno, para el facial superior, y otro, para el facial inferior, situados el primero en la región parietal prerolándica cerca del pliegue curvo y el otro, por debajo de esta región rolándica; las fibras que parten de estos núcleos marchan disociadas hasta el núcleo protuberancial del facial y allí se unen para constituir el nervio facial. De esta manera se explica admirablemente que se interese un haz de fibras por arriba del núcleo del VII par y los dos haces cuando la lesión esté en ó por debajo de dicho núcleo.

De manera, que el que la parálisis del facial sea completa nos dice que la lesión está en ó por debajo del núcleo del facial y por lo tanto, nos servirá para demostrar que no tiene origen en lesión del haz geniculado; ahora, si nosotros pudiéramos diferenciar las parálisis cuyo origen esté á nivel ó por debajo del ganglio geniculado, quedaría definida la parálisis facial de origen protuberancial.

Pues bien: de éstas no debemos fijarnos más que en aquéllas en que la lesión está dentro del acueducto de Falopio, ó sea, el punto donde el facial, doblándose, forma su rodilla y se une al ganglio geniculado y las llamadas periféricas. Pues bien, lo diremos en una palabra: de estas se diferencia de la primera por la

ausencia de trastornos del gusto en los dos tercios anteriores de la mitad de la lengua del lado afecto y por la ausencia también de parálisis del velo del paladar; de la segunda, por la presencia de trastornos del oído.

Y como esta afirmación por sí sola no tiene nada de fuerza, procuraré demostrar con razones anatómicas, fisiológicas y anatomo-patológicas, el por qué la parálisis facial protuberancial está separada del grupo de las que son por lesión de ganglio geniculado (que por cierto son muy frecuentes á causa de las enfermedades inflamatorias del oído medio) y de las que son periféricas.

En efecto; el nervio facial saliendo de la parte inferior de la protuberancia traza dos curvas y se acompaña del acústico por el oído interno, separándose de él en el acueducto de Falapio, sigue este conducto hasta llegar al hiatus, donde forma un ángulo recto y se encuentra con el ganglio geniculado; de este ganglio salen dos nervios, el petroso superficial mayor que va al ganglio eseno-palatino, desde el cual van las fibras motoras á los músculos elevadores del paladar; el otro nervio que sale del geniculado, es el petroso superficial menor, el cual va al ganglio óptico; después de estos dos nervios el facial da el que anima el músculo estribo y más abajo la cuerda del tímpano, que va á unirse con el lingual, nervio que procede del trigémino, más abajo aún se bifurca en los nervios faciales superior ó inferior. Además de todo esto el nervio petroso superficial menor da un ramo que vá al ganglio petroso por el cual el facial se pone en comunicación con el glosio-faríngeo.

Ahora bien: el facial es un nervio motor en su origen, pero tiene algo de sensitivo, puesto que en la cuerda del tímpano hay fibras centrípetas que llegan hasta el ganglio geniculado, sitio donde abandonando el nervio facial corren sin embargo hacia el cerebro, bien por el nervio petroso superficial mayor y ganglio eseno-palatino, ó bien por el petroso superficial menor y ganglio óptico y plexo timpánico, llegando á la corteza cerebral por el trigémino ó el glosio-faríngeo.

Añadiendo á los conocimientos anteriores, el conocimiento de la tan oída ley anatomo-patológica de Wallez, que dice que

las fibras nerviosas seccionadas degeneran en sus segmentos periféricos, ó sean, en los que están separados del cuerpo celular, tendremos que cuando la lesión es por arriba del ganglio geniculado sólo degenerarán las fibras motrices, que son las centrífugas ó sea las que tienen su centro por arriba de este ganglio; en cambio las fibras sensitivas ó centrípetas que encontramos en la cuerda del tímpano, que van hasta el ganglio geniculado y que de allí pasan por las anastomosis indicadas al nervio trigémino y glosó-faríngeo, no degenerarán, porque siendo su centro periférico, no está lesionado, y por lo tanto no puede cumplirse la ley de Wallez: de aquí que en la lesión pontal todo lo motriz no funcionará, pero lo sensitivo sí, puesto que la corriente sensitiva que parte del lingual, llega al cerebro sin pasar por el facial lesionado y pasando desde el ganglio geniculado al nervio trigémino por sus anastomosis con los ganglios óticos y eseno-palatinos ó al glosó-faríngeo por el plexo timpánico al cual manda una ramificación, el petroso superficial menor.

La consecuencia clínica que sacamos de todo esto, es que en las lesiones que están por encima del ganglio geniculado no había otro síntoma que parálisis y que en las lesiones que estén á su nivel las parálisis serán acompañadas de trastornos del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua, que son los que mandan sus sensaciones por la cuerda del tímpano, hecho del cual no he de hablar, porque sabemos muy bien que cortando la cuerda quedan estos espacios sin sensorialidad.

Y ahora vamos á las periféricas: en éstas sólo se afectan los ramos terminales, facial superior é inferior y nunca hay trastornos del gusto puesto que la vía centrípeta de la sensorialidad no tiene nada que impida la marcha de la corriente nerviosa hacia el cerebro; además en ellas nunca hay trastornos de oído, pues no pudiendo llegar la lesión nerviosa al punto de emergencia del nervio que inerva el músculo estapedio. (porque éste está muy alto y la lesión entonces dejaría de ser periférica) el nervio sostendrá la acción motriz del músculo, el cual, á su vez, mantendrá nivelada la presión de la caja y por lo tanto no habrá ruidos subjetivos, pues sabemos que en estos casos su existencia sólo depende del aumento intratimpánico de la presión.

De este estudio de las diversas parálisis faciales, hemos obtenido los siguientes datos:

1.º Que las parálisis faciales de origen cortical, capsular ó peduncular, sólo afectan el facial inferior.

2.º Que las que tienen su origen en el puente, interesan el facial superior é inferior; hay en ellas trastornos de oído y no hay trastornos del gusto.

3.º Que las que tienen su causa al nivel del ganglio geniculado, paralizan el facial superior é inferior, hay trastornos de oído y como cosa peculiar á ellas, trastornos en los dos tercios anteriores de la lengua del lado afecto.

4.º Que en las periféricas pueden estar interesados los dos faciales, pero nunca hay trastornos del oído ni del gusto.

En nuestros enfermos, la parálisis, ó mejor dicho, el modo de ser del síndrome facial, corresponde al segundo grupo de los cuatro que hemos hecho, pues en ambos casos hay parálisis de los dos faciales y trastornos de oído sin que el gusto esté anormal; luego en ellos, la lesión del facial está en la protuberancia.

Ved, pues, cómo cuando el síndrome del facial y de vías piramidales, ó sea el de Millard-Gubler, no nos da hecho el diagnóstico, podemos hacerlo estudiando sólo el síndrome del facial.

Dando por terminado este estudio y ya que de cosas que suceden en la lengua hemos hablado, voy á decir algo de otro síntoma que presenta, el cual es la parálisis de la mitad izquierda con atrofia, en uno de ellos, en Pedro de la Torre, bastante considerable y reacción de degeneración.

Este síntoma que es perfectamente comprensible, por la destrucción que el neoplasma extendiéndose había causado sobre los núcleos del hipogloso del lado izquierdo, es síntoma que sirve de ayuda para el diagnóstico; hay quien da más importancia á este síntoma, pues Von Leube dice: «que si la parálisis del hipogloso va acompañada de atrofia y reacción de degeneración esto indica por sí sólo que la lesión radica en los centros mesocefálicos ó en la médula oblongada.»

En nuestros casos, en el de Pedro, en que la enfermedad tenía más fecha, existía todo esto y en el otro no, sin duda alguna, porque aun en éste el neoplasma no había adquirido la

extensión necesaria para alcanzar á los núcleos del hipogloso ó porque esta extensión se efectuaba en otro sentido.

Pocas ó casi ninguna vez, en las enfermedades que afectan á los centros nerviosos, deja de estar interesada la sensibilidad, puesto que estando tan cerca unas de otras las vías motrices y las sensitivas, es casi imposible que se afecte una y la otra no, mucho más no estando en casos como los nuestros en que un neoplasma se sitúa en un sitio estrecho, como la protuberancia, por donde pasan ambas clases de fibras centrifugas y centripetas; por eso en estos enfermos la anestesia del lado paralizado es la regla general y tiene que presentarse porque la destrucción de la cinta de Reil es inevitable.

Pero aparte de esta anestesia podemos tener combinaciones diferentes, porque un neoplasma en protuberancia destruya las fibras sensitivas del trigémino y así un tumor situado en su lado izquierdo nos debe dar la anestesia cruzada al igual que la parálisis, ó sea, del lado izquierdo de la cara y del derecho de los miembros.

En nuestros casos hemos confirmado la anestesia del lado derecho de los miembros en ambos enfermos, pero la debida á lesiones de las fibras sensitivas del trigémino sólo la hemos visto en Pedro de la Torre y no precisamente como parece que debía de ser, estando el tumor en el lado izquierdo, pues en lugar de darnos una anestesia cruzada nos da una anestesia homonima, es decir, que lo insensible son los miembros derechos paralíticos y la cara derecha no paralítica, quedando sin ningún trastorno todo el lado izquierdo.

El síntoma este, es raro, pues en realidad, en el lado derecho como en el izquierdo las fibras sensitivas del trigémino y las del haz sensitivo general que por los cordones posteriores (haz de Goll y de Burdach) de la médula van á parar á sus centros respectivos; están en la misma relación que el nervio facial y el haz piramidal y si éstos nos dieron parálisis cruzadas aquéllos nos debían dar anestesia también cruzada. La única explicación satisfactoria es que el neoplasma del lado izquierdo por estar ahí destruye la cinta de Reil y por lo tanto produce la anestesia del lado paralizado, pero en esa protuberancia, el tumor no ex-

tendiéndose para arriba no destruye las fibras sensitivas del trigémino del mismo lado (cosa que ocurre en los dos enfermos) pero en cambio se extiende por debajo y alcanza las raíces sensitivas del trigémino derecho, lo cual hace que este lado de cara esté insensible dándonos la rara combinación de parálisis alterna y anestesia homónima.

Esto que era una opinión nuestra, quedó confirmado en la autopsia, pues como se puede ver en la historia clínica de este enfermo, efectivamente estaba destruido el haz sensitivo derecho.

Fisiológica y clínicamente queda demostrado que la anestesia se presenta en el lado del tronco paralizado, ó sea en el contrario á la lesión y que puede presentarse sólo ó en el tronco ó combinarse con la de la cara, pudiendo ser en este último caso, ó alterna que es lo general ú homónima.

Este síntoma, como se vé, por sí mismo no es capaz de demostrarnos la situación del tumor, pero añadido á las anteriores corrobora el diagnóstico, además que sus diferentes combinaciones nos pueden decir hacia donde se extiende el tumor.

Pasemos á estudiar el estado de los reflejos en esta clase de enfermos, pues es síntoma muy importante, porque de él en muchísimos casos se deducen consecuencias clínicas que sostienen ó varían un diagnóstico. En estos enfermos los reflejos del lado paralizado deben estar exaltados y los del otro lado disminuído ó normales; la exaltación en el lado parético se explica, porque estando destruído el haz piramidal que es el que pone freno á las acciones reflejas de la médula; éstas se verificarán por sí, automáticamente, y por tanto desordenadamente; los del lado sano permanecerán normales, pues el piramidal está íntegro, pero si este es comprimido, sin ser destruído, se excitará aumentando su acción frenadora y haciendo por tanto que la acción refleja disminuya, porque sabemos que las lesiones destructivas concluyen con la función del haz donde se asientan y las compresivas, por el contrario, las excitan.

DR. ALBERCA.

(Continuará).

GRIPPE MERCURIAL

Al antiguo tratamiento de la sífilis por el mercurio y el yoduro, se creyó en 1907 iba á substituirle otro que según sus apologistas era á la vez anti-infeccioso y anti-lesional. Este específico era el atoxyl ó anil arsinato de sosa descubierto por Bechamp en 1863. Estos dos años han sido numerosos los médicos que lo ensayaron en las diversas manifestaciones sifilíticas. Los resultados de su empleo en la sífilis han sido negativos por su ineficacia (1) y ser causa de numerosos accidentes.

El tanto por ciento de éstos oscila entre 17 á 50 con 1,5 % de cegueras. Hay casos mortales como el citado por Henrich Schlecht de un enfermo que ingresó en la clínica del doctor Neisser, que murió á los diez días de haberse instituído el tratamiento por el atoxyl, en ocho días se inyectaron 2,49. La autopsia comprobó una sospechada intoxicación por el arsénico.

En el atoxyl entran dos factores tóxicos (2), el arsénico y la anilina.

Su empleo va disminuyendo de día en día y se le considera como tónico análogo al cacodilato y arseniato de sosa.

Queda en pie el tratamiento secular con sus ventajas é inconvenientes. Entre éstos se encuentran las numerosas intoxicaciones más ó menos graves causadas por toda clase de preparados.

No he de abordar este trabajo bibliográfico ni expondré razón alguna ni en pro ni en contra de uno ú otro, y relataré los observados por mí con el aceite grés.

Desde 1904 he administrado 2.010 inyecciones á 79 enfermos de diferentes accidentes observados. Una estomatitis ulcerosa grave que dejó al descubierto el maxilar inferior del lado izquierdo á la altura del último molar; duró en curarse treinta y cinco días con tratamientos de lavados con agua oxigenada, toques astringentes, perborato de sosa, etc.

(1) Vedel Annales des Mala. Venn, 1908, p. 115.

Gaucher et Louste Societe Française de Dermatologie et Lyphi. 5 Mars 1908.

(2) Fourneau Bulb scienas, pharmo-cologipino. 1907.

Sobrevino la estomatis á 18.^a inyección (de 0,08 cada una) administradas en nueve meses; posteriormente se han hecho 30 inyecciones más sin observar el menor accidente. Las series de inyecciones no han sido completas (de 6), ha habido necesidad de suspender bien á la tercera ó cuarta, según el estado de sus encías. He de advertir que el enfermo en cuestión es alcohólico.

Dos inyecciones sumamente dolorosas; un absceso no purulento en forma de ancha; placa dura con un centro blando que se vació y salió líquido viscoso sucio.

Seis nódulos grandes que no llegaron á inflamarse.

Pequeños nódulos y estomatis ligeras sin importancia, y los tres casos de gripe mercurial siguientes:

I. N. de 21 años, marino. Agosto de 1904. Chancro sifilítico difteroiide en el reborde prepucial, infartos bi-inguinales. Tratamiento: píldoras Dupuytren; pomada gris. Ha tomado 80 píldoras seguidas en Agosto y Septiembre; apareció la roseola á mediados de Octubre, que en la actualidad (15 Noviembre) es gigante confluyente extendida por todo el tronco. Inyección de aceite gris 0,08, diez de la mañana; á las siete de la noche se acostó el enfermo cansado con ligero escalofrío, vómitos, descomposición instestinal, sin fiebre, pulso débil pero no frecuente, lengua normal. Tratamiento: inyección de morfina, enemas lauduanizatos, la noche la pasó relativamente tranquila, algunos vómitos durante el siguiente día, dolores de cabeza y extremidades, dificultad al respirar. No hay nada en el sitio de la inyección, ni fiebre ni síntoma alguno pulmonar. Antipirina y diuréticos; á los seis días se levantaba y á los ocho embareó de nuevo.

I. I. N. de 30 años. Sifilítico de hace 6 años, tratamiento: protoyoduro medio año, 32 inyecciones de aceite gris en año y medio, abandona el tratamiento durante dos años, se presenta de nuevo en Marzo de 1908 con síntomas de una paraplejia sifilítica común. Tratamiento mixto, yoduro 5 gramos y aceite gris; 1908-1909, 28 inyecciones, la última en Febrero, día 25; sintióse mal á las seis horas, se acostó fatigado, ligeros dolores de cabeza y miembros, dolor retroesternal, dificultad al respirar, inapetencia, lengua saburrosa, estreñimiento, fiebre 37°8. Nada en los pulmones; aceite ricino y cataplasmas sinapizadas en el pecho.

Día siguiente aumentan los dolores al respirar sintiéndose por igual en todo el torax, ausencia de puntos dolorosos intercostales pulmones normales, fiebre 37°5. Diuréticos y dieta láctea. Poco á poco desaparecieron las anteriores molestias reponiéndose por completo á los ocho días.

G. N. 28. En Abril chanero sifilítico, infartos ganglionares ingle izquierda. Aceite gris una serie de seis inyecciones, pomada napolitana. Junio ligera roseola; Julio aparecen en la frente cuatro ó cinco papulas enormes sifilides maculosas, en las extremidades que más tarde se hacen costrosas; nueva serie de inyecciones de aceite gris, cuarta inyección á las once de la mañana. Al día siguiente al salir de casa siente vértigos, fatiga ó incapacidad para el trabajo; días posteriores la temperatura varía de 37°8 á 39°3, pulso débil y en relación, fuertes dolores de cabeza y extremidades, respiración superficial y frecuente, acusando dolores ambos lados del torax; recuerda los dolores de una antigua pulmonía y cree el enfermo se trata esta vez de una doble. Ausencia de síntomas en la auscultación, meteorismo abdominal, lengua saburral, orinas escasas encendidas con indicios de albúmina. Aceite ricino, cataplasmas sinapizadas en el pecho y diuréticos. Al quinto día cedieron todos los síntomas dolorosos, desapareció por completo la fiebre y al octavo salió á la calle dedicándose á sus asuntos profesionales.

Estos dos últimos enfermos son débiles, el primero de ellos agotado por excesos genitales, siendo su estado general actual deplorable; el segundo con antecedentes escrofulosos, cuya sífilis es de una malignidad manifiesta desde el principio. Creo que ninguno de los dos alcanzara como peso 57 kilos.

¿Por qué causa se producen estos accidentes? Duhot, de Bruselas, los interpreta de dos modos: absorción rápida del medicamento (intoxicación aguda) ó lo que es más probable la introducción en las venas de pequeñas partículas mercuriales formando embolía y pequeños focos inflamatorios en los capilares del pulmón. Las elevaciones de temperatura de más de 38° debe atribuirse á la influencia del mercurio sobre ciertos focos latentes de inflamación crónica sitiados en el intestino ó en el pulmón.

(1) Bizard y Lévy Bing, aceptan como buena la teoría de Herwit y creen que el mercurio obra en los sifilíticos al igual que la tuberculina en los tuberculosos; no explican el mecanismo íntimo de las reacciones, pero dan como probable, si nó cierto, que tanto la tuberculina como el mercurio obran como venenos del sistema nervioso. Como resumen, dichos autores definen la gripe mercurial: una intoxicación mercurial exclusivamente localizada en el sistema nervioso.

JESÚS DE ARRESE.

ECLAMPSIA EN EL CURSO DEL EMBARAZO

Operación cesárea vaginal.—Curación

POR

Carlos Mendaza

Una mujer casada, de 25 años de edad, robusta, sana primigesta, y cuya última regla la tuvo el 5 de Noviembre de 1908, hallándose por consiguiente en el 8.º mes de su embarazo, ingresó en la Maternidad de Bilbao al amanecer del día 9 de Julio pasado, sufriendo ataques de eclampsia. Esta mujer procedía de Guernica, y la acompañaba el Médico de Múgica Sr. Arrózpide.

Hacia próximamente mes y medio que esta mujer había notado que se le hinchaban las piernas, cuya hinchazón se extendió poco después á la cara, coincidiendo esta última manifestación del edema con evidente disminución en la cantidad de orina.

El día 7 de Julio, alcanzaba el edema á la vulva, y justamente alarmada la enferma, consultó con el Dr. Alegría, de Guernica, que le recomendó la dieta láctea exclusiva, permanencia en cama y aplicación de fomentos en la región renal. A pesar de estos medios, á las 7 y media de la tarde del día 8, la individua, fué acometida súbitamente de un ataque típico de eclampsia, sucediéndose éstos próximamente de hora en hora, dando lugar á

(1) Mals. Venne n.º 7, 1909.

que interviniera el Médico que la propuso entonces una inyección subcutánea de morfina seguida de otra de unos 500 gramos de suero Cea. Como á pesar de todos estos medios, no obtuviera resultado beneficioso alguno, pues los ataques persistían en intensidad y en frecuencia y como por otra parte reconocida la enferma pudo apreciarse que aún no había comenzado el parto, se acordó transportarla á la Maternidad de Bilbao, donde ingresó á la madrugada del día 9, efectuando el viaje desde Guernica en coche y sufriendo durante el mismo, que duró unas 3 horas, otros tres nuevos ataques, el último de los cuales de una intensidad grande, y sumando en totalidad desde el primero hasta el momento de la intervención, 9 ó 10. Fué explorada en su domicilio (tacto vaginal) una vez.

Reconocida en la Maternidad presentaba: edema generalizado, vulva muy edematosa, cuello uterino intacto, pues el parto *ni aún se había iniciado*, presentación cefálica, sensorio comprometido, temperatura 36,6, pulso 140: diámetros de la pelvis 24,=27, 3,=30,=9.

Establecido el diagnóstico de eclampsia, la indicación era la evacuación rápida del útero en vista de la creciente gravedad de la enferma, practicando para ello el Sr. Gil é Ibarguengoitia la denominada *operación cesárea vaginal*, extrayendo por versión un feto en estado de muerte aparente, y verificando la extracción de la placenta por Crede. La hemorragia fué muy pequeña durante la operación y en el alumbramiento, no obstante, se practicó un taponamiento intrauterino con gasa yodoformada.

El feto medía 46 centímetros; pesaba 2.000 gramos y vivió cinco horas. La placenta era normal, el cordón insertado en su centro y con sus diámetros; uno de 17 y el otro de 18 y medio centímetros y con un espesor de 19 centímetros.

Operada la enferma, se la inyectaron 300 gramos de suero Cea y se la propinaron 50 centigramos de teobromina: por la tarde y con 37 grados de temperatura y 140 pulsaciones, se la puso otra inyección de 600 gramos del suero. No se repitieron los ataques después de la operación.

El curso ulterior del padecimiento, no ofreció nada de particular salvo que uno de los días se le presentó en ambas piernas un

eritema exudativo acompañado de una ligera elevación de temperatura por la tarde, ascendiendo ésta, el día 19 de la enfermedad á 39 grados. Como la herida uterina ya se había cicatrizado para entonces, se creyó que la infección no tenía su punto de partida en la hilerla genital, y se pensó en una infección de origen digestivo, por lo que se la administró un sello de calomelanos con lo cual se dispó por completo el cuadro. La enferma salió curada el día 2 de Agosto.

La simple exposición del caso, pone de relieve dos hechos perfectamente apreciables, concordando con las conclusiones establecidas por el Sr. Gil é Iburgüengoitia en su reciente trabajo: "El vaciamiento rápido del útero, como tratamiento de la eclampsia." (1)

Uno de ellos hace ver que la moderna tocología cuenta con medios suficientes para practicar la dilatación necesaria del cuello uterino, con objeto de extraer el feto *en cualquier tiempo del embaraxo* sin perjuicio evidente ni transcendental para la madre, y si el feto vive para éste.

En efecto y sin pretender hacer una crítica de los diversos procedimientos que con este objeto se ponen en práctica, he de mencionar aunque solo á la lijera, los tres más corrientes, dejando á un lado por ahora, la dilatación digital: me refiero al empleo de los balones, al dilatador de Bossi y á la *operación cesárea vaginal* ú operación de Dürhssen. Con cualquiera de ellas puede dilatarse el cuello uterino lo suficiente para dar paso al feto, pero tanto los balones como con el Bossi, ofrecen los inconvenientes de necesitar algún tiempo para conseguir aquel objeto mientras que la cesárea vaginal «permite evacuar el útero en 15 minutos y en cualquier momento en que esto sea necesario» (Bumm). Esta fué la razón que indujo al Sr. Gil é I. á poner en práctica este procedimiento.

El segundo hecho tiene relación con la manifiesta eficacia del útero en la eclampsia. En el caso actual, la extracción del feto fué seguida de una completa sedación de los síntomas culminantes de la enfermedad, y no hubo nuevos ataques, aumentó paulatinamente la cantidad de orina, que al principio fué excasa, re-

(1) Gac. Med. del Norte; 1909, pag. 217.

apareció la inteligencia y desaparecieron los edemas, sin que á la enferma se le propinara más medicación que la dieta láctea, algunas inyecciones de suero y la teobromina, mas como quiera que, tanto la leche como el suero se habían administrado á la enferma antes de su ingreso en la Maternidad, sin resultado, es lógico suponer que éste se deba á la evacuación del útero.

En esto del tratamiento de la eclampsia, poseo la firmísima convicción de que, el único realmente eficaz consiste en la interrupción del embarazo, si los ataques se presentan en el curso del mismo, ó en la aceleración del parto, cuando se presenta iniciado éste. A pesar de ello, según Bumm, la mortalidad cuando se recurre á tiempo es de 2 á 3 por ciento, pero si se espera aquélla asciende al 25 ó 30. Por consiguiente, según estas enseñanzas, conviene intervenir con suma rapidez, vaciando el útero de su contenido, ya que, por lo que parece, constituye éste el único medio de positivos resultados en el tratamiento de tan temible dolencia.

REVISTA EXTRANJERA

La fiebre, el recalentamiento y la producción de los anticuerpos, por el Dr. Lüdke.—La fiebre de las enfermedades infecciosas está hoy considerada como un medio de defensa del organismo, fundándose tal apreciación en el hecho de que muchos microbios patógenos pierden resistencia y virulencia cuando sobre ellos actúa una temperatura superior á 37 grados centígrados.

Ahora bien, ¿ante las hipótesis modernas de la inmunidad, la elevación de temperatura no ejerce alguna acción sobre las reacciones que se producen en el organismo en el curso de las infecciones?

La contestación á esta pregunta es lo que precisamente ha preocupado al Dr. Lüdke, estudiando en los animales infectados y recalentados la curva de diversos cuerpos que intervienen en el mecanismo de la curación y la inmunidad.

De los anticuerpos primeramente estudiados han sido las *aglutininas*.

Sábese que la formación de éstas en un organismo infectado pasa por tres fases bien determinadas por el Dr. Wright, á saber: fase latente durante la cual, las aglutininas que se encuentran en la sangre normal en cantidad muy pequeña, se disminuye; fase de estado, en la que dicha cantidad aumenta de un modo considerable; fase declinatoria en virtud de la cual disminuyen hasta lo que fueron antes de la infección.

En los animales sometidos después de la inyección á sesiones cotidianas de recalentamiento en un baño de 45 grados ó en una estufa, cada una de las citadas fases de la formación de las aglutininas es influenciada favorablemente para el organismo. De este modo el período latente suele ser más breve.

En las experiencias del Dr. Lüdke se vé, por ejemplo, el suero del cobayo recalentado aglutinar el 1 por 66, 2 días después de la inyección de bacilos tíficos, mientras que al cabo de 48 horas, el suero del cobayo testigo, no aglutina todavía á 1 por 10. Además de esta abreviación, se observa el aumento de la cantidad de aglutinina, al 4.º día después de la inyección, el poder aglutinante del suero es de 1 por 80 ó 1 por 200, mientras que en el cobayo que sirve de testigo no hay más que 1 por 20 ó nada.

El recalentamiento practicado en la segunda fase, obra del mismo modo. Después de muchos baños calientes el poder aglutinante del suero pasa de 1 por 80 á 1 por 160, 1 por 200, 1 por 400 á 1 por 160 ó de 1 por 66 á 1 por 200, persistiendo esta elevación durante algún tiempo. Por el mismo procedimiento se hace reaparecer la aglutinación más ó menos tiempo después de su desaparición en los animales infectados con gran anterioridad.

El Dr. Lüdke que tuvo la disentería y que artificialmente se inmunizó contra la fiebre tifoidea ha confirmado estos efectos del recalentamiento.

Así mismo, ha observado que éste obra de un modo análogo sobre las bacteriolisinas, antitoxinas, hemolisinas y alexinas. La influencia del recalentamiento que ocasiona ordinariamente una elevación de temperatura de 2 á 3 grados, no es constante. Todavía es más caprichosa si en lugar del baño caliente ó la estufa, se emplean las inyecciones

de sustancias piretógenas como las deuterio-albúmosas de Matther ó la picadura de los centros térmicos. Sin embargo, el Dr. Lüdke no duda en decir que de un modo general, todos los procedimientos citados favorecen, aceleran y aumentan la producción de anticuerpos y los hacen reaparecer en cierta medida, cuando han desaparecido del organismo.

Pero ¿como podemos comprender la acción de la fiebre y mucho más del recalentamiento sobre las funciones antitóxicas del organismo? ¿Debe atribuirse á su acción directa sobre los centros de producción de los anticuerpos? O lo que parece más exacto ¿no será el efecto de la exageración de las oxidaciones provocada por una elevada temperatura?

Se sabe, siguiendo la teoría de Ehrlich, que el proceso de formación de los anticuerpos, es análogo al que preside á los cambios intersticiales. Se puede, pues, admitir que la destrucción exagerada de las albúminas bajo la influencia de una fiebre artificial, libera las *cadena laterales* y hace desaparecer los anticuerpos de la sangre.

El Dr. Lüdke, sin embargo, no se halla conforme con esta hipótesis en razón á que los cambios intersticiales apenas son modificados por el baño caliente, la estufa ó la picadura de los centros térmicos, inclinándose más á creer que el afecto saludable de la fiebre á la acción directa del calor sobre los centros de formación de los anticuerpos.

Resta ahora el saber si estas experiencias tienen sanción práctica en la parte referente á la balneación caliente en los enfermos infecciosos. Un baño á 40 grados y de 10 minutos de duración eleva la temperatura 1 grado y á 45, á 39 ó 40 ¿Puede sacarse de él alguna indicación terapéutica? El mismo Lüdke dice que sus experiencias no pueden aplicarse en bloque á la clínica, pero que llama la atención sobre la observación hecha en su persona en la cual dos baños á 45.º aumentaron notablemente el poder aglutinante de su sangre y concluye que en el hombre es probable que á ese mecanismo deba atribuirse los efectos terapéuticos de la sudación y de la balneación caliente.

La morfina y el erup, por el Dr. Martínez Vargas.—

En la ilustrada revista titulada *La Gaceta Médica Catalana* recomienda este distinguido especialista en las enfermedades infantiles, el uso de la morfina para calmar los accesos de disnea del erup y dar tiempo á que el suero antidiftérico ejerza su acción curativa contra la infección causante de la obstrucción membranosa de la glótis.

Parecerá á primera vista una herejía terapéutica la administración de ese alcaloide opiáceo, porque una disnea mecánica producida por la inflamación y exudados membranosos no puede curarse con anodinos ni con paños calientes. Necesita para dominarse un medicamento de acción, como es el suero, que ataque el fondo del mal suspendiendo el incremento de la inflamación y expulsando las membranas. Si éste se ha inyectado tarde y no llega á causar efecto, el único medio de evitar la muerte consiste, según se sabe, en la práctica del entubamiento ó traqueotomía.

Además, es opinión corriente el considerar á los opiáceos como un veneno terrible para los niños sin un fundamento serio, si se sabe aplicarlos.

Ahora bien, sería un iluso el que pretendiera curar la disnea del garrotillo con una poción ó inyección de morfina, pero obrará cuerdateamente quien la dé para calmar los accesos transitorios y ganar tiempo en beneficio de los medios operatorios.

Hay que tener en cuenta que en el crup sobreviene la anoxemia de dos maneras: una lenta y creciente á medida que la glotis se estrecha y otra aparatosa y violenta en accesos de sofocación, durante los cuales el niño lanza sus manos al aire y cuello para desembarazarse del estorbo respiratorio.

Claro es cada crisis de estas provocada por el reconocimiento facultativo, irritabilidad del niño ó inconveniencias de la familia, agrava la situación angustiosa acortando el período de tolerancia. En cambio, si no se le fustiga, se gana tiempo á que el suero ó las operaciones hechas desarrollen su acción mecánica respiratoria, si es que por sí sola la intensidad de la infección general no le mata rápidamente.

Hay, además, variantes clínicas de garrotillo en cuanto á la evolución: en unos casos evoluciona en dos ó cuatro días, en otros, ya sea por gran virulencia del germen y por condiciones especiales del niño, la sofocación va á marchas forzadas y la asfixia es inminente. En este segundo caso se encuentra indicada la morfina prescrita en esta forma:

D.^e

Cloruro mórfico	1 centígramo
Agua destilada	80 gramos
Jarabe de azahar	20 »

Disúelvase para tomar una cucharadita de café cada hora ú hora y media, según el enfermo.

En apoyo de esta conducta cita varios casos prácticos en los que se evitó la operación y ayudó al suero en sus acciones curativas.

Hace más de once años, concluye el Dr. Martínez Vargas, al resumir la campaña suerista en la difteria, afirmaba quedando el suero en los primeros momentos de sospechase la existencia del crup diftérico se reduciría considerablemente, casi se anularía, la ocasión de practicar la traqueotomía ó intubación. La experiencia de estos once años ha comprobado tal afirmación y puedo añadir ahora que la asociación de la morfina á la antitoxina diftérica hará todavía menos frecuente la necesidad de operar en el garrotillo.

Por consiguiente, esta conducta plausible debe seguirse por todo médico en cuanto aprecie en un niño el tiraje laríngeo aunque desconozca su causa, sin perder lastimosamente el tiempo.

La dieta hidríca y las lavativas fenicadas en la fiebre tifoidea, por el Dr. Guire de Quebec.—Las diferentes autopsias llevadas á efecto en dotientéricos sometidos á la dieta láctea, han demostrado que no se halla exenta de peligros por las coagulaciones resistentes que produce en el intestino aumentando la inflamación de él y el meteorismo dando lugar en casos de lesiones graves á perforaciones.

Esto incitó al autor á excluir en absoluto la leche en la alimentación de los tíficos, á los cuales tiene por costumbre de sujetarles durante los primeros diez días al agua esterilizada. Cuando el enfermo empieza á desear alimento, se le dan peptonas diluídas en agua, helados y substancias gelatinosas.

Además, administra lavativas fenicadas (medio litro de agua esterilizada con tres ó cinco gotas de fenol puro licuado) haciéndolas penetrar lentamente poniendo el reservorio del irrigador á 30 centímetros de altura sobre el plano de la cama.

No cesa los baños fríos, pero aplica el hielo sobre el abdomen regulando con franelas su intensidad frigorífica y baña por aseo todos los días al enfermo. Si llega el caso administra un poco de estricnina, de quinina de salol.

Es á su juicio el tratamiento que más resultados le ha dado en la fiebre tifoidea.

Un medio sencillo de apreciar la sangre en las orinas, por los doctores Albarran y Heitz-Boyer.—La importancia clínica que tiene el descubrimiento de la sangre en las orinas de modo rápido y seguro es innegable, pues aclara el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades de las vías urinarias en unos casos y elimina en otros las confusiones que engendra una orina más ó menos rojiza ó azulada por la administración de medicamentos como el piramidón ó la intoxicación intestinal.

La hematuria provocada por la marcha ó un ejercicio cualquiera, cálculos del riñón, oxaluria, nefritis frustrada, riñón movable, etc., y descubierta á tiempo tiene un valor real. En ciertos casos el examen comparado de las orinas emitidas al despertarse por la mañana y las expulsadas después de un largo paseo, evidencia diferencias macroscópicas debidas á la existencia de la sangre en las micciones ulteriores á la marcha.

Además, cuantas veces se investiga la albúmina en la orina, es necesario asegurarse que ésta no contiene sangre á fin de evitar falsas interpretaciones sobre su existencia independiente ó sobre su dosificación. Esto tiene una gran importancia sobre todo en cirugía urinaria en litíasicos cancerosos, tuberculosos, nefríticos, etc., y comparar las orinas suministradas por uno ú otro riñón.

Ahora bien, ya sabemos que el análisis microscópico hecho después de una centrifugación nos da todas las garantías necesarias para la demostración directa de los hematies, salvo la excepción rara de una hemolisis completa de la sangre en la orina, el pús, cristales diversos y restos celulares; pero al lado de este procedimiento clásico, es útil el conocer otro sencillo que pueda repetirse y hacerse en la misma cama del enfermo.

A este fin, utilizamos actualmente la reacción de Meyer en el Hospital de Necker.

Preparación del reactivo.—Este es una solución alcalina de fenoltaleína de fácil preparación. Se hierve en un matríz una mezcla de 2 gramos de taleína de fenol, 20 gramos de potasa anhidra, disueltos en 100 gramos de agua destilada y se le añaden 10 gramos de polvo impalpable de zinc. La mezcla de color rojo al principio de la reacción, se decolora progresivamente y cuando la decoloración es completa, se filtra el líquido hirviente. La ebullición deberá ser corta,

cuatro ó cinco minutos, durante los cuales se agita el matráz y desde el momento que el líquido se decolora, debe apresurarse á filtrarlo.

Este reactivo ya preparado se conserva durante meses á condición de que esté colocado en un frasco perfectamente cerrado con un buen tapón.

Investigación.—Es sumamente sencilla, por cuanto no hay más que verter en un tubo de ensayo 2 centímetros cúbicos de la orina sospechosa y un centímetro de reactivo, agitando á continuación el citado tubo para mezclar bien los líquidos. A continuación se añaden 3 ó 4 gotas de agua oxigenada ordinaria á 12 volúmenes.

Cuando la reacción se produce, el líquido adquiere una coloración roja de fuschina más ó menos intensa, según la cantidad de sangre que la orina contenga. La reacción se produce progresivamente desde algunos segundos á dos ó tres minutos, después de que se haya vertido el agua oxigenada.

Esta reacción es neta y franca á la vez que sensible denunciando cantidades de sangre tan pequeñas como la proporción de 1 por 100.000. La hemos apreciado en orinas perfectamente amarillas y limpias, al parecer normales, y así mismo en los casos en que el microscopio no dió á conocer en orinas centrifugadas, más que alguno que otro glóbulo rojo.

Dicha reacción es específica de la sangre ó de la hemoglobina y se la aprecia en orinas ácidas ó alcalinas y purulentas, amoniacales conservadas sin precauciones antisépticas.

La especificidad de la reacción se demuestra por el hecho de que no tiene lugar cuando la orina contiene solamente albúmina, pus, azúcar, pigmentos ó sustancias añadidas como el cloroformo ó el timol. No es influida por el ácido úrico ni los uratos, y no se le aprecia en las orinas que tengan acetona, indican, ioduros, bromuros, ácido salicílico, morfina, fenacetina y urotropina.

En resumen, el procedimiento es recomendable por su sencillez y rápida ejecución, constituyendo un elemento clínico muy importante que puede usarse hasta en los pueblos que carezcan de microscopio y otros medios analíticos.

El caballete de costura, por el Dr. Vitouse.—Aunque los trabajos de costura son tenidos como inocentes para la salud de las modistas, la práctica ha demostrado que la postura en que se verifican

perjudican á la vista, columna vertebral y á las funciones digestiva y respiratoria.

El industrial L. Blin de Elbeuf, ha ideado para sus talleres un apa-

HIGIENE DE LAS COSTURERAS

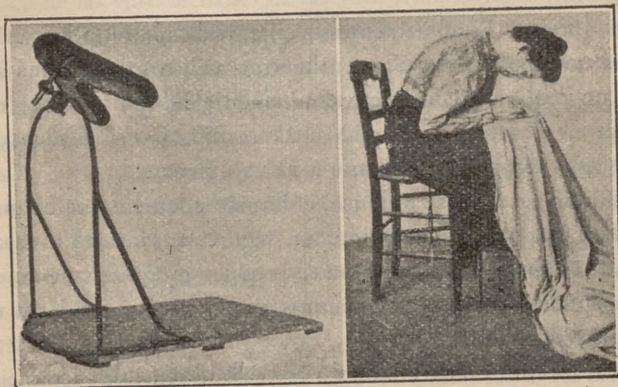


Fig. 1.^a

Modelo de caballete de costura.

Fig. 2.^a

Obrera trabajando sin aparato, según costumbre.

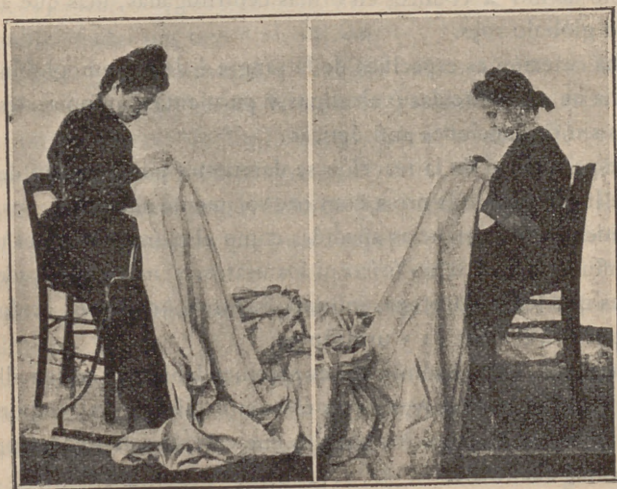


Fig. 3.^a

Obrera trabajando con el aparato.

Fig. 4.^a

Aprendiza trabajando con el aparato destinado á las jóvenes.

rato especial encaminado á evitar aquellos trastornos debidos á la posición encurvada, con aplauso de las mujeres.

Dada su sencillez, no tardarán otros en imitarlos y saldrán beneficiadas tantas jóvenes que, además de ser explotadas pagándoles exiguos salarios en relación al trabajo que rinden, sufren las consecuencias de una posición defectuosa durante mucho tiempo.

Las adjuntas figuras dan una idea del aparato y las posiciones de las costureras.

La presión sobre el ojo y la desaparición del pulso radial, por el Dr. B. Asehner.—La compresión de los globos oculares empleada por un alienista para combatir el estupor en que caen algunos locos, ha servido al autor en una narcosis prolongada, después de una operación, que resistía á los medios conocidos tales como el pellizcamiento de las narices, afusiones de agua fría sobre la cara y otros. El soñoliento operado volvió en sí muy pronto, observando que antes se puso roja la cara, hizo una inspiración profunda seguida de un esfuerzo vomitivo abriendo finalmente los ojos.

Repetido este procedimiento en otros casos, el autor examinó el pulso cuando ejercía la compresión en los ojos y se vió sorprendido al apreciar que las pulsaciones de la muñeca desaparecían bajo sus dedos.

Este fenómeno no es otra cosa que un reflejo nervioso que tiene lugar por la vía centripeta con el trigémino y por la centrifuga con el nervio vago.

Dicho reflejo persiste en la narcosis más largo tiempo que los reflejos corneano y pupilar, y es más fácil obtenerlo en el sueño anestésico que en estado despierto ó de vigilia.

Tiene, pues, aplicación á la cirugía operatoria y debe recomendar-se como un medio más auxiliar.

La curación de la sífilis y la reacción de Wasserman.

—Los servicios que esta reacción proporciona en el diagnóstico de la sífilis especialmente en los casos antiguos y difíciles, son conocidos de todos los médicos especialistas.

Trátase ahora de utilizarla bajo el punto de vista terapéutico como indicadora de los efectos que produce el tratamiento específico empleado en aquella rebelde enfermedad.

Muchos trabajos han aparecido dando á conocer las modificacio-

nes que se producen bajo la influencia de la cura mercurial en la reacción de Wasserman. Los resultados son muy variables según sus autores. Mientras Lesser en una estadística de 23 casos en los cuales dicha reacción fué positiva antes de plantear el tratamiento, se convirtió en negativa después de la cura; otros han tenido casos en los que persistió la reacción ó disminuyó de intensidad.

Además, se ha visto que influye mucho la naturaleza de las preparaciones mercuriales y la vía de su absorción. De un modo general puede decirse que la reacción Wasserman ha sido negativa en los enfermos tratados repetidas veces por medio de inyecciones de sales insolubles.

Los períodos de la sífilis en que más se ha acentuado la importancia de la reacción en sentido negativo, han sido en los dos primeros, dando un 75 % y por el contrario el 95 % de los terciarios no ha manifestado más que efectos positivos. Esto último parece demostrar que en el período tardío de la sífilis, tanto el mercurio como el ioduro y el atoxyl no obran sobre el espiroceto ó treponema palidum y sí como sintomáticos auxiliares. Durante el período latente de la sífilis terciaria, ha sido imposible el modificar la reacción Wasserman por el tratamiento. De todos los hechos estudiados hasta ahora, no es posible deducir una conclusión segura, sobre si la reacción citada es un medio de comprobación de los efectos de la cura específica por las modificaciones que ésta le pueda imprimir.

Sin embargo, y mientras esperemos investigaciones ulteriores más categóricas, se pueden formular algunas indicaciones generales.

El esfuerzo terapéutico, como dice muy bien el Dr. Pürckhaner, debe tender á la obtención en el sífilítico de un estado *suerológico* análogo al individuo normal y que en la especie está caracterizado por una sueroreacción Wasserman negativa. Parece que este resultado puede obtenerse con curas enérgicas, repetidas en los primeros meses y años que siguen á la infección.

Empleando dicha reacción en intervalos más ó menos aproximados, se puede dar cuenta de si ese *desideratum* ó ausencia de reacción, se obtiene ó no. Es muy posible que estas investigaciones, hechas de una manera sistemática, concluyan por revelarnos la existencia de dos grupos de sífilíticos, á saber: 1.º Los que tienen una reacción

negativa y permanente, quedando curados, y 2.º Aquellos en que la reacción es siempre positiva á pesar de todo tratamiento, quedando condenados á sobrellevar una terapéutica crónica y sintomática.

DR. IGNOTWS.

COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE VIZCAYA

Sesión del día 9 de Septiembre de 1909

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con la asistencia de los Sres. Mas y Mas, Garaigorta, Madaleno, Goñi y Artaza, se aprobó el acta de la sesión anterior.

Como consecuencia del apoyo pedido á este Colegio por el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Valencia, para la Asamblea Farmacéutica que ha de celebrarse en dicha población, y ante la premura del tiempo para señalar un tema profesional, se acordó destinar 100 pesetas para un accesit al tema propuesto por el Colegio de Barcelona y premiado con 500 pesetas, «Imperiosa necesidad de limitar la Farmacia en España. Medios para implantarla.»

Vistas las denuncias presentadas por los Sres. Sastro, Celdada, Goñi y otros compañeros sobre la confección de una Tarifa y Bases que para la tasación de los servicios farmacéuticos á la misma ha confeccionado la Compañía Anónima de Seguros de Accidentes «La Preservative», tomar un acuerdo radical sobre el asunto, llegando al caso, si la Compañía citada no retirara dicha Tarifa, de denunciarla ante la Autoridad competente por usurpación de funciones é intrusismo y recomendar á los compañeros se nieguen en absoluto á aceptar dicha Tarifa por ilegal é indecorosa para la clase farmacéutica.

Acceder á lo solicitado por el Sr. Soto, remitiéndole el informe que pide sobre tasación de unas recetas y su censura.

Procurar ponerse de acuerdo con el Centro Farmacéutico Vizcaíno para verificar el cobro de las mensualidades de este Colegio á los farmacéuticos de la Provincia, por su mediación, á fin de evitar la demora consiguiente por las dificultades para el cobro.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,

DR. ARTAZA.

Oficio pasado por el Colegio á la Compañía Anónima de Seguros de Accidentes LA PRESERVATICE.

El Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, enterado de la Tarifa y Bases que para la prestación del servicio farmacéutico á la misma ha redactado esa Sociedad, llama su atención sobre lo improcedente é ilegal de tal acto, por hallarse la prestación de los servicios farmacéuticos regulada por una Tarifa Oficial y ser dicha función exclusiva del Ministro de la Gobernación, y, en casos especiales, de los Colegios Oficiales con la sanción de dicho Ministro.

Por lo tanto, no hallándose dispuesto este Colegio á que rija dicha Tarifa, tanto por las razones expuestas, como por respeto á sus prestigios y salvaguardia de los intereses de la salud pública, invita á esa Sociedad á que se atenga para la prestación de sus servicios farmacéuticos á las Tarifas legales, ya establecidas, bien la Oficial, bien la del Colegio de Farmacéuticos de Madrid, bien la de la Junta del Patronato, etc., con los descuentos consignados al efecto, pudiendo comisionar para una avenencia con este Colegio á su representante en esta villa y advirtiéndole que en otro caso procederemos contra esa Sociedad, denunciándola ante la Autoridad competente, por usurpación de funciones é intrusismo.

Lo que se pone en su conocimiento para los efectos oportunos.

Bilbao 23 de Septiembre de 1909.

El Presidente,
M. SARALEGUIL.

El Secretario,
DR. ARTAZA.

Compañía Anónima de Seguros de Accidentes «La Preservatrice».

La Junta de Gobierno de este Colegio comunica á todos los Colegiados que tengan contratados sus servicios con aquella Compañía, que para que la precedente comunicación tenga verdadera fuerza moral, deben rechazar en absoluto la tarifa propuesta por dicha Compañía y los que ya la hayan aceptado por ignorar la decisión del Colegio, deben hacer las reservas oportunas y llegar á la rescisión del contrato si por parte de la Compañía aseguradora no hay avenencia á un arreglo con este Colegio.

Así lo demandan los prestigios profesionales por cuya defensa debe velar siempre

LA JUNTA DIRECTIVA.

SECCION PROFESIONAL

Petición denegada.—Por R. O. del Ministerio de Instrucción Pública de fecha 4 de Septiembre de 1909, ha sido denegada la instancia promovida por el Dr. Abras Xifra en representación de los Subdelegados de Farmacia reunidos en la Asamblea de Valencia, en súplica de que suprima la comprobación y aforación de pesas y balanzas en las Farmacias por los fieles contrastes.

No nos sorprende esta decisión, pues de memoria nos sabemos que cuando se trata de mermar en unas cuantas pesetas los ingresos del Tesoro, todos los ministros se llaman *andana*.

La citada R. O., tan obscura en la forma como huera de doctrina legal en el fondo, es un bofetón más á la Razón y á la Justicia, á cambio de un puñado de pesetas para las arcas del Tesoro.

Pero la clase ni puede ni debe dar por perdida esta partida, interponiendo cuantos recursos le conceda la ley hasta lograr sus aspiraciones.

Un premio.—La Junta del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya ha acordado otorgar un *accessit* de 100 pesetas al tema propuesto por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona para la próxima Asamblea de Farmacéuticos que se ha de celebrar en Valencia.

Dicho tema se refiere al estudio de la limitación de Farmacias y medios de implantarla en España y es realmente digno de recompensa cuanto se trabaje en esta cuestión, verdaderamente vital para la clase farmacéutica.

También sabemos que para este mismo tema ha dado otro premio de 200 pesetas el distinguido farmacéutico de Valladolid Doctor Cea.

San Cosme y San Damián.—El día 27 de Septiembre celebró la Asociación Médico-Farmacéutica de este nombre la festividad de sus santos patronos, en la parroquia de San Antón, con buena concurrencia de asociados. El sermón, á cargo del presbítero don Tomás Gillin, versó sobre el tema «Alma y Materia» y fué un profundísimo estudio científico y filosófico, dicho con galana frase y extraordinaria elocuencia. Hemos oído hacer grandes elogios de este sermón y parece ser que aquella Asociación piensa imprimirlo para repartirlo á sus cofrades y á otras personas.