

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XVI

Bilbao—Octubre—1910

Núm. 190

Sumario

Trabajos originales: I. **Aparicio**. Un caso de estrofia de la vejiga.—II. **Gourdon** Exploración tridigital de la extremidad del femur y su importancia clínica.

Academias y Congresos: Real Academia de Medicina de Madrid.—Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya.

Revisión de Revistas—Bibliografía: 1) **P. Guyader**. La anestesia local en la reducción de las luxaciones recientes.—2) **Pachon y Perrot**. Acción cardio-vascular del café verde.—3) **Burnand y Tocon**. Pronóstico de las tuberculosis cavitarias de la base del pulmón.—4) **Poncet y Leriche**. La tuberculosis inflamatoria del aparato útero-anexial.—5) **Zatti**. La esterilización preoperatoria de la piel con la bencina y el petróleo.—6) **A. Martinet**. El arsénico y el mercurio en la sífilis.—7) **Pinard**. Los vómitos de la gestación.—8) **Oloriz**. Experimentos de identificación monodactilar en la Universidad de Madrid.—9) **Juan Herrero Oria**. Nueva orientación terapéutica de la sífilis con el "606".—10) **Courmon**. Compendio de bacteriología práctica.—11) **Nogier**. Fisioterapia. Electroterapia.—12) **Lenzmann**. Patología y terapéutica de urgencia.—13) **Dr. W. W. Keen**. Cirugía.

Sección profesional.

I.

Hospital Civil de Bilbao.—Sección especial de niños

Médico Jefe

Don Teodoro Aparicio

Un caso de estrofia de la vejiga. Antecedentes embriológica

La patogenia de la estrofia de la vejiga es difícil de interpretar. Sin embargo se admite corrientemente que la pared abdominal en su porción infra-umbilical se constituye por el desenvolvimiento de la membrana anal, constituyendo al mismo tiempo la pared anterior de la cloaca, á expensas de la cual se desarrolla la vejiga. Existe, pues, un principio común entre las dos.

Fácil es así comprender que un vicio de desarrollo en uno de estos puntos primitivos dará lugar á una abertura simultánea de la pared abdominal y de la vejiga. Esta membrana anal es la parte más posterior de la línea embrionaria primitiva, siendo la persistencia de ésta la explicación de la fisura abdomino-vexical. (Kirmison-precis de cirugía infantil).

Trátase de un niño de 2 años y medio, bien desarrollado, lactado por su madre después de un parto de término normal, que ha pasado su primera infancia sin trastorno alguno, habiéndose hecho la erupción dentaria de un modo fisiológico y comenzaba á marchar á los 13 meses. (Fotografía).

Es un caso típico de estrofia de la vejiga; parece como que un corte limpio ha hecho desaparecer toda la pared superior del pene y anterior de la vejiga con la parte correspondiente de pared abdominal, quedando la pared inferior y posterior del pene y vejiga al descubierto.

El pene es pequeño, como una especie de tubérculo alargado que conserva en toda su extensión hasta la vejiga un ligero surco en representación de la parte inferior de la uretra medio glande y un prepucio colgante de bastante dimensión.

La vejiga está representada por una porción de mucosa, algo más grande que una moneda de cinco pesetas, mucosa roja, afelpada, surcada de pliegues y que sangra con mucha facilidad. Del pliegue inferior con el cual forma ángulo la raíz del pene, se medio ocultan los orificios de los uréteres, por los cuales sale á pequeños intervalos la orina gota á gota ordinariamente, pero á veces en forma de pequeños chorros.

Los testículos están bien desarrollados y han descendido á las bolsas.

Estamos, pues, ante un caso de estrofia de la vejiga en un niño robusto y de inmejorables condiciones generales, á pesar de las pequeñas hemorragias que de vez en cuando producen los roces de la ropa en la mucosa vexical y de la atmósfera pestilente por descomposición amoniacal que producen sus vestidos consistentemente empapados en orina.

¿Debemos operar estos niños aun cuando lo pidan sus padres?

¿Acordada la intervención, cuál debe ser el procedimiento?

Pasada revista á las obras de terapéutica operativa en cuanto se refiere al caso que nos ocupa, elegimos entre todos los procedimientos el Segond.

Bañado el niño y purgado la noche anterior, cubierto vientre y genitales con compresas húmedas al ácido bórico, envueltas las extremidades inferiores en algodón en rama, sujeto por largas medias de lana completamente esterilizadas, se cloroformiza al enfermo y se procede á la operación una vez sondados los uréteres con cateteres fijos,

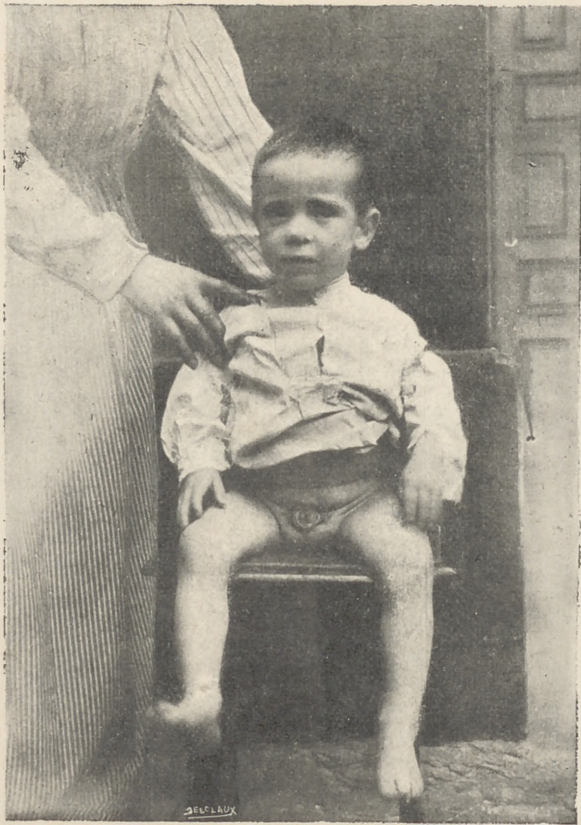
Una incisión curvilínea que pasa por el límite establecido entre la piel y la mucosa nos permite disecar ésta en sus dos tercios superiores, disección que llevamos á cabo de arriba á abajo hasta llegar á los uréteres y que continuamos por las partes laterales inferiores hasta llegar á la raíz del pene.



La mucosa arrugada por una fuerte retracción después de disecada, se halla en forma triangular con vértice superior redondeado y libre para venir á adosarse á los bordes refrescados de la uretra en sus porciones peneal y balánica.

En efecto: tres puntos de sutura á cada lado con cerda una el colgajo dicho al miembro y una vez hecho esto, practicamos una incisión en la cara superior del prepucio hacia su base des-

doblándole en dos hojas y abriéndole en su extremidad anterior, con lo cual queda formado un puente. La hoja superior se pasa por encima del conjunto que forman glánde y mucosa vexical á él unida, fijando este puente por puntos de sutura anteriores y posteriores, retirando luego los cateteres que al comenzar la operación habíamos colocado en los uréteres.



En cuanto al relleno de la superficie cruenta que dejó la disección de la pared vexical de los dos caminos á elegir, esto es, la autoplastia ó la cicatrización secundaria, optamos por esto último, pues la clínica nos ha enseñado que las cicatrizaciones de primera intención en los niños, son incomparablemente más difíciles que en el adulto, temiendo, pues, la infección de los colgajos por las deyecciones, la indocilidad y falta de sentido, dejamos de

practicar una autoplastia que hubiera hecho la operación más cruenta, larga, delicada y sin beneficio alguno.

Las consecuencias operatorias quedaron reducidas á la infección de uno de los puntos laterales, lado derecho, cerca de la raíz del pene, por el cual sale de vez en cuando una pequeña cantidad de orina como rezumada.

La cicatrización por segunda intención de la pérdida de substancia que quedó la disección de la parte superior de la mucosa vexical, se hizo sin contratiempo alguno, dando por resultado una cicatriz que engloba el puente formado por la cara superior del colgajo prepucial, tirando algo y quedando abierta más de lo normal el meato formado por el glande y mucosa vexical suturada.

Como demuestra la fotografía adjunta, la mucosa queda completamente oculta y libre, pues, de roces y traumatismos. La orina sale con facilidad por la abertura uretral construída y el aspecto que presenta es relativamente estético.

Creemos, pues, que los beneficios que pueden obtenerse hoy por los procedimientos puestos en práctica se han conseguido, puesto que se evitan las lesiones de la mucosa vexical y se puede aplicar una prótesis conveniente para la recolección de la orina, cuyo derrame constante no puede impedirse por falta de esfínter. (Fotografía),

Resumiendo: la estrofia de la vejiga es una deformidad congénita que no tiene tratamiento curativo, siendo de las operaciones ó procedimientos en boga preferible al de Tuffier, que consiste en avocar los uréteres al recto, el de Segond, que mediante una autoplastia libra á la mucosa de las injurias exteriores, oculta en lo posible la deformidad y facilita la necesaria é imprescindible prótesis.

II.

Exploración tridigital de la extremidad del femur y su importancia clínica

por el

Doctor J. Gourdon

El diagnóstico de la luxación congénita de la cadera en el niño que anda solo algún tiempo, es de los más fáciles y se

hace á distancia por la manera característica que marcha. Algo más delicado es el establecer el grado de gravedad de esta luxación ó indicar el tratamiento con sus probables resultados.

La ascensión mayor ó menor del gran trocanter por encima de la línea Nelaton-Roser, el alejamiento á que se halle de la pelvis, la edad más ó menos alta del sujeto, sirven para declarar el grado de gravedad de una luxación congénita de la cadera. Así una dislocación alta sin apoyo en un niño que haya cumplido 7 años, debe ser calificada de grave.

Hay datos que aunque tienen su importancia, no sirven para establecer un diagnóstico ó pronóstico sérios: ciertas luxaciones poco elevadas en niños jóvenes ofrecen dificultades reales en su reducción y contención: otras que lo son menos en niños mayores se suelen reducir y contener fácilmente.

Las modificaciones de longitud y las desviaciones del cuello del fémur, especialmente en valgus y en anteversión, traen consigo dificultades para la reducción y sujeción y con ellas demoran la cura completa.

Cuando un médico aconseja el único tratamiento aplicable hoy día á la luxación congénita de la cadera, es decir, la reducción incruenta, es preciso que se halle avisado sobre la oportunidad de esta intervención, la duración aproximada del uso de los aparatos y del conjunto del tratamiento, así como de los resultados probables del mismo.

Ya dijimos en la *Gaceta Médica del Norte* de Junio, las dificultades que ofrece la radioscopia para obtener datos fehacientes de la luxación, no siendo un práctico muy concienzudo en la materia.

En su consecuencia, hay que usar de otro medio capaz de suministrar datos sobre la constitución de la extremidad femoral superior. Tal es la palpación tridigital.

Se coloca al enfermo sobre un plano resistente en decúbito dorsal. Para examinar, por ejemplo, el fémur izquierdo, se encarna con la mano izquierda la región anterior de la rodilla ligeramente doblada, teniendo cuidado de fijar exactamente la región condílea.

Se flexiona á continuación, al máximum, el muslo del niño y se le imprime un movimiento de aducción forzado y después de rotación interna lo más completa posible. De esta suerte se produce en la región de la nalga un punto saliente constituido por

el gran trocánter que va á servir de sitio de preferencia ó de partida. Se coloca sobre aquella prominencia el pulgar de la mano derecha y con el dedo mayor se busca hacia atrás del punto de referencia y más profundamente situado otro saliente, que es la cabeza del fémur. Eucontrada ésta, es muy difícil precisar la situación en relación al gran trocánter y de contornearla y determinar las dimensiones y forma. La cabeza del fémur normalmente colocada debe, en la posición descrita, percibirse detrás del gran trocánter y en forma esférica. Si la cabeza femoral se encuentra llevada hacia adelante, con relación al punto trocánteriano, se deduce que se halla en anteversión y que el cuello ha sufrido una desviación anterior más ó menos marcada, según la situación de la cabeza femoral. Al mismo tiempo se aprecia si su forma es esférica ó que presenta algún aplastamiento en una extensión dada con dimensiones normales ó anormales.

La palpación de la cabeza del fémur por el dedo mayor, es difícil en los sujetos adiposos ó muy musculosos. Por esta razón es útil el imprimir al muslo movimientos alternativos de rotación interna ó externa y deprimir fuertemente las partes blandas, si se quiere determinar la eminencia ósea.

Definida la constitución de la cabeza femoral, se deja el dedo mayor apoyado en ella, del mismo modo que el pulgar se ha fijado en el gran trocánter. Hecho esto se baja el dedo índice para explorar el espacio comprendido entre ambas eminencias óseas. La mayor ó menor facilidad con que el índice se introduce en ese espacio, es una indicación de la longitud del cuello femoral.

Las conclusiones clínicas que se desprenden de este modo de exploración son las siguientes:

1.º La extremidad femoral siendo normal en cuanto á la dirección y la forma de la cabeza y á dirección y longitud del cuello, se puede asegurar que la reducción puede obtenerse fácilmente y la contención de la cabeza femoral se conservará bien. La duración del uso de los aparatos se reducirá al *mínimum*, es decir, de 4 á 5 meses, y el resultado final será satisfactorio si la cavidad cotilóidea es suficiente.

2.º Si el cuello del fémur se encuentra en anteversión, la reducción puede obtenerse, pero la contención es según el grado de desviación anterior, más ó menos difícil de sostenerla. Hay necesidad en muchos casos de inmovilizar extensamente la cadera durante 7 á 9 meses, aplicando 3 aparatos en lugar de 2.

El último de éstos, manteniendo el muslo en flexión axilar (posición de Werudorff); el tratamiento postoperativo es también muy largo. En este caso no se puede afirmar el pronóstico en sentido optimista.

3.º Si el cuello se halla muy acertado y la cabeza del fémur atrofiada, la reducción y construcción son muy difíciles y de resultados muy dudosos ó malos.

4.º La palpación tridigitad de la extremidad superior del fémur, suministra elementos de apreciación indispensables para aconsejar la reducción de la luxación congénita en los sujetos mayores de 5 á 7 años, límite considerado como el más favorable al tratamiento.

Cuando la extremidad femoral está normalmente constituida, se puede intervenir con grandes probabilidades de éxito, hasta la edad de 12 años.

Academias y Congresos

Real Academia de Medicina de Madrid.

Sesión celebrada el día 18 de Junio de 1910

Resección temporal del maxilar superior para la extirpación de los pólipos nasofaríngeos.

El Dr. Ribera dice que esta es una operación que, si hoy no tiene muchas indicaciones, cree que puede tenerlas en lo sucesivo, no sólo en los casos de pólipos nasofaríngeos, sino en esas operaciones en que los enfermos van al cirujano por intermedio del médico. Se lleva algún tiempo de discusión, dice, acerca de la vía que hay que seguir en el tratamiento operatorio de los tumores de la hipófisis. La resección del maxilar superior ha sido operación con la cual me he familiarizado, dice el Dr. Ribera, y he creído que en vez de la vía nasal, que es la más generalmente seguida para abordar la hipófisis, debía seguirse con preferencia la maxilar, dando la resección temporal del maxilar superior un amplio y fácil camino para abordar tales tumores; y apesar de haber practicado dicha operación en el vivo, con motivo de la extirpación de los pólipos nasofaríngeos, he creído de mi deber emprender estudios en el cadáver para comprobar si eran ciertas mis presunciones, y en efecto, he visto que es una operación no sencilla,

pero si más factible y menos démoledora que las otras operaciones propuestas, y sólo hace falta que los médicos, haciendo el diagnóstico precoz de los tumores de la hipófisis, envíen pronto tales casos á los cirujanos. Sirva esto de nota preventiva y quede afirmado que con la resección temporal del maxilar superior es fácil poner al descubierto la hipófisis. Y dejando este punto, vamos á concretarnos, añade el Dr. Ribera, á lo que se refiere á la resección temporal del maxilar superior en caso de pólipo nasofaríngeo. El peligro principal, que es la hemorragia, no debe tenernos: no tengo gran miedo á la hemorragia en las resecciones simples; todo es cuestión de rapidez al operar y taponar en seguida, si bien hay que confesar que no siempre basta. Con todo, esta operación la creo superior á la de Kocher.

Dice el Dr. Ribera que, aun cuando no son frecuentes los pólipos nasofaríngeos, ha visto seis ó siete casos, y que el difunto Creus empleaba un instrumento que no da los resultados que sería de desear, pudiendo sobrevenir una hemorragia fulminante que concluya con la vida del operado.

Cita un caso de gran compromiso, que recayó en la hermana de un médico de Burgos, y que, como durante mucho tiempo se pensaba que los pólipos nasofaríngeos son la mayor parte sarcomatosos y en las personas de edad revisten carácter epitelial, pensó que podía operarse por no aparecer nada anormal y que podía intentarse una resección temporal del maxilar superior. Practicó la operación; sobrevino gran hemorragia al llegar á la hipófisis bacilar, que pudo cohibir; se extirpó el pólipo, se raspó y se rellenó de gasa, consiguiéndose la curación sin recidiva y con una pequeña cicatriz. En otro caso hizo lo mismo con facilidad y sencillez, alcanzando resultado satisfactorio.

El Dr. Ribera se ocupa, además, con motivo de esta operación, de la anestesia, de la hemostasia y de la traqueotomía previa, y dice que el doctor Crus cloroformizaba para la incisión de las partes blandas en todas las operaciones de la boca, suspendiéndola luego, para que no resulte embarazosa; que la posición de Rose es imposible por la congestión que produce, siendo preferible colocar una almohada por debajo del cuello; que en vez de mascarilla grande para aplicar el cloroformo, debe utilizarse una compresa pequeña.

Respecto á la hemostasia previa, la considera innecesaria é inútil, según le han enseñado las 36 resecciones del maxilar superior que ha practicado, pues aunque el colgajo resulta grande y sale bastante sangre de la maxilar interna y sus ramas, así como al separar las inserciones del pólipo nasofaríngeo, se cuentan en la actualidad con medio

à propósito para cohibir semejantes hemorragias, y como decía el eminente cirujano Argumosa, los vasos se ligan cuando se cortan.

Termina el Dr. Ribera manifestando que no puede admitir la traqueotomía previa, porque no evita fracasos, y en cambio, puede ocasionar neumonías sépticas. Insiste en que conviene la anestesia durante toda la operación y considera inútil la ligadura previa.

El Dr. Jiménez empieza felicitando al Dr. Ribera por el perfecto resultado técnico y terapéutico alcanzando en el enfermo objeto de la comunicación, estimando que las resecciones temporales del maxilar superior deben sustituir siempre á las permanentes en el tratamiento quirúrgico de los pólipos nasofaríngeos, toda vez que no imposibilitan practicar esta última, si las condiciones de difusión del proceso lo exigiese, y además, porque amplía los derroteros de la operación conservadora, á la cual es unánime la tendencia de los cirujanos modernos.

Fuera de los casos de pólipos pequeños y pediculados, se muestra partidario de las vías indirectas para el acceso del tumor, pues estima que es el medio más eficaz y la mayor garantía de dominar la hemorragia, inseparable compañera de esta clase de tumores, y de excepcional gravedad y compromiso vital operatorio, sobre todo en aquellas formas que König describía como fibro-angiomas, no creyendo que puede domarse tan grave accidente cuando se opera por las vías naturales.

Reconociendo la importancia que tiene la vía maxilar por la amplitud de campo operatorio, no cree que debe ser la única, ni cabe criterio de sistematización operatorio, pues la variedad casuística que la clínica nos presenta, debe reglar la vía de acceso y el procedimiento, y en este concepto opina que la vía nasal, la bóveda palatina con resecciones temporarias de su esqueleto encuentran verdaderas indicaciones, pudiendo sustituir con ventaja á la movilización del maxilar en aquellos casos en que la prolongación del tumor se dirige á las fosas nasales ó al velo del paladar, pues siempre son operaciones menos cruentas y que pueden conducirnos al mismo resultado terapéutico que la resección temporal del maxilar superior.

No quiere dejar de mencionar, en justo tributo de admiración hacia el gran cirujano francés, profesor Malgaigne, la vía subhiodea, pues por su incisión de faringotomía subhiodea se obtiene fácil acceso á la región nasofaríngea, habiendo algunos cirujanos modernos que tratan de consagrarla para esta clase de tumores.

Respecto á los tres importantes problemas que ha planteado el

Dr. Ribera referentes á la anestesia, hemostasia y traqueotomía preliminar, tengo, dice el Dr. Jimenez, algunas convicciones para su resolución.

La anestesia completa la sostengo mientras incindo las partes blandas y la suspendo al seccionar las conexiones óseas del maxilar superior, defendiendo con la restauración de los reflejos laríngeos la posibilidad de presentarse un síncope respiratorio por irrupción sanguínea bronquial.

No soy partidario, dice, de la posición de Rose. En lo relativo á la hemostasia preventiva por ligadura de la carótida externa, aparte de lo deficiente que resulta por la multiplicadísima comunicación que existe entre ambas carótidas y entre éstas y las vertebrales, que hacen más ilusoria que real esta hemostasia, creo que, en general, las ligaduras preliminares deben limitarse mucho, ya que el cirujano posee arsenal valioso de medios para la hemostasia durante la operación, evitando con ligaduras preoperatorias verdaderas mutilaciones de troncos vasculares que pudieran sortearse, y que no consagrará de ningún modo la cirugía conservadora, recordando á este propósito las frases del Dr. San Martín, que decía que «vasos que se liga, es cual miembro que se amputa», y á lo cual no se debe llegar sin verdadera necesidad. La traqueotomía preliminar en la resección del maxilar superior, cree que debe tener muy contadísimas indicaciones.

Este es el criterio que tengo el honor de exponer á la Academia en el importante asunto que ha planteado el Dr. Ribera.

El Dr. *García Tapia* recuerda que Doyen es absolutamente opuesto á las resecciones óseas y partidario de la vía natural; que los especialistas van á la operación con un diagnóstico mejor hecho; que los pólipos se insertan, por lo general, en la apófisis basilar, pudiendo operarse por la vía natural los faríngeos y nasales; que la estrechez, para abordar estos tumores, no puede constituir verdadera dificultad; que en quince segundos puede hacerse la extirpación con el aparato de Doyen; que á la hemorragia de la resección hay que sumar la del pólipo; que el taponamiento es un excelente medio para cohibir la hemorragia y que la rapidez es la característica de estas operaciones.

El Dr. *Guedea* dice que debe discutirse mucho la extirpación de la hipófisis, porque todavía no puede asegurarse que el asunto esté en razón, ignorándose sus funciones y sus perturbaciones y sabiéndose muy poco de su influjo en los acromegálicos, adiposos genitales y otras alteraciones tróficas; que de seis casos publicados por Proust, han sucumbido tres inmediatamente después del acto operatorio, y el

resultado ha sido poco beneficioso; que se ha extirpado poca cantidad de la hipófisis, dejando la mayor parte y no disminuyéndose los trastornos morbosos; que en estas operaciones hay que atacar la base del cráneo, con riesgo de infección y de procesos meningíticos; que han sobrevenido á veces en el plazo de cuarenta y ocho horas, y que la cirugía no está adelantada en esta materia, ni en lo científico, ni en lo técnico, debiendo aguardar sus progresos, basados, especialmente, en la experimentación en los animales.

Respecto á la anestesia en la extirpación del maxilar superior, expone la opinión de Kroenlein, aconsejando la anestesia completa al principio, é incompleta al final; advierte que antes de la anestesia eran más satisfactorias las extirpaciones del maxilar superior, y añade que la posición de Rose es inaceptable por la congestión grande que produce; que en la extirpación de los maxilares superior é inferior se ha servido de la cloroformización intensa en el primer tiempo, procediendo después rápidamente; que el porvenir de la cirugía está en la anestesia local, valiéndose de la cocaína, novocaína escopolamina, morfina y demás agentes apropiados.

Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.

*Sesión extraordinaria celebrada por la Junta de Gobierno
el día 7 de Septiembre de 1910*

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con la asistencia de los señores Mas y Mas, Garaigorta, Madaleno y Artaza, se abrió la sesión.

El Sr. Presidente dió cuenta de hechos públicos que afectan gravemente al buen nombre y honorabilidad de la clase farmacéutica en los que ha intervenido el farmacéutico de esta localidad D. Laureano S. Regadera, aportando al efecto documentos y comprobantes relacionados con los mismos.

Examinados aquellos y teniendo en cuenta los antecedentes profesionales del Sr. Regadera, la Junta acordó por unanimidad proceder á la constitución de un tribunal de honor, según disponen los artículos 85, párrafo 3.º y artículo 88 de la Instrucción General de Sanidad y el artículo 26 de los Estatutos para el régimen de los Colegios de Farmacéuticos.

Y con objeto de oírle sus descargos y según dispone el artículo 23 de los citados Estatutos, se acordó citar al Sr. Regadera para el día 15 de Septiembre, á las 5 de la tarde, á fin de

que comparezca ante esta Junta, constituida en Tribunal de honor, en el local del Colegio Farmacéutico, Instituto Vizcaíno, piso 2.º.

A continuación se leyó una carta del Sr. Goñi, vocal del Colegio, presentando la dimisión de su cargo, por esperar trasladarse á otra provincia, la que le fué aceptada.

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

El Secretario,
DR. ARTAZA.

*Sesión ordinaria celebrada por la Junta de Gobierno el día 15
Septiembre de 1910*

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

Se dió lectura de un oficio de la Excm. Diputación de Vizcaya, pidiendo la revisión por el Colegio de la tasación de varias recetas que incluía, despachadas por un farmacéutico de Guernica para el Ayuntamiento de Forua, á fin de comprobar si aquella se ajustaba á la tarifa oficial de farmacéuticos última del año 1905, quedando en estudio.

Se dió cuenta de la marcha del asunto de las Farmacias Cooperativas obreras y de lo acordado al respecto en la última reunión de Zaragoza, así como de la presentación á su tiempo del recurso de alzada interpuesto por el Colegio contra el acuerdo del Ayuntamiento de Bilbao de la implantación de una Farmacia Municipal.

Del decreto Gubernativo prohibiendo la venta del Apirol en España é imponiendo una multa á sus autores, así como de una circular del Sr. Gobernador Civil de esta Provincia reproduciendo aquella orden en el «Boletín», de Vizcaya.

Se estudiaron algunos proyectos encaminados á normalizar el estado económico del Colegio.

Se dió cuenta de la citación pasada al Sr. Regadera con fecha 9 del presente y entregada personalmente por los señores don Emilio Martín y D. Anselmo Solagaistúa, para que acudiera á esta sesión ante la Junta de gobierno constituida en Tribunal de honor, á fin de justificar debidamente los cargos formulados contra el mismo y que al efecto se le indicaban en la citación

así como los artículos de la Instrucción General de Sanidad y Estatutos pertinentes al caso.

Al no presentarse dicho señor ni justificar su falta de comparecencia, se acordó citarle por segunda vez para las once de la mañana del día 22 del presente en el mismo local.

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

El Secretario,
DR. ARTAZA.

*Sesión extraordinaria celebrada por la Junta de Gobierno
el día 22 de Septiembre de 1910.*

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con la asistencia de los señores Mas y Mas, Garaigorta, Madaleno y Artaza, se abrió la sesión.

Leída la segunda citación pasada al Sr. Regadera para su comparecencia ante esta Junta constituida en Tribunal de honor y después de esperarle en vano, sin recibirse tampoco justificante de su falta de presentación, se procedió al estudio de cuantos documentos y datos poseía la Junta sobre el asunto redactando, como consecuencia y por unanimidad, el fallo á que dicho señor se ha hecho acreedor, documento que verá la luz pública en el primer número de la GACETA MÉDICA DEL NORTE, á la vez que esta acta y que será publicado también en todos los periódicos profesionales de España, á fin de que lo conozca toda la clase farmacéutica Española.

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

El Secretario,
DR. ARTAZA.

Revista de Revistas.-Bibliografía

- 1) **P. Guyader.** La anestesia local en la reducción de las luxaciones recientes.

Es sabido que la contractura muscular, salvo los casos complicados, es la causa principal de las dificultades que ofrece la reducción de una luxación. De esto se da cuenta cuando una luxación que parece imposible el reducirla después de emplear potentes maniobras, se reduce ella sola, si el herido se desmaya por el dolor ó la emoción. El

relajamiento muscular que se produce en este caso, también aparece con la anestesia local suprimiendo el punto de partida de los reflejos y con él la contracción refleja de los músculos peri-articulares. La técnica es muy sencilla, pero á condición de que la asepsia sea rigurosa.

El Dr. Reclus ha dictado las reglas de la anestesia para la cocaina, estovaina ó novocovina: echado á lo largo el enfermo y con una solución débil al 1 por 200 se pueden inyectar, sin peligro, 10 centímetros cúbicos ó más. En caso de accidente de intoxicación, hacer que el enfermo conserve la posición horizontal largo espacio de tiempo con la cabeza baja y se le da café fuerte.

Para la asepsia, el Dr. Walther ha reglado el uso de la tintura de iodo de un modo sencillo y práctico. Nada de lavados con agua y jabón; descortezamiento ó descamado de la piel á beneficio de fricciones con éter; aplicación de la tintura de iodo hasta que la piel tome la coloración morena oscura: esperar cinco minutos para luego quitar, con el alcohol, el exceso de iodo, hasta que la coloración de la piel sea amarilla.

Las partes de elección para inyectar el anestésico han sido determinadas por el Dr. Quénu: 1.º, inyección en la sinovial; 2.º, inyecciones peri-articulares en los puntos de inserción de los músculos. Gayader estima que basta con la de la sinovial, como quiera que abierta la cápsula articular y si el líquido se inyecta en cantidad suficiente, se difunde en el tejido celular periférico y baña los músculos peri-articulares. Se puede y el autor ha verificado, la reducción de la cabeza del fémur, inyectando solo en la sinovial de la articulación.

En resumen: el procedimiento de reducción es excelente, sin que por ello sea indispensable, ni se excluya, el uso del cloroformo en casos resistentes ó especiales.

2) **Pachon y Perrot.** Acción cardio-vascular del café verde.

El extracto fisiológico del café verde, ejerce una acción cardiovascular depresiva que se manifiesta por lentitud en el corazón, disminución de pulso carotideo y del volumen del riñón.

La dosis de extracto contienen 25 miligramos de cafeína que se halla en un estado molecular especial, que le hace variar su manera de obrar.

Presse Medicale, 1910.

3) Burnand y Tocon. Pronóstico de las tuberculosis cavitarias de la base del pulmón.

Entre los elementos de pronóstico en la evolución de las cavernas pulmonares, debe colocarse en primer término el asiento anatómico de la lesión. Las que se suelen situar en el vértice curan algunas veces, pero las del lóbulo inferior muy rara vez.

Bajo el punto de vista etiológico, las cavernas pueden ser consecutivas á una pleuresia tuberculosa, á una espleno-neumonia bacilar, á la progresión de una tuberculosis fibro-caseosa común, cuyo punto de partida se sabe que es el vértice pulmonar y cuyas primeras etapas han terminado por la curación. A veces á una propagación de la infección hacia la base, después de una fuerte hemotisis.

El diagnóstico de una caverna debe diferenciarse de las pérdidas de substancia resultantes de un goma sífilítico, de una gangrena, de un absceso post-neumónico, de un foco apoplético, de una pleuresia enquistada ó un quiste hidatídico.

Ciertos sifiliógrafos atribuyen siempre á la sífilis el producir cavernas en los puntos pulmonares alejados del vértice; pero esta aserción no es en general admisible. A pesar del silencio que acerca de esta cuestión guardan los clásicos, los autores que han observado en el sanatorio de Mont-Blanc más de un centenar de enfermos de todas categorías y grados, pudieron separar cuatro casos típicos de cavernas bacilares (dos en cada pulmón). El tanto por ciento obtenido por los varios médicos de Lysin ha sido 2,7 el año 1901; de 3 en el 1906 y 2 en el 1907.

Esta forma bastante frecuente, merece ser individualizada.

El pronóstico de incurabilidad de las cavernas de la base del pulmón, está justificada por dos causas:

I.^a Las cavernas no pueden drenarse bien, en atención á su declividad pulmonar y hallarse constantemente llenas de secreciones bacilares, restos caseosos donde pululan los microbios de infecciones secundarias, causa de una reinfección continua.

En la posición vertical del enfermo este estancamiento se verifica en el grado máximo y persiste atenuada en actitud acostada. Se concibe, pues, fácilmente que en estas condiciones, la ulceración jamás limpia ni vacía no pueda cubrirse de vejetaciones capaces de restaurar los tejidos lesionados.

La clínica prueba la certeza de estos razonamientos: los cavernosos del vértice expectoran abundantemente por la mañana y vacían su

lesión cavitaria; los cavernosos de la base lo hacen durante todo el día por quintas de tos y echan exputos espesos, como si desocuparan la cavidad por regurgitación la parte más llena de sus secreciones. Estos son los llamados tuberculosos *con vaso cerrado* cuyo estado tiene una gravedad extrema.

2.^a La situación de estas cavernas impide casi completamente su retracción y adosamiento de sus paredes. La retracción parietal facilitando el relleno de la cavidad subyacente es á la vez más propicia y eficaz en las partes altas del torax que en sus regiones bajas. En éstas los diámetros son más vastos, los arcos costales más rígidos y más gruesos. El diafragma por sus continuos movimientos es otra de las influencias que debe ser tenida en cuenta.

Los autores citan en apoyo de sus aserciones, un grupo de observaciones recogidas en Lysin cuyas conclusiones son las siguientes:

Las formas citadas de la base pulmonar no curan casi nunca en el sentido propio de la palabra y sin embargo no llevan en pos de sí, *quoad vitam*, un pronóstico fatal, son susceptibles de pasar por el enquistamiento y limitación esclerosa, al estado de *herida muerta* del pulmón y bajo esta forma suelen ser toleradas sin comprometer de un modo notable el estado general. Hacen del enfermo un *inválido del pulmón* pudiendo cesar de ser consideradas como lesiones tuberculosas activas. Los enfermos pueden vivir bastante tiempo, pero, á la larga, la existencia de una cavidad supurante crónica, causa la degeneración amiloidea de las vísceras ó la aparición de una caquexia especial.

Para terminar, diremos que este pronóstico puede eventualmente mejorarse á la primera causa de la gravedad invocada anteriormente, puede oponerse la *cura de la declividad* colocando al enfermo todas las mañanas durante tres cuartos de horas, en decúbito ventral con la cabeza algo baja, para que bajo la influencia de esta posición, se produzca una evacuación más completa de las secreciones acumuladas durante la noche y una disminución correspondiente de la expectoración durante el resto del día.

Para luchar contra la rigidez del torax y la dificultad de su hundimiento al nivel de la base, se pueden intentar las intervenciones quirúrgicas conocidas tales como la del neumotorax artificial, las resecciones costales ó la movilización de ventanas costales, la apertura y drenaje de la cavidad al exterior en el caso de ser única lesión limitada y enquistada capaz de dar lugar á accidentes congestivos en el parénquima sano que á ella circunscribe.

4) **Poncet y Leriche.** La tuberculosis inflamatoria del aparato útero-anexial.

Es muy común en la práctica el pasar desapercibido para el médico el proceso tuberculoso en el aparato genital de la mujer, fuera de los casos en que aquel se haya manifestado en otras regiones del organismo y atribuirlo á causas ordinarias, artríticas y otras infecciones cuando la inflamación es el único fenómeno ostensible.

Gran número de procesos tenidos por artríticos con útero pesado, doloroso y sangrando fácilmente, no son más que tuberculosis latentes, cuyas lesiones antiguas producen una esclerosis difusa que se manifiesta bajo la forma de metritis hipertrófica. En otras enfermas, el útero es pequeño y escleroso como se ve en tísicas que han sucumbido bajo la acción de una lenta forma pulmonar.

Las lesiones no se limitan solo al útero, sino que se extienden á los anejos: esclerosis útero-anexial difusa, ovaritis micro-poliquistica, salpingitis fibrosa ó hidrosalpingitis, lesiones que se descubren en las autopsias de muchas tísicas.

A la acción del veneno tuberculoso deben la existencia buen número de observaciones de *infantilismo parcial* ó total de los órganos genitales.

Ciertas neuralgias pelvianas, algunos estados de malestar, diversos trastornos funcionales, metrorragias, leucorreas y dismenorreas son causadas por la intoxicación tuberculosa ó el bacilo de Koch.

El mejoramiento ó la curación frecuente de tales enfermas por el tratamiento específico, es decir, por la tuberculinoterapia y los cuerpos inmunizantes de Hollos y Eisenstein son una demostración clara. En fin, á la tuberculosis inflamatoria, función de la intoxicación tuberculosa provocando la transformación esclero-quísticas de los ovarios, hay que atribuir varios casos de esterilidad en la mujer.

Los antecedentes, tanto hereditarios como personales de la enferma, serán una excelente guía diagnóstica.

La higiene general de las tuberculosas y el cambio de vida, podrán en muchos casos detener las lesiones todavía en un período remediable.

5) **Zatti.** La esterilización preoperatoria de la piel con la bencina y el petróleo.

La piel de la región, previamente afeitada si fuera preciso, se frota durante un minuto ó minuto y medio con un tapón de algodón empapado en petróleo común. A continuación se toma otro empapado

en bencina del comercio y se vuelve á frotar la piel durante minuto y medio. Hechas dichas maniobras, la región queda un poco untuosa, lo cual impide á los líquidos y la sangre el adherirse durante la operación.

Los resultados son tan buenos, que puede considerarse hasta hoy como el medio más práctico y rápido.

Presse Medicale, 1910.

6) **A. Martinet.** El arsénico y el mercurio en la sífilis.

El uso de la medicación arsenical en la sífilis es tradicional. El doctor Ricard, primero, y después el Dr. Journier, emplearon el licor de Donovan compuesto de ioduro, arsénico y mercurio; las aguas minerales de la Bourboule y Uriage reputadas de antisifilíticas, contienen arsénico coloidal y en fin, la combinación de las medicaciones mercurial y arsenical con el ioduro en los tipos escrofulosos, anémicos, palúdicos y tuberculosos, es de uso corriente.

A pesar de ello, la acción específica del arsénico no está completamente probada y se le considera como un reconstituyente general ó cuando más como un simple ayudante antiparasitario del mercurio.

Las relaciones específicas entre los tripanosomas de la enfermedad del sueño de Africa y los treponemas sifilíticos, y los buenos resultados obtenidos con el atoxyl en la primera, hicieron al Dr. Lassar aplicarlo, por analogía en la sífilis.

Ciertamente tanto el Dr. Salmón, usando dosis masivas de 50 á 75 centígrados diarios de atoxyl, ha obtenido con otros prácticos resultados indiscutibles y sobre todo en casos en los que el mercurio no fué suficiente. Se halla, además, demostrada la acción antisifilítica de los demás compuestos arsenicales.

Bien es verdad que esas dosis masivas del atoxyl han dado lugar á ciertas amaurosis, pero esto no es motivo para desecharlo, como lo han hecho varios médicos.

Con los compuestos arsenicales minerales se curan en dosis medias (1 y 2 centígrados) las sífilis superficiales, pero si se trata de las ulcerosas, hay que emplear dosis de 5 á 10 centigramos ó más que pueden dañar á ciertos individuos.

De suerte que salvo casos determinados y en individuos resistentes no debe aconsejarse el uso de los arsenicales como agentes exclusivos y sí como ayudantes del mercurio; tal es la forma de cacodilato mercúrico en inyecciones hipodérmicas.

La arsacetina, derivado acético del atoxyl no se debe usar. La he-

tina ó sea un benzosulfono-paramino-ferrilarsinato sódico, parece hasta el presente el mejor arsenical á juzgar por las experiencias francesas. Sin embargo, si bien los resultados son buenos á dosis de 10 á 20 centigramos en las formas malignas ó ulcerosas, suelen ser inconsistentes, habiendo necesidad de asociar el mercurio en las sífilides papulosas ó mucosas del segundo período de sífilis.

Recientemente (mes de Julio) Wechselmann ha comunicado á la Sociedad de Medicina de Berlín el resultado de varias observaciones relativas al uso del dioxi-diamido-arseno-benzol preconizado por Ehrlich con el título de 606 en sujetos rebeldes al mercurio y con manifestaciones viscerales graves ó malignas curados con una inyección de 50 y 60 centigramos.

No obstante, estos hechos son recientes y debemos ser cautos en su empleo.

Bibliografía

7) Pinard. Los Vómitos de la gestión.

Es útil dar á conocer las ideas actuales sobre esta vieja cuestión de los vómitos del embarazo, y recordar las etapas sucesivas recorridas por los comadrones desde tiempos muy remotos. Desde Aristóteles, se sabe que las mujeres embarazadas están expuestas á vomitar. Es una desgraciada excepción que, en la escala de los seres vivos sólo se encuentra en la mujer. Recuerda Mr. Pinard los importantes trabajos de Cazeaux, Dubois y la tesis de agregación de Gueniot. En 1852 fué cuando Dubois, contra la opinión de todos sus predecesores, declaró que estos vómitos del embarazo podían ser muy graves, hasta mortales, al extremo de que se debía plantear la cuestión del aborto en presencia de estos vómitos particularmente graves. Desde esta época, todos los médicos que han tratado la cuestión no han hecho más que imitar á Dubois, que probó que los vómitos del embarazo pueden llegar á ocasionar la muerte. Describió la sintomatología de estos vómitos y la dividió en simples, graves y obstinados ó incoercibles. Es, dice este autor, una enfermedad de evolución cíclica en tres períodos: un primer período durante el cual las enfermas vomitan y enflaquecen; un segundo, durante el cual continúan vomitando y enflaqueciendo, presentando además fiebre; y un tercero, en fin, en el cual pueden suspenderse los vómitos, mas

en el que aparecen accidentes nerviosos que terminan en el delirio y á veces en el coma y la muerte. Tal es el esquema que nos da Paul Dubois y que han repetido después todos los parteros. Dice este tratadista que no hay que esperar el tercer período, y que en los casos de vómitos graves debe intervenir para interrumpir la gestación. El tiempo intermedio entre el segundo y tercer período es, según Dubois, el indicado para provocar el aborto después de haber agotado todos los medios terapéuticos.

Concíbese, añade Mr. Pinard, cuán angustiosa debe ser la situación del médico ante este dilema: si no intervengo, corren peligro la vida de la madre y del hijo; si intervengo prematuramente, cometo un feticidio. No obstante, el consejo dado por Dubois no se pasaba únicamente en los riesgos de muerte de la madre; había observado que los vómitos más graves cesaban cuando moría el niño.

Desde 1880, está constantemente dedicado Mr. Pinar al estudio de esta grave cuestión de los vómitos del embarazo; y son sus propias observaciones lo que somete á nuestra consideración, (1).

Recuerda, por de pronto, uno de los primeros hechos de que fué testigo cuando era jefe de clínica de Tarnier. Una mujer joven embarazada, atacada de vómitos incoercibles, estaba en tal grado de debilidad y enflaquecimiento que el maestro Tarnier declaró era preciso provocar el aborto. No fué Pinard de su opinión y he aquí por qué. A pesar de lo dicho por Dubois, jamás hay fiebre, jamás hay elevación de temperatura en estos casos de vómitos. Lo que Dubois tomó por fiebre era únicamente la aceleración del pulso, ya que en aquella época no se usaba el termómetro. Ahora bien, Mr. Pinard había observado que el pulso no había pasado jamás en esta enferma de 76. Creyó que bastaba este sólo hecho para desaconsejar el aborto, contra la opinión de su maestro. Dejóse, en efecto, evolucionar la preñez; cesaron los vómitos y la enferma parió á su tiempo un niño perfectamente constituido y que hoy día aún está perfectamente. Desde entonces no ha cesado Mr. Pinard de dirigir su atención sobre esta cuestión de los vómitos del embarazo. Ha llegado á concluir que un 42% de mujeres embarazadas vomitan.

Estos vómitos duran, por término medio, unos tres meses y

(1) Comunicación á la Academia de Medicina, 1910.

cesan generalmente antes de comenzar la segunda mitad de la preñez. Los vómitos obstinados se presentan más particularmente en condiciones particulares, en casos de embarazo múltiple, en mujeres que tienen un huevo degenerado, en ciertas familias con taras nerviosas ó afecciones hepáticas. Jamás ha comprobado Mr. Pinard la evolución cíclica descrita por Paul Dubois. Ha visto mujeres que vomitaban mucho y que enflaquecían considerablemente sin llegar al tercer período de Dubois.

Sólo es peligrosa la situación cuando el pulso se acelera, se vuelve pequeño, depresible, variable; cuando la fetidez del aliento es muy marcada; cuando los orines son raros y cuando se presentan la subictericia: entonces puede temerse la muerte. Puedense asimismo comprobar modificaciones del sistema nervioso: Mr. Pinard cita un caso de parálisis atrófica de rápida evolución. Por consejo de Joffroy y también de Pinard se interrumpió el embarazo y desapareció la parálisis. El huevo, en este caso, se convierte en un veneno para la madre.

¿Cual es la naturaleza, cual es la causa de estos vómitos? No se trata de una modificación funcional. Mr. Lancereaux, que ha hecho autopsias, no ha encontrado ninguna lesión en el tubo digestivo. Se ha echado la culpa á la histeria, á la neurosis. Mr. Pinard no cree que la histeria por sí sola pueda ocasionar una aceleración del pulso. Joffroy y Brissauq admitían las aptitudes vomitivas.

Para Mr. Pinard debe haber una toxina. Se trata evidentemente de una toxemia que proviene del ovario, del hígado ó del mismo huevo.

Deduce Mr. Pinard de estos hechos un tratamiento patogénico, basado principalmente en el régimen lácteo y las inhalaciones de oxígeno.

Insiste muy particularmente sobre la importancia que tiene en estos casos el examinar con mucha frecuencia el pulso; así podrá evitarse muy frecuentemente provocar abortos inútiles.

8) Oloriz. Experimentos de identificación monodactilar en la Universidad de Madrid.

En la Cátedra de Derecho penal de Madrid, valiéndose de la clasificación que el Dr. Oloriz presentó en el Congreso de Ciencias de Zaragoza, se ha inaugurado el primer Archivo monodacti-

lar aplicable á la identificación ensayado en el mundo según acta firmada por los Catedráticos Ureña y Valdés.

Se hicieron dos series de experimentos: uno llevando cada alumno una hoja con sus impresiones digitales respaldadas con su nombre: total 118 hojas. Meses después al Dr. Oloriz examinaba los dedos de cada alumno, leía su fórmula y la buscaba en el archivo; encontrada, devolvía al alumno su hojilla con el nombre.

En todas las experiencias fué un éxito el método, pues se presentaban á examen alumnos no dactiloscopados que no se les encontraba, y no falló ninguno de los que sí tenían hojilla. Así se formaron dos series.

Por esto dice el Dr. Oloriz: Mañana gracias á la identificación monodactilar, podrá servir esa huella para descubrir el nombre de la persona que lo produjo, buscándola en el registro particular de los ladrones habituales considerados como sospechosos en todo nuevo robo de autor desconocido, y si el dictamen del perito fuera afirmativo y señalara el nombre de una persona como siendo la que dejó la huella denunciándose, debe el Juez confiar en la certeza del informe, pues la experiencia realizada demuestra que la dactiloscopia podrá todavía en algún caso dejar impune á un criminal, pero jamás conduce á la condena de un inocente.

Evitarán también estos estudios brutales procedimientos para obtener declaraciones de presunto delincuente.

9) **Juan Herrera Oria** Nueva orientación terapéutica de la sífilis con el «606». — *Boletín de Cirugía del Sanatorio Mardrazo*.

Aunque el BOLETÍN DE CIRUGÍA es una publicación exclusivamente dedicada á las afecciones y terapéutica quirúrgicas, no está fuera de lugar tratar aquí del nuevo descubrimiento del sabio alemán Paul Ehrlich: primero, porque la sífilis es una infección, por la multiplicidad y variedad de sus manifestaciones, muchas veces exige la intervención del cirujano para reparar lesiones que están fuera de los recursos médicos, y segundo, porque son tan grandes, entrañan tal trascendencia los experimentos y observaciones comprobados hasta ahora, que un sobresalto de duda impone cautela á la alegría del corazón. Y por si no resulta cierto en todas sus partes, no me atrevo á proponer en nombre millones de sífilíticos, presentes y venideros, la erección de una Estatua algunos codos por encima de las más altas.

No se trata sólo de tan extenso é inmediato bien, sino que exige un procedimiento en donde el genio de la Ciencia encuentra la curación de las más espantables llagas.

Con él adquiere el tratamiento de las enfermedades infecciosas un método rigurosamente científico. Este primer triunfo de la "terapia sterilisans magna,, tiene para la medicina la importancia que, para la biología tuvo la doctrina celular de Virchow ó tuvieron para la cirugía y la higiene, primero la genial adivinación de Semmelweis y después los descubrimientos de Lister, Pasteur y Koch, con cuyos nombres gloriosos pasará á la historia el de Ehrlich.

"Tengo la esperanza, decía Ehrlich, en la sesión Novel, celebrada en Stockolmo, el 11 de Diciembre de 1908, que prosiguiendo sistemáticamente este camino, será cada vez más fácil obtener por síntesis compuestos medicinales, y puedo anunciar desde ahora que en el arsenofenilglicin poseemos un preparado que en los experimentos hechos en animales, se ha mostrado como remedio ideal, puesto que con su administración se consigue *seguramente*, para todas las especies animales y con todas las variedades de trepanosomas, la curación *radical*, después de una *única* inyección.,,

Ehrlich define así el concepto de "Terapia sterilisans magna,, "esterilización completa, de un organismo gravemente infectado con una única inyección.,, Esto es lo que el sabio de Frankfur, había conseguido hace ya dos años, para las enfermedades experimentales del sueño, y esto es lo que, con el "606,, producto obtenido en su laboratorio á fines del año pasado, parece conseguido definitivamente para la sífilis y la fiebre recurrente.

El "606,, es un derivado del arsenobenzol; el dioxidoamidoarsenobenzol fué obtenido por Bertheim colaborador de Ehrlich y según este dice á Alt al remitírsele para que le ensayara en los enfermos de su clínica es un producto que, "cura siempre, con una sola inyección la fiebre recurrente del ratón y de la rata,, y "ejerce una influencia favorable en el conejo sifilítico.,,

El "606,, es un polvo de color amarillo de azufre, que no se puede inyectar bajo esta forma y hay que tratarle antes por la solución normal de sosa, pero como la solución que resulta es muy poco estable, la preparación se debe hacer en el momento mismo en que la inyección se va á practicar.

He aquí como la preparan Schreiber y Hoppe, que son los primeros que le han empleado después de Alt.

En una probeta de 150 cc. de capacidad se coloca la cantidad de dioxidoamidoarsenobenzol que se va á usar (0,6—0,7 gr.) y 0,5 gr. de alcohol metílico. En cuanto la sustancia se ha impregnado del alcohol se añaden 10 cc. de agua destilada y se agita. Se vierte enseguida de la solución normal de sosa esterilizada, lo que sea necesario para disolver el polvo, menos un pequeño precipitado que debe quedar aún después de bien agitada la solución; generalmente esto se consigue empleando para la dosis de preparado arriba indicada, unos 3 $\frac{1}{2}$ á 4 cc. de la solución normal. Se llena ahora la probeta, con agua, hasta el número 60 y de esta solución se inyecta la mitad ó algo más en ambas regiones glúteas. La inyección se ha de hacer muy lentamente. Se emplea también una solución más diluída, para disminuir los dolores que provoca la solución de sosa. La neutralización con una solución de ácido acético al 1 $\frac{1}{2}$ no ha tenido aceptación.

Las investigaciones hechas por Schreiber y Hoppe se refieren á 150 cosos de sífilis reciente.

Las inyecciones se hicieron intramusculares, en la región glútea. El dolor que provocan varía mucho en cada caso, dependiendo en gran parte de la rapidez con que la inyección se hace y de verificarla más ó menos cerca de algun nervio. Generalmente el dolor dura varias horas, queda luego una sensación penosa en la región glútea durante algunos días y al fin desaparece. Los dolores son más agudos cuando el enfermo permanece echado que cuando se mueve pero desaparecen antes en el primer caso.

Aquí lo mismo que en todas las inyecciones intramusculares se debe hincar la aguja y esperar un momento para ver si sale algo de sangre, con el fin de evitar posibles complicaciones. Otra advertencia muy importante, es que la inyección ha de ser toda intramuscular, porque si se queda alguna cantidad de la solución en la capa hipodérmica se presentan extensas infiltraciones. Nunca se han observado abscesos.

Para evitar las molestias que la inyección intramuscular causa, se ha intentado hacerlas intravenosas. Inversen neutraliza la solución arriba indicada con ácido acético al 1 0/0 (unos 2 cc. del solución al 1 0/0 de ácido acético para 0,3 de arsenobenzol) y di-



luye esta solución hasta $\frac{1}{2}$ litro con solución fisiológica de cloruro de sodio calentada á 40°.

Estas inyecciones son indoloras y en los casos hasta ahora tratados con ella no se presentó ninguna complicación.

La inyección intramuscular provocó en algunos de los enfermos una reacción local con elevación de temperatura que no pasó de 38°. Sólo una vez subió á 40°. En las inyecciones intravenosas, nunca hubo elevación de temperatura.

En ninguno de estos casos se observó una influencia perjudicial sobre el riñón.

Tampoco ejerce ninguna influencia nociva sobre el aparato digestivo.

En dos casos se presentó á los 10 días un exantema escarlatinoso de origen arsenical que desapareció á los 3 días.

En cuanto á la acción astisifíltica del "606,, dice Schreiber, no cabe duda posible; en todos los casos sin una excepción he observado un rápido retroceso de todas las manifestaciones sífilíticas. El chancro ya á las 24 horas muestra síntomas evidentes de curación que en pocos días se realiza. Las anginas, cuando más, tardan en curarse 3 ó 4 días. El exantema á los 2 empieza á palidecer. Las pápulas lo mismo se decoloran, se aplanan y desaparecen rápidamente. Naturalmente ese retroceso de las manifestaciones sífilíticas es más ó menos lento según la extensión que hayan alcanzado antes del tratamiento.

En todos estos casos, se prescindió, para no enmascarar la acción del medicamento, de todo tratamiento local y general.

De gran importancia resultó el estudio de la reacción de Wassermann en estos casos tratados por el Dioxidoamidoarsenobenzol. Entre 52 casos que pudieron ser observados durante 50 días, la reacción desapareció en el 92,3%. En la mayor parte de los casos la reacción fué negativa á los 14 días, en algunos antes.

Algunos días después de la inyección se encuentra en la mayor parte de los enfermos un aumento en el número de leucocitos. La eliminación del arsénico por la orina, en los casos de sífilis reciente, suele terminarse á los 5 días; en los paralíticos á los 10. Si la inyección ha sido intravenosa la eliminación es completa al cuarto día. También por el intestino se elimina en parte el medicamento (Hoppe).

Se ha tratado de averiguar si el preparado ejerce una acción directa sobre el quimismo de la reacción de Wassermann, como

algunas veces ocurre con el mercurio: Stührner afirma que el arsénico, es completamente indiferente respecto á aquella reacción; ni la favorece ni la impide.

De todos los trabajos hasta la fecha publicados, resulta que el "606., no ejerce ninguna acción tóxica sobre el organismo. La dosis más elevada, empleada por Schreiber fué la de 0,0096 gramos por kilo. La dosis tóxica en los experimentos en animales alcanza la cifra de 0,15 gr. por kilo.

En resolución, dice Schreiber, podemos afirmar: primero que se trata de un remedio de acción absolutamente específico contra la sífilis, y segundo, que á las dosis por mí empleadas carece completamente de acción tóxica.

Parece contraindicado en enfermos graves del aparato circulatorio, del riñón y de los ojos y en las enfermedades generales y caquexias. Los siguientes datos son de un trabajo de Glück.

No transcribiré más que algunos hechos concretos:

Glück, con intención de suprimir los dolores que la inyección provoca hecha intermuscular practicó en 4 enfermos la inyección subcutánea á los lados del vientre. Los dolores no fueron menores, y se formó además en los 4 casos un infiltrado que continuaba causando molestias á los enfermos, cuando habían ya desaparecido todos los síntomas sifilíticos.

Jamás aparecieron trastornos cardiacos: enfermos con lesiones tuberculosas importantes, no sólo sufrieron sin perjuicio la inyección, sino que hasta les produjo algún efecto favorable.

En una sifilítica embarazada de VII meses, los latidos fetales que antes del tratamiento se oían perfectamente, dejaron de percibirse; probablemente se trata de una acción tóxica del preparado sobre el feto.

La dosis empleada por Glück fueron al principio de 0,3, después la aumentó á 0,4-0,5 comprobando que los efectos favorables son mucho más rápidos con las dosis elevadas.

En 3 casos con pápulas en la lengua del tamaño de una ave llana, desaparecieron completamente en 16 horas y los espiroce tes no volvieron á encontrarse. En conjunto trató 71 hombres y 28 mujeres, de edad entre 12 y 70 años.

Con chancro 6.

En todos ellos el éxito fué completo, encontrándose á las 24 horas un notable reblandecimiento de la úlcera. Los ganglios empiezan á disminuir á los 2 días y desaparecen á los 5.

Trató 10 con un exantema maculoso. En 8 casos desapareció el exantema el tercer día. De los otros 2 uno curó el quinto día, el otro al octavo.

8 casos de sífilis maculo-papulosa curaron del tercero al quinto día sin dejar rastro alguno de la enfermedad.

Las placas de la lengua amigdalas y velo del paladar, desaparecen con una rapidez asombrosa, En 7 casos con manifestaciones de esta clase en los labios, lengua, paladar y faringe, se curaron, las más rebeldes, á los 5 días de la inyección.

El condiloma tarda más por regla general en desaparecer. De 22 casos, la curación vino de 7-11 días en 15 y en los restantes, del undécimo al décimo séptimo.

Muy interesante es la acción del "606,, sobre las afecciones terciarias.

Daré cuenta de algunos casos con toda brevedad, para no alargar este artículo.

12 casos de gomas de la piel, curados de 21-47 días.

Gonitis luética dextra, complicada con periostitis de la tibia y goma cutáneo, curación radical en 6 días.

Gomas de los huesos y del velo del paladar, desaparecieron del 6-10 días

Una infiltración de la bóveda palatina, con fluctuación, que probablemente hubiera conducido á la perforación, se curó en 5 días sin que la perforación se produjera.

El espirocete desaparece rápidamente, de 24 á 48 horas.

A. Neisser, cuya competencia en la sífilis es de todos bien conocida, ha sido consultado sobre el tratamiento de aquella infección con el "606,, por el periódico *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Da su opinión en una carta, publicada en aquel semanario el 30 de junio. Empieza haciendo prudentes reservas sobre el resultado definitivo del tratamiento, justificadas por el tiempo relativamente corto de las observaciones hasta entonces publicadas. Pero una cosa, dice, podemos afirmar con toda certeza: que el nuevo preparado desarrolla una acción extraordinariamente activa contra el espirocete y las manifestaciones sífilíticas.

El espirocete desaparece á las 24 ó 48 horas, no solo en la sífilis experimental de los animales, sino también en la de hombre.

Y por lo que hace á las manifestaciones sífilíticas, se observa en muchas casos un retroceso tan rápido del chancro, de las pápulas, especialmente de todos los procesos ulcerosos y de la sífilis maligna que, no es posible dudar de la acción específica del preparado.

Todavía son más brillantes los resultados obtenidos con el nuevo preparado, en la fiebre recurrente; Iversen lo experimentó en 52 casos: de ellos 37 durante el primer ataque y 11 durante el segundo con inyecciones intramusculares y 4 durante el primer ataque con inyecciones intravenosas. Todos curaron con la inyección única radical y definitivamente. En los 57 casos desapareció la fiebre y las espirocetes de la sangre y con ellos todos los demás síntomas de la infección.

Finalmente el profesor Alt, en la Academia de Berlín ha afirmado que nunca ha poseído la medicina un medio de acción específica tan enérgico como el "606",.

Nosotros hemos pedido á Frankfurt al eminente profesor de terapéutica experimental el dióxidoamidoarsenobenzol y en cuanto le recibimos y ensayemos, daremos cuenta en esta Revista de nuestros resultados.

10) **Courmon.** Compendio de bacteriología práctica.

La casa de Salvat y Compañía ha editado este compendio de la colección Testut, traducción de la 3.^a edición francesa.

Está ilustrada la obrita con 396 figuras en negro y colores.

11) **Nogier.** Fisioterapia. Electroterapia.

Tomo IV publicado bajo la dirección de los doctores Gilbert y Carnot, de la colección de «Biblioteca de Terapéutica», y tomo VI que comprende la Quinesiterapia.

12) **Lenzmann.** Patología y terapéutica de urgencia.

Su autor el Dr. Lenzmann, director del hospital de diaconías de Duisburgo, ha reunido en este libro conocimientos y reglas de conducta dispersos en diferentes tratados y que son de gran utilidad el que conozca el médico. La maestría con que ha desarrollado el tema, prueba la favorable acogida que del público médico alemán mereció este libro. La traducción de la segunda edición alemana la ha hecho D. Francisco Tons Biaggi y lleva un prólogo del profesor Simonera de Madrid.

13) Dr. W. W. Keen. Cirugía.

Tratado teórico práctico de patología y clínica quirúrgicas Traducido directamente del inglés por el Dr. D. L. Cardenal.

Esta hermosa obra ilustrada con profusión de grabados, es de indudable utilidad y recomendamos encarecidamente su lectura.

Sección Profesional

Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya

TRIBUNAL DE HONOR

Enterado este Colegio provincial de Farmacéuticos de las repetidas quejas que por distintos conductos le llegaban sobre los procederer profesionales del farmacéutico D. Laureano S. de Regadera, y siendo su principal cometido el de velar por los prestigios de la colectividad que representa, entendió no podía excusarse ya de un concienzudo trabajo de comprobación.

Estas quejas y censuras se referían á actos incorrectos cometidos en el ejercicio de su profesión por el citado farmacéutico Sr. Regadera: ya era un digno compañero el que se quejaba de que fórmulas despachadas con anterioridad en su farmacia y que en la etiqueta no contenían más indicación que las palabras *para toques*, fueran despachadas con la sola presentación del frasco en la farmacia del denunciado, dispensando, claro está, un medicamento distinto en absoluto del prescrito en la fórmula original. También algún médico hubo de quejarse ante individuos de esta Junta, de la preparaci6n defectuosísima de una pomada para uso oftálmico, despachada en la farmacia del expresado profesor. La misma voz pública, como siempre infalible, señalaba actos ejecutados por el mencionado farmacéutico que no realizaban, ciertamente, sus méritos profesionales y que daban origen á repetidas quejas y censuras.

A los siempre rectos fines de esta comprobación y á título de interesantísimos antecedentes que sumar á los ya expuestos, este Jurado debe hacer constar que el Sr. Regadera, esquivando unas veces y contradiciendo resueltamente otras los acuerdos de este Colegio; ha vivido siempre en ostensible rebeldía, alejándose del trato de sus comprofesores y desdeñando el juicio desfavorable que á todos ellos merecía. El propio farmacéutico, rompiendo la noble tradición de ciertos respetos y muy justificadas conveniencias, ha sido el primero y único, en esta capital, que instituyó una de esas llamadas farmacias *económicas*, en la que los provechos de sus explotadores, aunque parezca esto una contradicción

están en razón inversa de los sagrados intereses de la salud pública, dando la mayor publicidad á estos actos en los periódicos locales y utilizando, sin escrúpulo alguno, todos aquellos procedimientos de explotación que siempre le estuvieron vedados al profesor serio y amante de su decoro por las leyes de la ética social y profesional.

Hondamente impresionado este Colegio por el conocimiento de hechos tan lamentables que, por ser del dominio público, lesionaban el crédito y el buen nombre, también, de todo el profesorado, vaciló, durante algún tiempo, ante el recelo de que sus acuerdos no fuesen robustecidos con la sanción de las autoridades, por una parte, y de contribuir, por otra, á la difusión del escándalo, de adoptar la resolución que demandaba su obligada custodia de los prestigios profesionales, contra el compañero que tan abiertamente los mermaba. Justificaba también esta vacilación suya el carecer de elementos fehacientes é irrecusables de prueba, para que la medida disciplinaria que hubiese de aplicar ofreciere los requisitos todos de una indiscutible justificación. Un hecho lamentable ha venido á poner término á estas indicaciones y temores de la Junta de Gobierno del Colegio, constituida hoy en jurado profesional.

Con gran sorpresa de la misma, se lucieron, en sesión pública de este Ayuntamiento de Bilbao, acusaciones verdaderamente bochornosas, sobre abusos cometidos en la dispensación de medicamentos á los enfermos acogidos á la Beneficencia domiciliaria, quedando admitidas, como positivamente comprobadas tales acusaciones, por cuanto, seguidamente, se tomó el acuerdo de instalar una farmacia municipal.

Como consecuencia, en efecto, de la información abierta por la Corporación Municipal, resultó acusado un farmacéutico de haber comisionado á una mujer, en funciones de *gancho*, cerca de las consultas de los médicos municipales, con objeto de ofrecer una peseta á los concurrentes á las mismas que llevasen á la farmacia del denunciado las recetas formuladas por aquellos. En la misma sesión denunció un señor concejal el hecho, ciertamente deplorable, de que, no obstante lo dispendioso que resultaba para el erario del Municipio el servicio farmacéutico de la Beneficencia, no ofrecía este mismo servicio las garantías á que tenía derecho la salud de los enfermos pobres, como se demostraba porque, habiéndose ordenado el análisis de un medicamento despatchado en determinada oficina, quedó comprobado que no concordaba su composición con la fórmula prescrita por el médico.

De ambas denuncias resultaba culpable el farmacéutico citado, Dr. Laureano S. Regadera, y como ambas, según se verá en otra parte de este documento, quedaron probadas como hechos ciertos, el Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya tomó, de modo decisivo é irrevocable, la resolución de mostrarse parte en asunto de tanta trascendencia, para que nunca se supusiese que san-

cionaba con su silencio conducta tan reprochable. Y como quiera que esta resolución suya le imponía el deber de aplicar á dicho farmacéutico la penalidad moral á que se hubiese hecho acreedor, con arreglo á lo que estatuyen la Instrucción general de Sanidad y los Estatutos (promulgados como aquella por Real decreto) para el régimen de los Colegios provinciales, acordó efectuarlo así.

Al efecto, reunida la Junta de gobierno de este de Vizcaya en sesión extraordinaria el día 7 de Septiembre del presente año, acordó, después de muy meditado estudio y la debida compulsa de los datos y pruebas que pudo adquirir, constituirse en funciones de Jurado profesional ó Tribunal de honor, para juzgar la conducta profesional del farmacéutico Dr. Laureano S. Regadera. Llenada esta formalidad, procedió á requerir á dicho profesor para que compareciese ante la misma el día 15 del propio mes, tomando las precauciones necesarias para tener la certeza de que el profesor requerido recibió oportunamente la cédula de citación. Esta, en consecuencia, le fué entregada personalmente ante dos testigos, pues, como se esperaba, el Sr. Regadera se negó á firmar el recibo de la comunicación que se le dirigía, en la que se puntualizaban los cargos formulados contra él, con objeto de que si le era posible, los desvirtuase en el acto de su comparecencia.

No habiendo respondido á este primer llamamiento del Jurado, ni presentado excusa alguna, fué citado nuevamente para el día 22, no compareciendo tampoco ni justificado su negativa.

En su consecuencia, constituida definitivamente en Tribunal de honor esta Junta de gobierno, se dió lectura al expediente instruído, en el que aparecen los documentos de cargo siguientes:

Dos «Comunicados» insertos en «La Gaceta del Norte», en polémica habida entre el Sr. Regadera y un médico municipal, en los que declara aquel haber empleado el procedimiento de utilizar una mujer, como *gancho*, para que le llevase, con objeto de despacharlas, las recetas de los médicos municipales.

Copia de un volante del Sr. Presidente de la Comisión de Gobernación ordenando al Jefe del Laboratorio municipal proceder al análisis de un medicamento formulado por el médico municipal Sr. Loroño y despachado en la farmacia del Sr. Regadera.

Copia de la fórmula suscrita por el expresado médico que es como sigue:

Aceite de hígado de bacalao	250	gramos
Jarabe de lactofosfato de cal	100	»

Certificado del Jefe del Laboratorio químico municipal acusando el resultado del análisis requerido que es el siguiente:

Aceite de hígado de bacalao	190	gramos
Agua	68,44	»
Azúcar	31,56	»
Cenizas	0,08	»

ó sea una mezcla de aceite de hígado de bacalao con jarabe simple, sin la concentración debida y con falta absoluta de lactofosfato de cal.

Los anteriores datos y documentos, los antecedentes morales del acusado y la conducta del mismo al no aceptar la invitación que se le hizo para desvirtuarlos y justificarse, bastan, desde luego, á juicio de la Junta de gobierno, para actuar de Jurado profesional, habiéndolo hecho así y dictado, después de muy meditado é imparcial deliberación, con el voto unánime de los que la constituyen el siguiente

FALLO

En la villa de Bilbao, á 22 de Septiembre de 1910, constituida la Junta directiva del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya, en funciones de Jurado profesional ó *Tribunal de honor*, con arreglo á lo dispuesto en la Instrucción de Sanidad, artículo 85 (párrafo 3.º) y 88, y en los Estatutos para el régimen de los Colegios de Farmacéuticos, art. 26, para juzgar la conducta profesional del farmacéutico Dr. Laureano S. de Regadera, y previas las correspondientes citaciones al interesado para que compareciera á justificar su conducta, no habiendo querido hacerse presente.

Vistos los documentos aportados al expediente incoado por la Junta con el objeto citado, así como los antecedentes que ante la misma obran de hechos incorrectos ejecutados por el mencionado señor Regadera, en diversas ocasiones y muy especialmente de los que motivan el presente juicio.

Resultando del examen de dicho expediente y de los datos recogidos por la Junta la convicción que ésta abriga de la culpabilidad de dicho farmacéutico en los hechos siguientes:

1.º Haber enviado, en diferentes ocasiones, una mujer á la puerta de las consultas de los médicos municipales, ofreciendo una peseta á los enfermos que de ellas salían, para que llevasen las recetas á despachar á la farmacia del denunciado, engañándoles con que era un legado de una señora piadosa.

2.º Haber despachado una fórmula para un enfermo pobre de la Beneficencia Municipal, cuyo análisis hecho á instancia del Presidente de la Comisión de Gobernación del Ayuntamiento, en el Laboratorio Químico Municipal, dió por resultado no contener las substancias que el médico había prescrito.

Considerando que estos hechos, además de perjudicar, por haber sido hechos públicos, el buen nombre y honorabilidad de la clase farmacéutica, han contribuido de manera principal á que el Ayuntamiento tome el acuerdo de implantar una Farmacia municipal, lesionado, si lo realiza, muy gravemente los intereses materiales de los farmacéuticos de Bilbao.

La Junta Directiva en funciones de Tribunal de honor acuer-

da haber visto con profundo disgusto la conducta profesional del farmacéutico D. Laureano S. de Regadera y que se le amoneste públicamente por la misma por considerar aquella incorrecta é impropia del que ostenta un título profesional por todos conceptos respetable.

Acordó, igualmente, que, pudiendo constituir alguno de los actos cometidos un delito de los que se puntualizan en el Código penal, se pase el tanto de culpa á la autoridad correspondiente.

Así mismo se acordó dar traslado de todo lo actuado al señor Ministro de la Gobernación, por si entiende procedente imponer algún correctivo, que bien pudiera ser el de la suspensión temporal en el ejercicio profesional ó en el de prestación de sus servicios profesionales á todo organismo oficial, al residenciado por este Tribunal D. Laureano S. de Regadera.

Por último se acordó que se dé publicidad al presente Fallo en la prensa profesional, que se remita una copia del mismo para su notificación al interesado y que se fije otra copia en el tablón de anuncios del local del Colegio por espacio de tres meses.

Y así lo acuerdan y suscriben en

Bilbao á 22 de Septiembre de 1910.

MANUEL DE SARALEGUI, *Presidente*.—MANUEL MÁS, ELADIO MALDENO, CASTO GARAIGORTA.—LUIS DE ARTAZA, *Secretario*.

Ha fallecido, víctima de rápida y traidora enfermedad, nuestro compañero el Dr. D. Manuel Mocoroa.

Trabajó durante mucho tiempo á nuestro lado dando realce con su cultura é ilustración á las discusiones entabladas en la Academia de Ciencias Médicas.

Por sus condiciones de caracter logró siempre el cariño y consideración de todos sus colegas.

Descanse en paz nuestro querido amigo y reciba su familia la expresión de nuestro más sincero pésame.