



Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Marzo—1911

Núm. 195

Sumario

Artículos originales: I) **Dr. Castiella.** Las sales de cal en el tratamiento de la tuberculosis.—II) **Dr. Xylos.** Caso de placenta previa ó inserción baja ó viciosa de la placenta.—III) **I. K. H.** La enfermedad del sueño.

Academias y Congresos: Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Revista de Revistas: 1) **Dr. Prati.** Respiración artificial. ¿Cuál es el mejor método?—2) **Andri.** Tratamiento del impétigo.—3) **Doctor Uteau.** Tratamiento de la anuria.—4) Tratamiento de las ulceraciones venéreas.

Sección profesional.

I.

Las sales de cal en el tratamiento de la tuberculosis ⁽¹⁾

por el

Dr. Emilio Castiella

Antes de entrar en materia vacilé no poco; se escribe tanto acerca del tratamiento de esta enfermedad, tan numerosos son los fracasos y desilusiones que experimentamos con estos enfermos y opuestas medicaciones y procedimientos de curación, que consecuencia de este estado el excepticismo domina al médico práctico.

No puede negarse la curabilidad de la tuberculosis en sus principios; en la mayoría de los casos, pero no en todos, por tropezar con frecuencia con enfermos que bien sea debido á la pereñencia ó á condiciones de fatiga intensa, no reaccionan á ninguna medicación.

La tuberculosis de las clases acomodadas se trata generalmente en su principio, beneficiándose estos enfermos de las curas

(1) Primer trabajo leído en el Congreso Español Internacional de la Tuberculosis.



Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Marzo—1911

Núm. 195

Sumario

Artículos originales: I) **Dr. Castiella.** Las sales de cal en el tratamiento de la tuberculosis.—II) **Dr. Xylos.** Caso de placenta previa ó inserción baja ó viciosa de la placenta.—III) **I. K. H.** La enfermedad del sueño.

Academias y Congresos: Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Revista de Revistas: 1) **Dr. Prati.** Respiración artificial. ¿Cuál es el mejor método?—2) **Andri.** Tratamiento del impétigo.—3) **Doctor Uteau.** Tratamiento de la anuria.—4) Tratamiento de las ulceraciones venéreas.

Sección profesional.

I.

Las sales de cal en el tratamiento de la tuberculosis ⁽¹⁾

por el

Dr. Emilio Castiella



HEMEROTECA
MUNICIPAL
MADRID

Antes de entrar en materia vacilé no poco; se escribe tanto acerca del tratamiento de esta enfermedad, tan numerosos son los fracasos y desilusiones que experimentamos con estos enfermos y opuestas medicaciones y procedimientos de curación, que consecuencia de este estado el excepticismo domina al médico práctico.

No puede negarse la curabilidad de la tuberculosis en sus principios; en la mayoría de los casos, pero no en todos, por tropezar con frecuencia con enfermos que bien sea debido á la pereñencia ó á condiciones de fatiga intensa, no reaccionan á ninguna medicación.

La tuberculosis de las clases acomodadas se trata generalmente en su principio, beneficiándose estos enfermos de las curas

(1) Primer trabajo leído en el Congreso Español Internacional de la Tuberculosis.

de aire, de la climatoterapia, reposo convenientemente regulado y de una alimentación racional.

Numerosos tuberculosos apiréticos pueden activar su curación empleando diversas tuberculinas, siempre que sean empleadas con circunspección; con los tuberculosos indigentes que llegan á nuestras consultas en el segundo ó tercer período con lesiones de reblandecimiento ó cavernas, nos vemos desarmados; la supresión absoluta más ó menos prolongada de todo trabajo es condenarlos á la ruina.

En estos casos no hay que pensar en medicaciones costosas; lo real será lo que cueste poco y coloque al obrero en condiciones de poder trabajar; el método Ferrier es el tratamiento ideal para los tuberculosos indigentes.

Al hablar de tratamientos eficaces de la tuberculosis pulmonar, no lo hago en el sentido que generalmente se interpreta; no me refiero á drogas, medicamentos á ingerir ó á inyectar desde que son bien conocidos los innumerables remedios reputados como infalibles y que han tenido una vida efímera.

El estado actual de nuestros conocimientos en materia de clínica médica no registra remedios infalibles contra la tuberculosis, pero sí existen los que ayudan á la curación de la enfermedad. Entre estos últimos señalaremos las sales de cal, que actualmente aceptan la generalidad de los médicos.

No puede vanagloriarse Ferrier de haber introducido las sales de cal en el tratamiento de la tuberculosis; esta medicación fué recomendada con anterioridad por eminentes clínicos.

En 1783 Fourcroy empleó el cloruro de calcio en el tratamiento de la escrófula. Quarin preconizaba la cal en el tratamiento de la tuberculosis. Más tarde Hanemann prescribía sales calcáreas obtenidas por pulverización de conchas de ostras.

Cohen en 1832 recomendaba la cal en la tisis.

Dujardin Beaumetz y Halter notaron la rareza de la tuberculosis en los caleros y aconsejaban á los tuberculosos respirar el aire cargado de sales de cal.

Rabuteau en 1884 recomendaba el cloruro de calcio al interior, para ayudar á la transformación cretácea de los tuberculosos.

En los tumores blancos y adenitis tuberculosas, empleaba Crighton con éxito el cloruro de calcio. Stove recomendaba el fosfato de cal.

Rudolph en 1902 publicó los brillantes resultados por él obtenidos en el tratamiento de cinco tuberculosos pulmonares con las sales de cal administradas por la boca y el empleo de la tuberculina.

Renckzeck en 1904 estudió los efectos de las inhalaciones de los polvos de cal en la tuberculosis.

Se ha observado que en ciertos cantones suizos, el Valais, el Abri y la cuenca de la Vievre en Francia, tienen una agua muy abundante en sales de cal. Sus habitantes son altos, robustos y presentan esqueletos sólidamente constituidos, en los cuales el elemento cálcico es considerable; el tanto por ciento de mortalidad por tuberculosis es inferior en estos países al de cualquiera otra parte.

Renon observó con Bordenave en Vermenton, departamento de Yonne, aldea situada al pie de una colina rica en cal, donde gran parte de sus moradores trabajan en los hornos de cal, que de 300 hombres, en su mayoría alcohólicos, en 10 años no se ha presentado ningún caso de tuberculosis, habiendo de esa enfermedad dos obreros que trabajaban, no en los hornos de cal, sino en la extracción de piedra en la cantera, habiendo disminuído en esta comarca la tuberculosis desde el establecimiento de numerosos hornos de cal.

Renon aconsejaba en 1906 estudiar el efecto del polvo de cal sobre la tuberculosis experimental y la asociación de las inhalaciones de polvos de dicha sustancia y la ingestión de sales insolubles de cal.

De todos son conocidos los brillantes trabajos del Dr. Robin acerca de la desmineralización y remineralización de los tuberculosos; el profesor de clínica terapéutica recomienda el empleo de la cal en forma de fosfato tricálcico, asociado á otros principios remineralizadores ó bajo la forma de huesos triturados.

En 1905 Ferrier dió á conocer los resultados brillantes conseguidos con su tratamiento, basado en la recalificación de los tuberculosos.

El método Ferrier consiste en una alimentación opuesta á los ácidos, impidiendo su introducción y, si es posible, la formación de ácidos en el organismo.

Muchos clínicos dan el fosfato de cal y los glicerofosfatos en la tuberculosis, pero para Ferrier lo difícil no es administrar la

cal, sino el guardarla, habiendo estudiado los peligros de la de calcificación supatogenia y los medios de remediarla.

Los brillantes resultados conseguidos por Ferrier fueron confirmados por Renon, que actualmento emplea el tratamiento Ferrier íntegro ó asociando las sales de cal á la medicación arsenical por Sergent, Courtellement, Mme. Siller, encargada de un dispensario en París, y últimamente por Letulle y Colin; yo vengo empleando este tratamiento desde hace tres años.

El Dr. Petit ha publicado recientemente un trabajo sobre *el tratamiento de la tuberculosis por las inhalaciones de sales de cal*, empleando el polvo *Calcaral*, hecho con sales calcáreas vitalizadas y asimilables, afirmando haber obtenido con esta medicación brillantes resultados.

Paul Ferrier parte de ideas muy interesantes: la decalcificación dentaria de origen interno, puede ser reconocida clínicamente; la decalcificación dentaria es el índice de una decalcificación paralela de otros tejidos. Una terapéutica apropiada nos permite luchar contra la decalcificación.

Para Ferrier un tuberculoso está decalcificado; la tuberculosis y la decalcificación marchan unidas y aplica á la tuberculosis su método de recalcificación.

Las ideas fundamentales de Ferrier no han sido aceptadas por todo el mundo; Robin, Guinard, Villemin, Barbier y Küss las han combatido. Desde el punto de vista no teórico sino práctico, el tratamiento Ferrier merece ocupar un puesto preferente en tisioterapia.

El régimen que han seguido mis enfermos es el siguiente:

Alimentación antiácida. Supresión de vino, cerveza, sidra, licores y aguardiente.

Evitar la manteca, las grasas y á poder ser las salsas.

No pasar de 200 á 300 gramos de pan por día; distanciar las comidas.

Prohibido manjares avinagrados, limón, naranjas y quesos rancios.

Alimentarse de patatas, verduras, huevos, carnes, pescados y frutas cocidas.

Tomar una papeleta antes de la comida y cena de:

Carbonato de cal . . .)	
Fosfato tricálcico . . .)	a a 0,50
Magnesia calcinada . . .)	
Magnesia calcinada . . .)	0,05

El régimen dietético Ferrier se reduce á suprimir los ácidos causa de la decalcificación, á fin de favorecer la asimilación de la cal, y por consiguiente la recalcificación.

La exageración de los cambios respiratorios no es la única expresión del terreno tuberculizable ó tuberculizado; existe asimismo la desmineralización orgánica señalada por Pater desde hace mucho tiempo y estudiada por Robin desde hace algunos años, sobre la que se funda actualmente una terapéutica de la tuberculosis.

Estudiando comparativamente un gran número de tuberculosos en los diferentes períodos de su enfermedad y tomando la media de sus resultados por período, se ve que el coeficiente urinario de desmineralización, es decir, la relación que existe entre el residuo orgánico de la orina y el residuo total (estado normal 30 á 32 por 100) se eleva en el período pretuberculoso (36,35 por 100) aumenta á los primeros signos perceptibles de la infección (36,78 por 100) para bajar después un poco en el segundo período y disminuir claramente en el tercer período (29,50 por 100).

Por otra parte si se investiga el coeficiente de desmineralización protoplasmática, se observa que este coeficiente llega á su máximun en los pretuberculosos, para descender después progresivamente.

La sangre normal contiene 8,39 á 9,11 gramos de principios orgánicos; la de los pretuberculosos solo contiene 7,87 gramos con un coeficiente de desmineralización exagerado (34,57 por 100); la de los tuberculosos en el primero y en el segundo grado solo contiene respectivamente 6,38 y 7,02 gramos, con un coeficiente de desmineralización igualmente elevado.

Es muy significativo ver que la mineralización sigue una marcha inversa de la del coeficiente, lo que es un gran argumento en favor de la desmineralización, puesto que aparece así que se encuentra de más en la orina lo que se halla de menos en la sangre.

Dosificando la cal y la magnesia urinarias, se ve que la eliminación de las sales es exagerada en los tuberculosos.

El pulmón normal en estado húmedo contiene 12,04 por 1.000 de materias inorgánicas. En el pulmón tuberculizado esta proporción desciende á 7,90 gramos.

En las partes aun sanas del pulmón de los tísicos, se observa una especie de sobremineralización que se eleva por término medio á 14,27 por 1000. En la tisis crónica de larga duración esta sobremineralización de las regiones no invadidas falta ó desaparece (10,25 gramos).

El análisis comparativo de los huesos del sujeto sano y del tuberculoso, conduce al mismo resultado y prueba que en este último la desmineralización ósea es considerable.

Son múltiples los factores que contribuyen á la decalcificación del tuberculoso.

Generalmente en estos enfermos el funcionalismo del estómago deja bastante que desear, encontrándose frecuentemente asociada esta enfermedad en el primer período á la hiperclorhidria en períodos avanzados va acompañada de hipo-acidez asociada frecuentemente á la atonía gástrica, resultado de este estado que el tuberculoso tropieza con dificultades de asimilación; aparte de esto las diarreas dependientes frecuentemente de lesiones intestinales impiden la reabsorción de gran parte de los principios alimenticios, disminuyendo por consiguiente la ración de cal.

El organismo toma la cal que necesita de los alimentos donde se encuentran bajo la forma de combinaciones orgánicas (yema de huevo, vegetales, etc.), y de sales inorgánicas; ningún alimento está desprovisto totalmente de cal; los vegetales contienen mucha más cal que los animales y como generalmente sometemos á estos enfermos á régimen animal, resulta la alimentación pobre de cal.

Los enfermos tuberculosos son con frecuencia anoréxicos, presentando vómitos que impiden al organismo proveerse de los principios minerales necesarios para mantener el equilibrio.

Aparte de estos factores que contribuyen á que la cal alimenticia sea insuficiente al tuberculoso, hay otras causas susceptibles de disminuir la proporción de cal en las células.

El esqueleto desempeña el papel regulador; sabemos que la cantidad de cal de nuestros tejidos debe permanecer constante; despojándose el esqueleto de la cal restablece el equilibrio cálcico.

Aparte de la insuficiencia alimenticia del tuberculoso, por alteraciones en el quimismo gástrico, anorexia, etc., ocurre en estos enfermos que las combustiones aumentan, los tejidos se queman rápidamente, la desasimilación es mayor y más rápida que la asimilación.

Las toxinas microbianas poseen á la vez una acción á distancia y una acción local; ellas impregnan todo el organismo, no existiendo órganos que no sean susceptibles de ver alterada su nutrición; las toxinas determinan reacciones generales, como la fiebre, que obra sobre la nutrición íntima de la celular, acompañada de una desasimilación considerable, obran las toxinas directamente sobre las células matándolas ó disminuyendo su vitalidad; la cal orgánica que formaba parte íntima del protoplasma, consecuencia de la desintegración celular es eliminada.

Otras causas pueden determinar la decalcificación; se sabe la acción del sulfato de cal y del cloruro de cal á altas dosis largo tiempo continuadas, en lugar de dar la cal, obran sobre todo por la acción del ácido y originan pérdidas de cal (Ferrier).

La cal de los huesos se encuentra bajo la forma de fosfato tribásico y de carbonato: sales insolubles; su destrucción no puede ser lógicamente provocada más que por la acción de un ácido como se hace experimental ó industrialmente.

Esta es la opinión de Rindfleisch, que afirma que la decalcificación de la osteomalacia, es comparable á la que se obtiene solubilizando los fosfatos con los ácidos.

En la tuberculosis la acidez del terreno ha sido frecuentemente demostrada; la alcalinidad de la sangre está disminuída (Lucet); la acidosis de este líquido ha sido comprobada (Lucet).

Las causas de esta acidosis son numerosas; sin atribuir un papel importante á la reacción ácida probable de las toxinas del bacilo de Koch, debemos ver en estas alteraciones humorales la resultante obligada de alteraciones celulares, debidas á la acción de las toxinas sobre los elementos anatómicos.

La ingestión de ácidos basta para determinar la decalcificación. Teissier y Charrin han podido decalcificar animales por medio del ácido láctico.

Los ácidos minerales (clorhídrico, sulfúrico, etc.), tomados con fin medicamentoso, al pasar á la circulación solubilizan el fosfato tricálcico del esqueleto, transformándolo en fosfato mono y dicálcico susceptibles de ser eliminados.

Las producciones anormales de ácidos en el estómago repercuten en el estado general. El profesor Robin afirma que en los dispépticos con riperclorhidria hay una desmineralización grande.

Las fermentaciones gástricas dependen, bien de la atonía muscular ó son consecuencia de la ingestión de alimentos indigestos ó bien se producen por esparmo pilórico bajo la influencia de la hiperacidez del jugo gástrico.

Las sustancias amiláceas é hidratos de carbono (pan especialmente tomado en bastante cantidad), producen ácido acético, láctico, etc., (Hayen).

Experiencias de Ferrier, Foerter de Charin prueban la acción nefasta de la decalcificación y los brillantes resultados conseguidos con la calcificación sobre la tuberculosis.

La patogenia de la sobremineración de las regiones sanas de los pulmones, es un argumento poderoso en favor de la medicación recalcificante.

Esta sobremineración es una reacción de defensa. La calcificación del tuberculoso es uno de los modos reaccionales más usuales del organismo contra el producto anatómico de la infección tuberculosa.

Esta calcificación así como la evolución fibrosa, son los únicos medios conocidos de curación del tubérculo.

Un organismo calcificado (Charrin) resiste mucho mejor la invasión del agente microbiano.

Nuestros enfermos han seguido los consejos higiénicos que se recomiendan á los tuberculosos, especialmente la cura de aire.

En los tres años que venimos empleando las sales de cal, bien solas, siguiendo la prescripción Ferrier ó acompañadas de la medicación arsenical, hemos observado en nuestros enfermos cambios que no dejan de ofrecer interés clínico.

Los enfermos que al principio del tratamiento generalmente estaban débiles, decaídos ó inapetentes, al cabo de algunas semanas se observa en ellos un cambio completo; vuelve el apetito, recuperan en parte las fuerzas y están más animosos, pudiendo volver al trabajo obreros que antes del tratamiento eran incapaces de desempeñar su misión.

Con el empleo de las sales de cal, la expectoración disminuye considerablemente.

Al principio cuando empezaba á tratar tuberculosos con las sales de cal, me llamaba la atención la acción maravillosa que

observaba con esta medicación contra los sudores nocturnos; más tarde he visto que Renon recomienda el fosfato tricálcico para combatir este síntoma tan molesto, que le impide al tuberculoso descansar, obligándole una ó varias veces á cambiarse de ropa por la noche, pudiendo estos enfriamientos dar origen á complicaciones como bronquitis, bronco-pneumonía ó congestión pulmonar.

En muchos casos se observa disminución considerable de tos con frecuencia é intensidad; he tratado enfermos que antes de someterse á esta medicación tenían violentos ataques de tos; después de corto período de tratamiento la tos desaparecía, no tosiendo más que al levantarse, creyéndose el enfermo curado por esta mejoría.

No he observado que ejerza influencia sobre la fiebre.

Para el obrero creo que es el mejor tratamiento, estando en esto en un todo conforme con Letulle; merced á las sales de cal he conseguido que obreros incapacitados para el trabajo pudiesen dedicarse á sus ocupaciones.

Con relación á los cambios locales, he visto que los signos estetoscópicos disminuyen de una manera lenta, la respiración se modifica perdiendo su aspereza, disminuyen los estertores y en los casos felices no quedan más que signos de cicatrización pulmonar; claro es que estos éxitos pueden conseguirse con enfermos en el primero ó segundo período; en los tuberculosos en el tercer período determinan efectos paliativos sorprendentes como son, aumento de fuerza, apetito, etc.

Este tratamiento deben seguirlo individuos débiles expuestos al contagio de esta enfermedad; las sales de cal ponen á estos organismos depauperados en condiciones de poder vencer al bacilo de Koch.

Nosotros hemos dado con frecuencia, en familias donde había un tuberculoso, las sales de cal á los individuos débiles que rodeaban al enfermo, no habiendo observado contagios.

La única contraindicación que ofrece este tratamiento es que, dando las sales de cal á enfermos de edad avanzada, se puede favorecer la calcificación de las arterias; por eso no empleo el método Ferrier en tuberculosos de edad avanzada.

Otra contraindicación es las hemoptisis; el Dr. Courtellemont considera á las sales de cal como congestivas, no siendo de la misma opinión M^{me}. le Dr. Sidler, que admite el poder con-

gestivo de las sales de cal, pero secundario al poder hemostático; ella considera la hemophsis como una indicación á continuar con esta medicación sobre todo hemostática.

Ferrier dice «los tuberculosos son decalcificados, recalificuemos y los curaremos».

Hoy algunos clínicos niegan la decalcificación, otros no encuentran demostrada la asimilación de las sales de cal y por consiguiente, niegan la recalificación del terreno.

Sin embargo hay un hecho clínico que todas las teorías no pueden destruir: es los admirables resultados conseguidos por el método de Ferrier, superiores á los que se obtienen con otras medicaciones.

CONCLUSIONES

1.^a El método Ferrier debe ocupar lugar preferente en el tratamiento de la tuberculosis. Eminentes clínicos franceses son entusiastas de este tratamiento.

2.^a Varios factores contribuyen á la decalcificación del tuberculoso. Por este método se trata de disminuir la decalcificación.

3.^a Organismo calcificado resiste mucho mejor la invasión del agente microbiano, pudiendo este tratamiento tener aplicación profiláctica en los individuos expuestos al contagio tuberculoso.

4.^a Con este tratamiento los enfermos ganan en fuerzas, vuelve el apetito, disminuye la tos y la espectoración.

5.^a No ataca al estómago como otros medicamentos, contribuyendo considerablemente á la disminución de los sudores nocturnos, que tanto molestan á estos enfermos.

6.^a Es medicación económica, siendo el remedio ideal para la clase obrera.

7.^a Puede ejercer acción curativa en los períodos de germinación, conglomeración y reblandecimiento circunscripto y acción paliativa en períodos avanzados.

8.^a En el curso de una hemoptisis debemos abstenernos por prudencia de administrar las sales de cal, así como en enfermos de edad avanzada ó arterio-esclerósicos.

9.^a Debe ir asociado el método Ferrier á la cura de reposo y de aire libre.

II.

Caso de placenta previa ó inserción baja
ó viciosa de la placenta.—(Práctico rural)

Vicenta Sagasti, de 32 años, mujer del Secretario de ésta, múltipara, madre de cuatro niños; todos sus partos han sido buenos, excepto el que motiva esta historia, durante el período de gestación, parto y puerperio.

El día 10 de Septiembre estando sentada tranquilamente dedicada á la costura, fué sorprendida por la rotura de las membranas con derrame bastante copioso de líquido amniótico, claro y limpio.

Llamado por tal accidente y reconocida la historiada, no encontré síntoma ni signo que pudiera justificar una rotura prematura de las membranas, pues así era, puesto que estaba en el sexto mes del embarazo.

A los quince días próximamente, fuí llamado con urgencia y me encontré que había tenido una hemorragia bastante copiosa, la cual se detuvo espontáneamente antes de mi llegada. Interrogada, manifestó que sin causa apreciable estando dedicada al barrido de la casa, se fijó que en el suelo había manchas de sangre y que cuanto más abanzaba en su faena más manchas veía, hasta que se dió cuenta de que ella era la que regaba el suelo con su sangre. La palpación y el tacto tampoco me dieron la causa que pudiera justificar tal hemorragia, lo único que hice fué el diagnóstico de la presentación y posición que era O. I. D. P. y que el orificio del cuello uterino tenía aproximado al tamaño de una moneda de dos céntimos y que ni siquiera dejaba pasar un dedo.

La recomendé reposo absoluto en la cama y no hice otra cosa más que estar á la expectativa, pues esta hemorragia me hizo sospechar de si se trataría de una inserción viciosa de la placenta.

Todos los demás días tuvo algo de hemorragia, excepto en tres días á los ocho próximamente que no tubo nada, hasta que cansada de estar en la cama y viendo que en esos tres días no tuvo derrame sanguíneo, se levantó de ella y bajó al campo «aquí no hay calles ni plazas» sin que me pidiera opinión y por la noche al hacer la visita me manifestó: al anochecer he tenido un derrame de sangre bastante mayor que los de los días antepiores pero antes del derrame he tenido dolores y hoy creo que habrá nove-

dad, y esto me lo decía hasta con gozo, porque creía que pronto saldría de los apuros que tenía que pasar así como de su abatimiento. Reconocí á la que creía pronto daría á luz y me encontré que estaba lo mismo que el primer día; la dije el resultado de mi exploración, recomendé tranquilidad de ánimo, reposo absoluto y que sin mi permiso no se levantaría de la cama.

Los días sucesivos, sin excepción, todós tuvo hemorragias más ó menos copiosas, algún día que otro, dolor antes de ellas; el reconocimiento daba el mismo resultado que el primer día, no encontraba signo ni síntoma que me indicaran una rápida y oportuna intervención, aun cuando la hemorragia era bastante para decirme: interviene pronto, que sinó tendrás que lamentar un fracaso; pero yo decía, no, todavía hay tiempo, el estado general de la mujer es relativamente bueno: aunque ha perdido bastante sangre, el pulso no está tan debilitado que me indique intervención.

En fin, la cosa se ponía obscura, la tormenta se acercaba y yo era el pararrayos que quería evitar la destrucción por tan temible agente, estando á la expectativa dentro del radio donde se fraguó la tormenta: y creo que hice bien el no intervenir aunque fué mucho tiempo lo que aguardé: desde el 25 de Septiembre hasta el 28 de Octubre, en que fuí obligado á intervenir ayudado de mi ilustrado compañero titular de Zamudio, D. M. Carlos de Iriondo.

Llegó por fin el día de los apuros para un médico rural, un casito de prueba, falta de elementos, sin más compañero á quien llamar en su ayuda, no siendo el del pueblo inmediato, y agradecía si no estaba ocupado y podía acudir en auxilio del compañero.

El día 28 de Octubre le hice la última visita á las once de la noche; no ocurría novedad y me retiré; pero á las dos y media de la mañana fuí llamado con mucho apuro, acudí al momento al llamamiento, pues temía algo grave y me encontré sincopiada á la mujer, con una palidez cadavérica, pulso muy pequeño, parecía que estaba exangüe, y efectivamente tuvo una hemorragia terrible; dos baños de noche, uno lleno y el otro casi lleno me enseñaron en cuanto llegué; la cama un charco de sangre; reconocí y la hemorragia estaba detenida, solo un pequeñísimo hilo de sangre corría por la vulva; ya no había que perder tiempo, había que intervenir inmediatamente y mandé llamar al compañero; mientras tanto reaccionó la enferma, se le dió una copita de coñac y una taza de café, á falta de otros medios excitantes.

Antes de una hora llegó el compañero Iriondo; le presenté el

caso que teníamos que resolver con urgencia, pues en la rapidez de la intervención estaba la vida de la mujer, y una vez puestos de acuerdo en lo que íbamos á hacer, procedimos á la operación.

Nuestro acuerdo fué el siguiente: Dilatar el cuello, porque este continuaba lo mismo que en los reconocimientos anteriores, como el tamaño de una moneda de dos céntimos; no tenemos ningún dilatador, pero los dedos se encargaron de hacerlo gradualmente, y ya que la presentación es de vértice, procurar encajar la cabeza para que nos sirva de tapón obturando la matriz, despertar las contracciones y á poder ser que se verifique el parto naturalmente; que no se puede, la versión.

Después de una antisepsia no rigurosa, empezamos la dilatación del cuello por medio de los dedos en la forma siguiente: primero un dedo, enseguida el segundo, en cuanto metí el segundo y empecé á dilatar el cuello, tuvo una contracción bastante fuerte y como al mismo tiempo de dilatadores me servían de exploradores, observé que en el lado izquierdo junto al cuello se presentaba la placenta ocupando el segmento inferior del útero; hice observar al compañero la presencia de la placenta y continuó la dilatación y así maniobramos uno y otro alternando hasta conseguir introducir todos los dedos.

Cuando la dilatación permitió introducir todos los dedos, intenté abarcar la cabeza con ellos y haciendo un movimiento de elevación y atracción, procuré encogerla para que nos sirviera de tapón, y así ocurrió, deslizándose al primer intento encajándose de lleno, de modo que ya teníamos lo que queríamos, el tapón; ya no temíamos á la hemorragia, el parto se verificaría naturalmente, las contracciones eran cada vez más fuertes, la dilatación abanzaba con rapidez, ayudado por nosotros que queríamos terminar pronto el trabajo.

Y sin ninguna otra intervención terminó el parto naturalmente á las siete de la mañana, dando á luz un niño de siete y medio á ocho meses, con vida, que hubo que sostenerla por medio de la respiración artificial hasta que reaccionó, pero murió á las ocho horas de nacer. El alumbramiento se hizo artificialmente é inmediatamente. Parturienta no ocurrió cosa digna de mención, todo marchó perfectamente y la dí de alta á los quince días. Hoy está criando una criatura ajena en contra de mi opinión.

He aquí un caso interesante de placenta previa; que en una maternidad clínica, población donde todo está á mano, no tiene

la importancia que aquí donde el médico se encuentra sólo y si bien en el presente caso, dió tiempo á una intervención, muchas veces, pues la distancia A, no resulta tan lisongeramente.

Demuestra, que en los casos de injercción baja, con presentación al vértice, la iniciación rápida y artificial del parto procurando el encajamiento cefálico, resuelve el conflicto, y más teniendo la cabeza un tamaño que facilita su acomodación y puede terminar el parto naturalmente, como en este caso, á pesar de la gran pérdida de sangre, prueba de la resistencia de la mujer: claro que al menor accidente hay que acelerarlo y si la presentación no es de vértice sino de hombro A, hacer la versión, siguiendo luego la conducta alemana ó la francesa; no queremos ni señalar siquiera las demás intervenciones y medios apropiados á cada caso particular: solo ha sido nuestro objeto de un caso más de placenta previa y señalar los medios de que nos valimos para resolver el caso.

DR. XYLOS.

III.

LA ENFERMEDAD DEL SUEÑO ⁽¹⁾

por I. K. H

El tormento más terrible en Africa ha sido y es la enfermedad del sueño, la cual se transmite al hombre por la mosca *tse-tse*. Durante algunos años el poder destructor de esta enfermedad hizo disminuir de 300.000 á 100.000 los habitantes de varios distritos de Uganda. Este reino del interior de Africa perteneciente al *País de los Lagos*, es el punto donde más abunda la cara mayor y en el que verdaderas bandadas de *tse-tse* se ceban en aquellos corpulentos mamíferos, por necesitar dicha mosca para su nutrición gran cantidad de sangre y donde ella se encuentra es un verdadero peligro para el desarrollo de la enfermedad del sueño. Todos aquellos animales son susceptibles de infección y lo mismo el hombre por intermedio de la mosca. La enfermedad se propaga con suma rapidez. En cinco años murieron de ella en Africa 10 millones de individuos, quedando despo-

(1) Traducido del periódico "Esperanto".—La Arboleda, Bilbao, II, 1911.

bladas algunas regiones muy extensas. Los colonizadores europeos se encuentran muchas veces apurados para contratar á los africanos en la época de recolección del cautchout y del marfil. La enfermedad del sueño no está todavía bien estudiada. Francia, Alemania é Inglaterra, que son las naciones más interesadas en el mejoramiento de Africa, se esfuerzan en explicar claramente la naturaleza de esta enfermedad, medios para combatirla y cortar su propagación.

Hoy solo se sabe que el período del sueño es el último de esta enfermedad tan larga, que su causa, es la presencia en el organismo de un microbio llamado *Trypanosoma* depositado en él por la mosca *tse-tse*. Al principio de su enfermedad se observan en el punto de la picadura un simple estímulo que desaparece á los pocos días. Viene después un segundo período de fiebre insegura que no desaparece con la quinina, cuyo dato sirve para establecer el diagnóstico diferencial con la malaria. La fiebre va acompañada casi siempre de gran debilidad, enflaquecimiento, dolor de cabeza, disminución de volumen de los músculos tibiales y del pie, insomnio y alucinaciones.

El tercer período se caracteriza por la aparición en todo el cuerpo de pequeñas manchas rojas, las cuales desaparecen á la presión y por extraña sensibilidad el dolor en diversas partes. El apretar la mano, dar vueltas á una llave ó tocar suavemente los brazos ó piernas, produce un dolor muy agudo. Todos estos síntomas duran con frecuencia varios meses cesando después en absoluto, pero no por eso ha desaparecido la enfermedad, es tan sólo una interrupción hasta que aparece el período fatal é inevitable, *el del sueño*. Este empieza de ordinario entre el 4.º y 8.º mes después de la infección. El eminente médico francés doctor Mastin, que fué comisionado por su gobierno para estudiar la enfermedad, fundó un Laboratorio especial en Brazaville (Congo francés) y describe el período del sueño del modo siguiente: Aversión al trabajo cotidiano, lentitud en la marcha, cansación al menor esfuerzo, á veces, durante el día, tendencia al sueño, tanto que dice llegó á ver cocineros que se quedaban dormidos junto al fogón, así como soldados estando de centinela y barqueros con los remos en la mano mientras bogaban. Pasadas algunas semanas el enfermo empeora, puede comer y hablar pero no dedicarse al trabajo. Su deseo es no levantarse de la cama, y si lo hace, cae semimuerto en un rincón del dormitorio. Duerme

con la boca llena de alimentos siendo en estos casos muy fácil la asfixia. En este momento puede decirse que la gravedad es ya inminente. El enfermo conserva todavía energías para luchar con objeto de alejar la tendencia al sueño que le domina, pero todo es inútil. Ni el mayor empeño ó fuerza de voluntad le permite oponerse á toda enfermedad más que algunos momentos. Su aspecto en este período es digno de compasión. Enflaquece extraordinariamente, no puede hablar ni hacer el más mínimo movimiento, con frecuencia es atacado de convulsiones y parálisis, muriendo en estado comatoso. Los hombres de ciencia han demostrado que el gérmen del *trypanosoma* que da lugar á la enfermedad del sueño, es un microbio en forma de eje que circula entre los glóbulos rojos de la sangre. Su cola es larga, permitiéndole moverse rápidamente y el número de ellos es tan elevado que apenas puede circular libremente la sangre. Cuando las arterias y venas están llenas de estos seres tortuosos desde la planta de los pies á la superficie interna del cerebro, el estado del enfermo es verdaderamente angustioso.

Antes de que sobrevenga el período del sueño, la enfermedad es curable. El mejor tratamiento es el *atoxyl* y los mercuriales.

La mosca *tse-tse* se encuentra en los matorrales (jaros) muy espesos y en las orillas de arroyos, ríos y lagos en las cuales haya mucha vegetación.

Su papel en la enfermedad del sueño se asemeja al del mosquito en la *malasia*, pero con la diferencia de que el gérmen de éste tiene que permanecer en el cuerpo del mosquito antes de propagarse, creyéndose que el *tripanosoma* se transmite sin intervención de la mosca *tse-tse*. Sin embargo la picadura de esta mosca es la que ordinariamente transmite la enfermedad.

Academias y Congresos

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión del día 2 de Diciembre de 1910

Preside el Sr. Saralegui

Sr. Orive (D. Mario).—Presenta un caso de hemorragia secundaria en una extirpación de vegetación adenóidea.

Sr. Lledo.—Entiende que la hemorragia no fué debida á la adrenalina, teniendo en cuenta para opinar así que las hemorragias secundarias cuya causa es el empleo de aquella substancia ocurren á las dos ó tres horas después de su aplicación.

En su concepto la hemorragia aquí reconoció por causa más que nada, el hecho de quedar adherida alguna vegetación incompletamente extirpada.

Sr. Landín.—Presentó varios casos de *Falsas apendicitis*.

Sr. Unibaso.—Los dos casos expuestos son dos casos muy bonitos y muy bien diagnosticados.

Se halla de acuerdo en absoluto con el Sr. Landín, pero le llama la atención en lo que atañe al primer caso, que los tres facultativos que vieron al enfermo apreciaron la tumoración en la fosa ilíaca derecha, tumoración que no pudo apreciar el señor Landín.

Trazó la sintomatología más culminante de los cólicos hepáticos y nefríticos, en los que hay vómitos persistentes y tenaces que por el contrario, apenas existen en el comienzo de la apendicitis ni de la obstrucción intestinal, como no se halle en esta el obstáculo citado muy arriba.

Así mismo la impermeabilidad para los gases en la apendicitis, y sobre todo en la obstrucción, suele ser muy precoz y muy característica, lo que no ocurre en los cólicos hepático ni nefrítico.

De todas las maneras el diagnóstico entre todas estas afecciones suele ser á veces bastante difícil.

El Secretario General,
C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 9 de Diciembre de 1910

PRESIDE EL SR. SARALEGUI

Es admitido como académico numerario D. Joaquín Echave Sustaeta.

Sr. Orive (D. Mario).—*Cáncer laríngeo operado por tirotomía*: presentación de enfermos. (Este caso irá relatado en el próximo número).

Sr. Gáldiz.—Felicitá al Sr. Orive por la presentación de este caso á la Academia y por los resultados brillantes obtenidos

en el tratamiento empleado, pues en su concepto no sólo el caso es un éxito en sí, sino porque él no creía que con una simple tirotomía pudieran llegar á lograrse lo que se ha logrado. Es más, como la cauterización con el termo fué tan extensa y tan prolongada, llegó á pensar fuera fácil la producción de una bronco-pneumonía á causa del desprendimiento de pequeñas escaras que pudieran caer en el aparato respiratorio y determinar una infección.

De todas las maneras, para él, este enfermo se halla curado y felicita al Sr. Orive.

Sr. Orive.—Cree que es probable no se reproducirá el tumor, pues según las estadísticas, el epiteloma laríngeo que no se reproduce á los seis meses, es difícil se reproduzca.

Sr. Landín.—Aludido por el Sr. Orive, toma la palabra, ya que en el desarrollo de la historia clínica leída por el mismo señor se vierten algunos conceptos con los cuales no está conforme.

En primer lugar entiende que el triunfo operatorio corresponde más al diagnóstico precoz que al procedimiento empleado y esto es precisamente lo que ocurre en toda clase de epitelomas que cuanto más pronto se diagnostican más pronto se operan y se tienen más probabilidades de éxito.

En este caso lo verdaderamente acertado fué el hacer el diagnóstico muy pronto y la consiguiente intervención, para abandonado el enfermo á sí propio tratado médicamente, los resultados no serían lo favorables que hoy son. Y es que con ser frecuentísimos los tumores laríngeos, resulta que los benignos se hallan en una proporción muchísimo mayor que los malignos, razón por la que al ver una tumoración implantada en la laringe, se presume más bien en un proceso benigno que en uno maligno y se pone en práctica un tratamiento médico ó poco enérgico, con lo cual crece el tumor y adquiere proporciones que obligan á intervenir ampliamente si es que se quiere obtener algún resultado. Aquí no; aquí se diagnosticó el tumor á tiempo, cuando tenía poco volumen y el acierto fué este, pues así la intervención no fué muy grande y una sencilla tirotomía bastó para eliminar por completo el tumor y los tejidos que le circundaban.

Hace un diagnóstico diferencial entre todos los tumores de la laringe y deduce que este era clínicamente un tumor maligno, cosa que comprobó el análisis microscópico.

Relata todos los procedimientos operatorios que se suelen poner en práctica para la extirpación de estos tumores; y respecto del método seguido en el caso que se debate, dice que él no era de opinión de practicar una operación más extensa, como así parece desprenderse de la historia leída por el Sr. Orive, sino que pensaba que pudiera ser necesario, si acaso, ampliar la operación, si una vez al descubierto la laringe, se encontraba con que el tumor tuviera más ramificaciones ó fuera mayor que lo que aparecía visto con el espejo laríngeo.

Enumera las clases distintas de anestias que se suelen poner en práctica en caso como este y deduce la consecuencia de que á veces basta con la anestesia local.

El Secretario General,
C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 16 de Diciembre de 1910

PRESIDE EL SR. SARALEGUI

Es admitido como académico de número D. Víctor Landeta.

Sr. Landín.—Suplica al Sr. Gil que, como quiera que la cuestión del tratamiento de la placenta previa es una cuestión en extremo importante, se extienda con amplitud acerca de este asunto en cualquiera de las sesiones próximas.

Sr. Gil.—En efecto, es un asunto de los de más importancia en obstetricia, y ya que estoy designado como ponente de este tema en el próximo Congreso de Obstetricia que se ha de celebrar en Madrid en Abril del año que viene, en vista de las insinuaciones del Sr. Landín, prometo ocuparme de ello y traer alguna preparación y hacer proyecciones para ilustrar la cuestión.

Sr. Orive.—Contesta al Sr. Landín y dice que él se halla conforme con lo expuesto por este señor, en especial en lo que atañe á la clase de intervención que hubiera sido mayor si el tamaño del tumor así lo hubiera aconsejado.

Sr. López.—El caso del Sr. Orive es notabilísimo, tanto por la brillantez del resultado operatorio obtenido, cuanto por la precocidad del diagnóstico del tumor maligno ya sospechado por el distinguido laringólogo, debiendo ser tal norma de conducta la seguida sistemáticamente en todos los casos de neoplasmas de

aspecto clínico sospechoso por los cirujanos generales y especialistas y yo me felicito de que mi modesta contribución por el diagnóstico histológico del tumor haya completado el afortunado caso del Sr. Orive.

El diagnóstico histológico de los tumores laríngeos es hoy de una importancia capital, ya que aquél, dados los medios de investigación actual, deberá ser lo más científico y exacto posible, no debiendo nunca satisfacer al clínico saber que se trata de un tumor maligno, sino que es preciso determinar su individualidad anatómica.

Los tumores malignos más frecuentes en la laringe pertenecen á la serie epitelial, epitelomas, carcinomas y algunas modalidades del adenoma y en la serie conjuntiva hállanse con frecuencia los sarcomas; autores hay que á unos y otros incluyen atendida á su malignidad, en un grupo llamándoles cancer epitelial y conjuntivo, pero su individualidad histológica es bien distinta, así como la existente entre el epiteloma propiamente dicho y carcinoma, en favor de la cual nos inclinamos con Cajal.

Distínguense especialmente los tumores epiteliales de los conjuntivos, aparte de otros caracteres menos importantes, por la disposición y relaciones del estroma conectivo y por la disposición de sus vasos. Claro es que hablamos de aquéllos casos de duda diagnóstica, entre ambas producciones, pues ninguna ofrecerá el diagnóstico histológico entre un cancroide celular epidérmicas y un sarcoma fusiforme, no ocurriendo lo propio en ocasiones entre un carcinoma encefaloide y el sarcoma medular.

Carecen los tumores epiteliales de substancia intercelular y sus elementos anatómicos se agrupan por contacto entre ellos, ya simplemente por una de sus caras como en los carcinomas y algunos epitelomas (variedad tubulada) ya por medio de filamentos intreprotoplasmáticos como en la mayoría de los epitelomas; presentan los segundos siempre una capa de tejido ambiente entre sus células que en casos llegó á ser difícil de apreciar (sarcoma alveolar) para cuya distinción será preciso la observación minuciosa de los elementos anatómicos que conserven la forma más esferoidal.

Presentan las neoplaxias epiteliales una clara separación entre los islotes ó nódulos celulares y el tejido conjuntivo circundante ofreciendo las neoformaciones embrionarias una continuidad casi inapreciable.

Los tumores de tipo epitelial ofrecen vasos característicos en el extremo conjuntivo y nunca entre los islotes celulares; caracteriza á los de tipo conjuntivo la abundante red vascular, de paredes frágiles, frecuentemente fraguada en pleno cordón celular, explicando dicha fragilidad de paredes, las telangiectasias y focos de hemorragia capilar tan frecuentes en los sarcomas.

Con todo lo dicho, casos hay en que la pericia del analista se pone á prueba en la diferencia entre un cáncer encefaloide por ejemplo, y un sarcoma medular, ya que en éste el carácter de atipia de sus células, le hace presentar una modalidad bien distinta de otras variedades conjuntivas, puesto que la atipia es el carácter de mayor malignidad anatómica, pero la presencia de vasos, la constancia de materia intercelular y la falta de limitación con el tejido ambiente, serán siempre características del sarcoma ó célula embrioma, como llamaba á estos tumores Maestre San Juan.

La diferenciación entre el epiteloma propiamente dicho y el carcinoma es en general fácil de hacer.

Los elementos anatómicos del primero de origen en general dérmico ó mucoso, ofrecen un crecimiento centrípeto y recuerda con claridad los tejidos de que proceden sus células epiteliales, su cemento intersticial se hallan apretadas, facetadas y unidas por filamentos comunicantes claramente visibles en la variedad pavimentosa en la que se ofrece la presencia de globos epidérmicos típicos; su extremo conjuntivo es abundante, rodea los cordones epitélicos y es rico en capilares, ofreciendo frecuentemente fibras elásticas y de elacina.

La variedad titulada cilindroma carcinomatodes de Zugler, ofrece sin embargo células sin filamentos anastomóticos y sus cordones celulares son raquíuticos, no siendo raro en ellos una degeneración colóidea de sus células; este tumor de rico estroma vascularizado y sin globos (caso del Dr. Orive) es el más grave y maligno, de íntimo parentesco con el carcinoma y de origen glandular, desarrollado en las mucosas según la opinión de Cornil, á la que se adhiere Caja¹, para el cual también ofrece dudas la individualidad del epiteloma cilíndrico, el cual puede ser tomado lo mismo por un carcinoma por su poder metastásico é invasor.

Los caracteres diferenciales del carcinoma son: ofrecer acumulos celulares de gran talla y forma poliédrica asiento de frecuen-

tes degeneraciones, sin cemento de unión ni filamentos comunicantes, sin una clara basal como presenta el epiteliona; reunidas dichas células por contacto recíproco por sola viscosidad, lo que explica la tendencia metastática del tumor por emigración de sus células, que dejan considerables huecos en el centro canceroso, rodeados dichos acinis de un extremo conjuntivo alveolar ya adulto ó embrionario con escasa cantidad de capilares.

El carcinoma neoplaxia la más atípica, es la más maligna del grupo epitelial, en la que según la expresión de Valdeyer, representa una glándula de acinis rellenos por células polimorfos.

El adenoma ó reproducción neopláxica del tejido glandular es en general benigno, empero en algunos casos el epitelio glandular no guarda la orientación debida, y en capa única, sino que se forman varias hileras de células, asiento de degeneraciones y proliferación del extremo, presentando cierto carácter de atipia y ofreciendo un poder invasor grande por lo que se le denomina adenoma carcinomatodes, variedad ya maligna, por lo tanto.

Producciones pseudo neopláxicas de la mayor importancia que radican en la laringe y cuyo diagnóstico histológico es preciso hacer, son las lesiones hiperpláxicas inflamatorias, de naturaleza tuberculosa y sifilítica, de fácil confusión en casos entre sí y con las neoplasmas de tejido embrionario (sarcomas).

Las producciones tuberculosas ofrecen una estructura que en general recuerda á la del sarcoma, con numerosas células conectivas y fusiformes, infiltradas de leucocitos, presentando los característicos nódulos tuberculosos. Estos ofrecen una célula gigante polinucleada central, rodeada de una serie de células epiteliodes, á las que circundan los elementos de tipo inflamatorio; los vasos capilares en las proximidades de los nódulos tuberculosos, sufren un proceso obliterante, lo que explica la frecuente mortificación por falta de riego sanguíneo de estas producciones.

Los nódulos sifilíticos formados de células consecutivas de tipo embrionario, ofrecen distinta estructura según se trate: de un condiloma, ulceración chancrosa ó goma, pero en todos ellos se observan, como carácter notable, que los vasos que se hallan en las proximidades de los nódulos, en vez de estar obliterados como en los procesos tuberculosos, se hallan libres y permeables,

lo cual explica la tendencia á la cicatrización de las producciones sífilíticas.

Sr. Orive.—Contesta al Sr. López y dice que casi no cabe confusión entre las lesiones sífilíticas tuberculosas y epiteliomatosas de la laringe, cuyas diferencias señala.

Sr. López.—Se ha referido á ciertos casos en que las lesiones no se presentan de una manera clara; más que nada la confusión puede existir al microscopio entre el sarcoma y algunos granulomas y á este respecto cita un error de diagnóstico de Virchow, referente al padre del actual emperador de Alemania.

Sr. Orive.—Es absolutamente indispensable el análisis microscópico para hacer el diagnóstico de un tumor laríngeo.

Sr. Lledo.—Para él, en el caso del Sr. Orive, debe hacerse lo que ha hecho y dejar á un lado el tratamiento endolaríngeo, incapaz de nada seguro; y acerca del procedimiento operatorio empleado, ha sido indudablemente el mejor, teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

Si la extensión del tumor y si sus asiento hubieran sido otros, está claro que el procedimiento operatorio tendría que haber sido distinto.

Respecto de la reproducción, opina que este enfermo casi se encuentra curado, aunque no es fácil decir en la actualidad si el tumor se reproducirá ó no.

El Secretario General,

C. MENDAZA

Revista de Revistas.—Bibliografía

1) **Doctor Prati.** Respiración artificial.—¿Cuál es el mejor método?

El autor se apoya en dos casos de asfixia por el vapor, en los cuales ha obtenido grande éxito con la respiración artificial, para discutir á qué método debe darse preferencia si al de Pacini ó al de Silvester. Los dos tienen por objeto hacer inspirar el aire por los pulmones inertes, por medio de la elevación de las costillas á causa de lo cual se agranda la cavidad torácica y el pulmón ha de dilatarse á fin de equilibrar la presión atmosférica con la interior. Sólo se diferencian en la técnica.

De los experimentos hechos por la Sociedad Humanitaria de Londres, resulta que la cantidad de aire inspirado es superior con el método de Silvester que con el de Pacini, por lo cual los ingleses han abandonado este último.

El Dr. Prati, estudiando la práctica de los dos métodos, se cree en el deber de afirmar que el de Silvester es indudablemente ventajoso en los casos de asfixia con rigidez muscular; pero que debe abandonarse por el de Pacini cuando la asfixia va acompañada de relajación. En efecto, cuando hay rigidez del pectoral al ejecutar un movimiento respiratorio por el método de Silvester, se puede comparar muy bien este músculo rígido á una cuerda tendida del húmero á las costillas no susceptible de alargamiento, por lo menos en los movimientos de respiración artificial; por lo tanto, una fuerza que obre en tracción sobre la parte inferior del húmero, como acontece en el método de Silvester, debe necesariamente elevar las costillas. Por el contrario, si el pectoral mayor está relajado, se hace susceptible de un alargamiento superior al que es necesario para mantenerle en tensión, cuando se ha llevado el brazo en elevación á los lados de la cabeza, condición sin la cual la fuerza transitoria de las costillas es nula ó apenas sensible.

Con el método de Pacini, cualquiera que sea el grado de relajamiento de los músculos y especialmente del pectoral, se pueden elevar siempre las costillas porque la fuerza que las eleva tiene la misma dirección que la del pectoral mayor; éste, por muy relajado que esté se alarga, llega á su máximo la distensión, queda fijo y puede transmitir entonces á las costillas la fuerza que se le comunique. Este método se aplicará también con ventaja á los casos de rigidez del pectoral cuando no existe al mismo tiempo rigidez del gran dorsal.

Existen, según Prati, casos de muerte aparente, en que la intervención de la respiración artificial es necesaria, y como es raro que los músculos estén en contracción, no duda en dar la preferencia al método de Pacini como más generalmente aplicable.

2) Audry. Tratamiento del impétigo

El primer acto del tratamiento consiste en hacer caer las costras, lo que se consigue con algunas cataplasmas ó *huataplasmas*. Es bueno hacer preceder á su aplicación sobre el cuero cabelludo de una enjabadura de vaselina.

Una vez caídas las costras, se hacen lavados con soluciones parasiticidas. Una de las más activas es el sublimado, pero requiere pre-

cauciones. El agua oxigenada á 12 volúmenes bien preparada es un excelente agente, muy recomendable.

El alcohol alcanforado y el acidificado dan también buenos resultados, pero son algo más dolorosos. El agua de Alibour ha sido muy encomiada.

Agua destilada alcanforada y filtrada	300 gramos
Sulfato de zinc	2 »
Sulfato de cobre	1 »

Se dilata dos ó tres veces su volúmen en agua hervida.

En fin, se cubren constantemente las lesiones con esta pomada.

Acido bórico	} á. á. gr.
Lanolina	
Vaselina	

No hay que olvidar las eflorecencias de las narices, etc. Se hacen caer las costras de la nariz, se lava con agua salada y se pone, tres ó cuatro veces al día, la pomada siguiente:

Resorcina	1 gramo
Lanolina	10 »

y mejor aún, sobre todo en los niños pequeños, esta otra:

Iodol	1 gramo
Lanolina	12 »

Para el borde de los párpados

Oxido amarillo de mercurio	1 gramo
Lanolina	12 »
Vaselina	12 »

El tratamiento del impétigo del cuero cabelludo no difiere del indicado: ablación de las costras, lavados antisépticos y pomada bórica.

Sabido es que el impétigo de la cara va acompañado bastante amenudo de lesiones de la misma naturaleza en la mucosa de los labios y hasta de los carrillos. La perlecha puede considerarse como formando parte de este cuadro. Se ablandarán las grietas y las erosiones de las mucosas dos ó tres veces al día con:

Sulfato de zinc ó sulfato de cobre	1 gramo
Agua destilada	100 »

ó con:

Nitrato de plata	1 gramo
Agua	75

y se cura con polvos de ácido bórico. Si la erosión es sangrienta, una cura con vino aromático es el mejor medio de apresurar la restauración de la capa córnea.

3) Dr. Uteau. Tratamiento de la anuria.

Hay que distinguir las anurias de origen exclusivamente anatómico ó mecánico de las debidas á causas reflejas.

1) *Anurias de origen exclusivamente anatómico ó mecánico.*

Distingamos el caso de riñón único anatómico, el caso de riñón único por causa patológica, el producido por oclusión bilateral de las vías de excreción. El caso de riñón único de destrucción completa de los parenquimas renales.

Estos cuatro casos pueden confundirse fácilmente desde el punto de vista clínico. Se les puede aplicar á veces con éxito un tratamiento idéntico. El tratamiento médico es casi siempre impotente y muchas veces peligroso, por impedir que el tratamiento quirúrgico sea suficientemente precoz.

A) *¿Qué operación hay que practicar?*

La *ureterostomia* es demasiado larga y excesivamente delicada para una intervención del dominio de la urgencia y que puede resultar inútil si se practica encima del obstáculo. Lo mismo puede decirse de la *ureteronestenia* y la *laparatomia mediana* para la exploración de los uréteres. Igual consideración cabe hacer también de la *colpo-ureterocistomia*. Cuando se conozca la localización precisa del asiento del cálculo en la pelvis, se empleará la *pielomia*.

La operación de elección es la *nefrostomia*, que no es sólo, como se ha pretendido, la análoga de ano *contra natura*, sino que á menudo es una curadora.

En ciertos casos, después de la ablación del cálculo, cuando se puede practicar el cateterismo, retrógado del uréter, se puede hacer la *nefrectomia*.

El cateterismo del uréter podría ensayarse antes de toda otra intervención.

Trátase, hasta aquí, de la *anula calculosa* principalmente. En la que proviene de la compresión por un tumor, es preferible suprimir el obstáculo cuando las circunstancias lo permiten, ó sino hay que hacer la *nefrectomia*.

En la anuria por el riñón poliquístico, que va comprendida en el caso de la anuria por distinción bilateral de los parenquimas renales, nos hallamos completamente desarmados.

B) *¿Cuándo deberá practicarse?*

Sin contemporizar, pues la operación será á la vez más benigna y eficaz. Los hechos evidencian que la desorganización del riñón obstruido precede generalmente á los fenómenos de intoxicación.

C) *¿De qué lado debe hacerse?*

Del lado del riñón aumentado de volúmen, ó el menos doloroso espontáneamente ó que ha sufrido el último y de cuyo lado la pared se defiende más.

II. *Las causas anatómicas ó patológicas son insuficientes para explicar la anuria y debe invocarse, además, una patogenia refleja.*

Dos tipos de anurias entran en esta clasificación: por de pronto la calculosa. Mas para los casos de anuria calculosa refleja, el tratamiento es el mismo que para la de orden mecánico, no hay tampoco el derecho de contemporizar.

Viene después la anuria que sobreviene en el curso de los neoplasmas pelvianos. Sin tratamiento es casi mortal de necesidad. El tratamiento médico es impotente. Sólo debe practicarse la intervención quirúrgica, más ¿es legítima en cancerosos condenados de todos modos á una muerte próxima? Tanto como el ano contra natura, la traqueotomía, ó la ligadura de la lingual que detiene la hemorragia del cáncer de la lengua. ¿No es tan legítimo restablecer el curso de los orines como el de las materias fecales ó del aire respiratorio?

Podrías oponer el caso de la *anuria intermitente*; mas sólo pueden citarse dos casos en que, con esta forma, no se haya muerto el enfermo á consecuencia de la repetición de su anuria.

Podría también sacarse una objeción del estado anatómico de los riñones, más sólo se encuentra una observación indiscutible en que el tratamiento haya resultado inútil por este motivo.

La operación preferida debe ser la nefrectomía.

Debe indiscutiblemente practicarse con urgencia; hasta se la ha hecho profiláctica.

No hay motivo, en este caso, para aguardar, descontando la desaparición del obstáculo que no podría desaparecer como puede hacerlo el cálculo en la anuria calculosa.

¿De qué lado debe practicarse?

Del lado del riñón más tumefacto ó del lado del riñón doloroso.

Por otra parte, la anuria depende aquí de un mecanismo reflejo y el lado pierde su importancia.

III. *Anurias en que sólo puede invocarse la patogenia refleja.*

El punto de partida del reflejismo puede ser uretral, vesical, ureteral, renal y aún extramisario.

Estos reflejismos se producen en individuos que, probablemente, tienen los riñones dañados. El tratamiento debe inspirarse á menudo en casos particulares (nefropexia en el riñón móvil, etc).

El tratamiento médico recobra entonces sus derechos.

(*Rev. de Chirurgie*).

4) Tratamiento de las ulceraciones venéreas

He aquí como debe procederse, según el Dr. Deguy (*Thérapeutique vénérienne*), en el tratamiento de las ulceraciones venéreas en general y en el de los chancros blandos en particular:

1.º Lavar bien la parte enferma tres ó cuatro veces al día con un pequeño tapón de algodón hidrófilo embebido de una solución de oxicianuro de hidrargirio á la milésima, ó simplemente de agua potable, hervida.

2.º Después de este lavado, aplicar una capa bastante espesa de la pomada de nitrato de plata al centésimo:

D. Nitrato de plata	0,20 gramos
Lanolina	10 »
Vaselina	10 »

M.—Para uso externo.

Recubrir con un poco de gasa hidrófila, ligeraménte humedecida ó no. Si la lesión tiene su asiento entre el glande y el prepucio, se pueden poner solamente dos ó tres gruesos de gasa y recubrir el glande por debajo con el prepucio.

Estas curas se continuarán durante tres ó cuatro días á lo más. Bajo su influencia se vé limpiarse cada vez más el fondo del chancro. Una vez este fondo está casi del todo limpio, cuando ya no es anfractuoso ni se halla recubierto de una corteza fibrino-purulenta, cuando sus bordes se han vuelto rosados y tienden á la cicatrización—lo que ocurre ordinariamente hacia el tercer día—se lavará solamente la llaga y se espolvoreará con yodoformo, el mejor de los cicatrizantes, dentro de su clase. Cuando por razones de conveniencias sociales, el olor del

yodoformo constituye un impedimento para el empleo de este tópico, aconseja el Dr. Deguy substituirlo con una de las mezclas siguientes:

1.º Dermatol	}	a. a.	
Aristol			
2.º Dermatol	}	a. a.	5 gramos
Oxido de zinc			
Hermofenil			1 »

Mézclese finalmente.

3.º Aristol	5 gramos
Hermofenil	2 »
Yodoformo desodorizado	5 »
Esencia	11 gotas

Mézclese finalmente.

O bien:

4.º Nitrato de plata	1 gramo
Subnitrato de bismuto	10 »
Polvos de talco	100 »

Mézclese finalmente.

Se lavará la llaga tres ó cuatro veces al día, según la abundancia del rezumo, después se empolvará con una de las precitadas mezclas y se envolverá con un poco de gasa hidrófila. Después de tres ó cuatro días de esta segunda fase del tratamiento, se obtiene ordinariamente la curación.

Sección Profesional

Legislación de la familia en Portugal.—Un decreto poco ha publicado por el Gobierno de la República sobre legislación de la familia, impide el casamiento: á los parientes por consanguinidad ó afinidad en línea directa, aunque el casamiento causa de la afinidad haya sido disuelto; á los primos hermanos, consanguíneos y uterinos, legítimos ó ilegítimos; á los parientes en tercer grado en línea colateral, salvo si obtuvieren dispensa, que sólo podrá ser concedida por el Gobierno, habiendo motivos poderosos; á los menores de diez y ocho años, siendo hombres, y de diez y seis siendo mujeres; á los interdictos por demencia, mientras la interdicción no fuese levantada por sentencia de los Tribunales; y también á los divorciados por motivo de enfermedad contagiosa reconocida como incurable ó de enfermedad incurable que importe aberración sexual.

En el mismo decreto se legisla sobre la investigación de la paternidad y de la maternidad ilegítima, así como sobre los alimentos y socorros á las madres de los hijos ilegítimos.

Tribunales de honor.—Igualmente fueron creados en Lisboa y en Oporto, por decreto de 31 de Diciembre último, Tribunales de honor, constituídos por siete miembros.

Más sobre el precio del Salvarsán, ó sea el «606».—Los periódicos franceses dicen, y copia nuestro estimado colega *El Monitor de la Farmacia*, que la fábrica en que se elabora el flamante «606» vende al farmacéutico el kilo de este producto en 12.500 francos, y éste lo venderá á su vez en 12.883 francos al público. Los pequeños tubos que se expenden contienen 60 cg., y se venden á 12,50 francos, costando al farmacéutico 7,50 francos.

El «606» es una combinación de benzol, que cuesta un franco el kilo, con el ácido arsenioso, que cuesta 1,50 el kilo. La fabricación del producto puede elevar su coste á 10 francos el kilo lo más.

Véase por qué la industria química alemana puede hacer que las acciones de una fábrica pasen de 1.000 marcos á 6.435.

También dicen los franceses que el «606» es un medicamento secreto presentado bajo la forma de específico, y que debiera prohibirse su circulación.

Nueva ley sobre el casamiento.—En los Estados Unidos acaba de ser puesta en vigor una nueva ley sobre los consejos de revisión matrimonial.

Obliga esta ley á las parejas á sufrir un examen médico, para ver si están los futuros cónyuges en buena salud. Sólo á las mujeres que pasen de cuarenta y cinco años se les dispensa este examen; debiendo los hombres, sea cual fuere su edad, sufrir dicho reconocimiento.

De diez parejas últimamente presentadas, han sido casadas ocho, declarando las otras dos que irían á casarse á la Colombia inglesa, donde todavía no hay consejo de revisión en la duda de que pudieran ser desechadas por el médico.

¡Buena falta hacia en España una ley análoga para evitar esa serie de anormales y degenerados, que tanto abundan, por desgracia, en nuestra patria! Y, además, para evitar que algunos malvados ó imbéciles infecten en las primeras aproximaciones sexuales á sus inocentes cónyuges.

Un nombramiento y una convocatoria modelo.—Por Real decreto de 27 de Diciembre último, ha sido nombrado, por el Ministro de Fomento, Sr. Calbetón, y de conformidad con la propuesta elevada por el tribunal que ha juzgado el concurso celebrado al efecto, inspector jefe de Sanidad del campo, el doctor en medicina y cirugía D. Antonio Muñoz y Sánchez, en quien concurren todas las condiciones señaladas en el decreto de 25 de Noviembre próximo pasado, que son las siguientes:

«Tener el título de doctor en medicina; ser ó haber sido consejero de Sanidad; desempeñar ó haber desempeñado, por oposición, un cargo médico oficial; tener residencia en Madrid; haber ejercido y asistido epidemias, particularmente las reconocidas de origen hídrico (cólera, fiebre tifoidea) en poblaciones rurales; haber ejercido la profesión en comarcas pantanosas donde fuera endémico el paludismo, y haber obtenido premio ó distinciones honoríficas por sus trabajos acerca de las epidemias, higiene y salubridad, y haber hecho publicaciones y propagandas relativas á estas materias.»

El inspector nombrado tendrá la categoría de jefe superior de Administración civil, y la remuneración anual por este *servicio especial* de 10.000 pesetas.

Procedimiento para distinguir á los criminales—El Dr. Icard, de Marsella, acaba de proponer un procedimiento para dis-

tinguir á los criminales de profesión por medio de un signo indeleble y no infamante. Este procedimiento consiste en inyectar debajo de la piel cierta cantidad de parafina en frío, de tal suerte, que ocasiona una pequeña nudosidad, en la cual el origen judicial quedará ignorado para los profanos.

Los puntos de la piel elegidos para la inyección variarán según la naturaleza de los crímenes ó delitos y también según el peligro que presentara el criminal.

Las autoridades competentes, que tiene por deber el proteger á la sociedad contra el arma del crimen, cada día más numerosa y mejor organizada, deben examinar atentamente la proposición del Dr. Icard; la idea es ingeniosa y parece muy práctica. Después de todo, como dice el autor, ¿el obrero honrado no lleva el sello de su oficio en alguna deformación corporal característica de su profesión? ¿Por qué los criminales se han de apartar de esta ley y no llevan un signo profesional?