

Revista Médica Salmantina

R. 2306

JULIO DE 1906.

SECCION DOCTRINAL

Reflexiones sobre una pequeña colección de preparaciones microscópicas.

por RAMIRO ARROYO.

Desde hace poco menos de dos años vengo dedicando algunos ratos á investigaciones microscópicas, con aplicación á la clínica; y á pesar de que nada nuevo ni siquiera excepcional he encontrado, no será supérfluo exponer algunas consideraciones que sugieren el exámen de las preparaciones y el recuerdo de los enfermos á quienes se refieren.

Figuran en esta colección 54 preparaciones de esputos, 2 de costras, 3 de pelos, 2 de flujo loquial, 2 de pus de ampollas, 6 de pus uretral y 2 de falsas membranas; de estas últimas, una de amígdala y otra de laringe.

Esputos.—En 31 preparaciones se ven bacilos de Koch, de 1 á 20 por campo, á 1200 diámetros. La mayoría de ellas están hechas con esputos procedentes de enfermos diagnosticados clínicamente de tuberculosos ó muy probablemente tuberculosos, antes del exámen microscópico de los esputos.

Una de ellas, sin embargo, se refiere á un enfermo, V. R. que se presentó en mi consulta hace un año, en ocasión tan crítica que yo no podía disponer más que de unos cuantos minutos para hacer

el diagnóstico. Sujeto de buen aspecto exterior, de años, regularmente nutrido, con todas las apariencias de un individuo sano, dice que le dan ataques epilépticos, pero que lo que actualmente le preocupa es que hace varios días tuvo una hemoptisis, continuando aun la tos con espectoración, pero ésta ya no sanguinolenta.

Afortunadamente puedo recoger en el acto un esputo y hago una preparación por el método de Ziehl-Neelsen, apareciendo bacilos de Koch, 3 por campo.

Por auscultación se percibe respiración áspera en el vértice izquierdo, pero en lo restante del torax nada sospechoso. Sin embargo, allí están los bacilos, indudablemente: el diagnóstico se impone.

Al cabo de algún tiempo, este enfermo se presenta otro día diciendo que ha consultado en la Corte, y me muestra el informe de un distinguido especialista en afecciones de pecho, y más que nada en tuberculosis pulmonar, informe en que declara: «de mi especialidad no encuentro nada.»

Ha pasado un año; los síntomas han ido apareciendo con más claridad; el enfermo ha sido diagnosticado invariablemente de tuberculosis pulmonar por todos los médicos que desde entonces acá han tenido ocasión de observarle; el número de bacilos ha aumentado, llegando á 10 por campo, á pesar de las inyecciones de cinamato, de cacodilato y de fosota, á pesar del histogeneral y de las aguas de Panticosa; y, actualmente, la fiebre, los sudores, la diarrea y la demacración son muy significativos.

Esto demuestra que á veces el clínico más sagáz puede desconocer la existencia de un proceso infeccioso, cuando no dispone del dato de laboratorio.

En otra preparación hay esputos de un enfermo, T B, que tenía hemoptisis abundantes y repetidas, fiebre, sudores y signos de caverna pulmonar hacia el vértice izquierdo; síntomas que á dos compañeros y á mí nos hicieron diagnosticar una tuberculosis

pulmonar de marcha rápida. Sin embargo, el análisis microscópico, dirigido tenazmente a poner de manifiesto el bacilo de Koch, dió constantemente resultado negativo. Han pasado ocho meses; el enfermo vive aún, repuesto y sin necesitar asistencia médica. Tiene razón Huchard al decir que son bastante frecuentes los casos de infecciones pulmonares, simulando la tuberculosis, pero donde no existe tal tuberculosis. Mientras no aparecen bacilos de Koch el diagnóstico debe ser reservado.

Otro enfermo, J. C., antiguo catarroso, fué diagnosticado por unos de tuberculosis pulmonar, por otros, de pulmonía. En los esputos no aparecen bacilos de Koch, ni diplococos capsulados, sino estreptococos en gran número; el enfermo murió. A mi juicio, la presencia de estreptococos en cualquier producto patológico indica siempre una intensa infección, de gravedad considerable, casi siempre.

En dos preparaciones se ven diplococos capsulados; proceden de dos enfermos francamente pneumónicos y no ofrecen nada digno de mención.

Costras y pelos.—Una de las costras procedía de una enferma I. A. que presentaba en el brazo izquierdo una lesión redonda, del tamaño de una moneda de dos reales, con todas las apariencias de una tricoficia. En la preparación se observan esporos grandes y micelio. La lesión curó con toques de tintura de yodo. Este caso hace recordar que hay afecciones de la piel que se califican de herpéticas y son realmente parasitarias.

La otra preparación de costra y las dos de pelo contienen micelio y esporos de *Achorion Schonleinii*; proceden de enfermos con tiña favosa de la cabeza, diagnosticada con anterioridad al exámen microscópico.

Loquios.—Las dos preparaciones se hicieron con flujo de enferma, con síntomas de infección puerperal. Contienen estafilococos casi en cultivo puro; no se ven estreptococos; ambas enfermas curaron.

En caso de fiebre puerperal, mientras no haya estreptococos podemos estar, me parece, relativamente tranquilos, sin dejar por eso de hacer lo que es necesario.

Pus.—Dos veces se ha recogido la serosidad purulenta de ciertas ampollas de las manos, que se ensanchan cada vez más formando en el límite de la base una zona anular blanquecina, curando en el centro, después de rota la ampolla, y sin profundizar mucho en ningún caso. En las preparaciones hechas se ve que en la serosidad purulenta contenida en la zona limitante existen estreptococos abundantísimos, casi en cultivo puro. Indudablemente la afección tiene mucho parecido con la erisipela, faltando aquí la fiebre, de ordinario. Es una afección puramente local, que cura siempre, aunque es preciso tratarla con energía.

En otras preparaciones hay pus uretral. En todas se ven gonococos. Nada ofrecen de particular, ni en ninguno de los casos á que se refieren hubo necesidad de apelar al microscopio para establecer el diagnóstico.

Sin embargo, consignaré que uno de los enfermos negaba todo antecedente próximo que pudiera tener relación con la enfermedad actual; no pensaba, al parecer, que pudiera ser de causa venérea, pues si bien había padecido blenorragia, hace nueve años, estaba en la creencia de que aquello había desaparecido, pues se curó en poco tiempo, se había casado hace cinco años y nada de anormal había notado, estando su consorte sin nada alarmante. Sin embargo, á pesar de toda la sinceridad, el aspecto clínico era indudable, y el exámen microscópico, demostrando numerosos grupos del gonococo de Neiser, permitió afirmar categóricamente la naturaleza de la afección.

Falsas membranas.—Las dos preparaciones de falsas membranas son instructivas. Una de ellas se refiere á un niño, del cuál solo sé que padeció anginas graves, que dieron lugar á la formación de extensas pseudo-membranas (una de las cuales sirvió para el exámen microscópico), terminando por la curación; datos

que suministró el distinguido compañero y amigo que remitió el producto patológico.

En el campo microscópico se ve gran número de coccus, agrupados en parejas.

La otra preparación se hizo con una partícula de falsa membrana, procedente de una niña que expulsó tres trozos de seis á ocho centímetros de longitud, en parte acanalados y en parte tubulosos, formados, al parecer, en laringe y tráquea; hubo angina, pero, cosa notable, apareció después de la expulsión de estas pseudo-membranas, aunque bien pudo ocurrir que hubiera existido también antes y pasara inadvertida. La niña curó, habiéndose empleado 50 c. c. de suero antidiftérico.

Véanse en la preparación bacilos cortos, abultados en los extremos, escasos en número y algunos como aislados y de gran tamaño.

La dificultad, que hasta el presente no he podido vencer, para hacer cultivos, no me permite afirmar, sin duda alguna, qué clase de bacterias son las contenidas en ambas pseudo-membranas. Supongo que los diplococos de la primera pertenecen al coccus Brissou y que los bacilos encontrados en la segunda son verdaderos bacilos de Klebs-Löffler. Como quiera que sea, no cabe duda que es cierto lo que dicen los autores, que hay anginas y crup de distinta causa microbiana, aun dentro de las apariencias de angina y crup diftéricos.

En conclusión, la mayor parte de las veces no hace falta el examen microscópico; nunca está demás, y hay ocasiones en que presta grandes servicios, permitiendo proceder en los juicios clínicos con la seguridad á que la Medicina aspira.

Béjar, 19 Junio 1906.

Tratamiento de las deformidades

CONGÉNITAS DEL PIÉ POR EL VENDAJE ENYESADO

por Cristino Sánchez Hortigosa

De vez en cuando, con relativa frecuencia pudiéramos decir, hallamos á nuestro paso niños y adultos con los piés desviados, vueltos y retorcidos en direcciones anormales, para los que la progresión y aun la simple sustentación sobre sus extremidades inferiores es sumamente difícil y penosa, si es que no se ven obligados á marchar casi suspendidos sobre muletas; individuos cuya deformidad es la mayor parte de las veces congénita y por la que sus padres han sufrido las mayores amarguras y preocupaciones ante el triste porvenir que vislumbran para el hijo que les nació deforme y por la que el, así lisiado tiene que soportar penalidades y decepciones sin cuento al verse siempre cargado con la *cruz* de su desgracia, sin que nada hiciera para merecer tal suplicio.

Como semejantes deformidades son corregibles y remediables en su mayor número y hasta con medios sencillos, accesibles á todas las fortunas y al alcance de todo médico, considero no es tiempo perdido el que dediquemos á conocerlas y tratarlas, ya que en este terreno puede recojerse no solamente honra y provecho, sino también grandes complacencias y satisfacciones, al ver convertidos, por nuestra intervención, en útiles y ágiles, á individuos condenados á imperfección y á invalidez perpetuas de haberlos dejado abandonados en su desgracia, como es frecuente observarlos.

El pié al desviarse de su posición natural, puede hacerlo girando sobre alguno de sus tres ejes principales: transversal, antero-posterior y vertical, observándose, además, con alguna frecuencia, desviaciones simultáneas en dos direcciones distintas (*pié varo-equino*) y aun en tres (*pié de piña*), de manera que en

realidad pudieran distinguirse numerosas clases de deformidades, si bien para simplificar es costumbre describir cuatro principales: *pié varo* (cuando se vuelve hacia adentro); *pié valgus* (cuando lo hace hacia fuera) *pié equino* (cuando desciende el extremo anterior y se eleva el posterior) y *pié calcáneo* (cuando se deprime la extremidad posterior y se eleva la anterior).

De estas cuatro especies de deformidad, el pié varo es el que se observa con mayor frecuencia, viene después, el pie valgus, luego el calcáneo, y por último el pie equino, el cuál en estado de simplicidad ó sea sin combinarse con alguna otra desviación apenas se le ha visto de un modo congénito, según puede verse en la siguiente estadística, publicada por Tamplin, comprendiendo 764 casos de deformidades congénitas del pié, tratadas en el Hospital Real de Londres.

Pié varo congénito.	688.
Pié varo en un pié y valgo en el otro.	15.
Pié valgo	42.
Pié calcáneo.	19.
	<hr/>
	764

No he de ocuparme en este modesto artículo periodístico de indagar y discutir las causas, bastante ocultas y casi imposible de determinar y prevenir en cada caso, concretándome á señalar la influencia hereditaria que se observa en muchas ocasiones y el atribuirse, también, á posiciones fetales defectuosas, á compresiones exageradas y anormales del músculo uterino sobre el feto y á violencias ó traumatismos sufridos por la mujer durante el embarazo, siendo estas últimas las que únicamente la higiene y la prudencia de la embarazada pudieran haber evitado.

Tampoco he de describir, aquí, minuciosamente las diversas clases de deformidad, ni las variadas lesiones y cambios de relaciones que se han hallado, pues asuntos son estos que pueden consultarse en las obras clásicas y, además daría á este trabajo

una extensión y un carácter que deseo evitar para conservar la sencillez y la brevedad del objeto práctico que me propongo, cual es el de decidir á emprender con fé y constancia la corrección de las deformidades congénitas del pié, por medios factibles en todas partes.

Para la corrección de las deformidades del pié se ha acudido y puede acudirse á medios muy variados. Hipócrates ya recomendó la aplicación de una venda de franela colocada en forma de espica, cuyas vueltas se dirigirán en sentido contrario á la desviación, para el tratamiento de los piés varos y valgus. Después se ha acudido al empleo de vendajes y aparatos de diferentes formas y mecanismos, en cuya composición se ha utilizado el esparadrapo aglutinante, la suela, piezas elásticas de goma, muelles y resortes de acero, etc. etc., y como últimos perfeccionamientos, se ha llegado á las intervenciones operatorias sobre tendones, aponeurosis y huesos y á las aplicaciones eléctricas sobre músculos mal nutridos y debilitados. Y en efecto, de todos estos recursos puede sacar utilidad, la inteligencia y el ingénio del médico que tenga que combatir las variadas deformidades de que puede ser asunto el pié, solo es necesario saber elegir en cada caso el medio y procedimientos que sean más adecuados.

Los cirujanos, en general, se inclinan á resolver la dificultad con el bisturí como principal instrumento ó á la corrección inmediata y rápida (violenta pudiéramos decir) de la deformidad, inmovilizando después las partes reducidas, durante el tiempo necesario para dar fijeza y estabilidad á la forma natural restaurada, pero las dificultades operatorias por una parte, el observarse que los músculos seccionados quedan en malas condiciones de funcionamiento, por otra parte, y las grandes violencias y sufrimientos que supone la corrección en una sola sesión ó en un solo acto operatorio, todo hace que sea preferido un tratamiento gradual y paulatino, siempre que se considere suficiente para llegar al fin que se persigue.

Entre los medios graduales tenemos uno, el apósito enyesado, que por su sencillez, por su economía, por poderse confeccionar con materiales siempre á mano y por los buenos resultados que con él se obtienen, es desde luego muy recomendable y el que á mí juicio debe ser preferido, pues fundado en la corta experiencia que he adquirido en algunos casos que le he empleado no puedo por menos de ensalzarle, ya que con él he llegado siempre á conseguir los resultados que me había propuesto.

Para aplicar el apósito enyesado se principia por amasar y movilizar las partes desviadas, procurando restablecer la forma natural en el mayor grado posible, manipulaciones que se practicarán durante unos cinco minutos, y aun más si se considera necesario.

Después se cubrirá el pié y la pierna con una capa de algodón hidrófilo de suficiente espesor para que constituya un almohadillado que evite los efectos nocivos que pudiera ocasionar la compresión del vendaje, cuidando de que ciertos puntos más expuestos á sufrir tales efectos (flexura del pié con la pierna, convexidad del pié y cara interna de la base del dedo gordo) queden mejor almohadillados y protegidos. A continuación se aplica una venda de franela á pié y pierna, (de manera que sus vueltas vayan en dirección opuesta á la desviación en casos de piés varo ó valgus) y procurando que esta venda lleve ya y retenga el pié cuanto sea posible hacia la posición normal. Y por último se coloca una venda enyesada en la misma disposición y sentido que la de franela, pero con tres ó cuatro capas de vueltas superpuestas, á fin de que al marcarse adquiriera la solidéz que se requiere.

Una vez terminada la colocación del apósito falta el acto más importante, y es dar al pié deformado la forma natural ó que más se aproxime á ella, sosteniéndole firmemente en esta postura de corrección, hasta que endurecido el yeso del vendaje, este impida al pié desviarse nuevamente en la dirección viciosa que tenía.

Para la preparación de la venda enyesada, yo siempre me he

valido de la tela que con el nombre de linón ó tarlatana se expende en el comercio, cortando tiras de la anchura conveniente que se remojan ó embadurnan con una papilla hecha con yeso ó escayola en el momento de ir á ser aplicadas, teniendo que advertir que la tela debe ser poco tupida ó de malla clara, como gasa, pues en otro caso no se deja penetrar bien por la papilla formada con la escayola.

Si el apósito queda bien confeccionado y amoldado, es decir, si su solidéz y resistencia son bastantes para sostener en buena forma el pié reformado y si no existen indicios de que pueda hacer algún daño, por comprimir con exageración; se le dejará colocado durante dos ó tres semanas, al cabo de las cuales se le separa, para aplicar otro inmediatamente, y después otro y otros, hasta que la deformidad la consideremos suficientemente corregida; observándose que cada nuevo vendaje modifica más y más la desviación, hasta llegar á dejarla totalmente enmendada, adquiriendo así el pié una forma natural ó casi natural, por haberse restablecido las relaciones normales entre las partes que las habían perdido.

Pero aunque hayamos conseguido corregir la desviación hasta el punto de que el niño se apoye y marche con sus piés en la disposición natural, todavía no ha terminado la misión del médico y mucho menos la de los padres; uno y otros han de seguir vigilando, para conservar el terreno conquistado mediante algunos cuidados y algunas pequeñas intervenciones, hasta tanto que no haya temor de que la desviación vuelva á reproducirse. Yo en los casos que he tratado, he seguido poniendo la venda de franela durante algún tiempo y después he recomendado el uso de una férula metálica delgada colocada en la bota, del lado opuesto á la desviación.

Respecto á la época más apropiada para emprender el tratamiento puede sentarse como regla general que cuanto antes mejor, si bien considero conveniente esperar hasta que el niño tenga

medio año, próximamente con el fin de contar con mejor punto de apoyo para la fijación del vendaje en un miembro más desarrollado y fuerte y además para que al cabo de los dos ó tres meses que como término medio durará el tratamiento, pueda luego apoyarse sobre sus piés ya enmendados, apoyo que por sí mismo contribuye á conservar la corrección obtenida.

Como noción general que ha de animarnos á emprender el tratamiento de las deformidades congénitas del pié está la de considerarlas no como monstruosidades, no como defectos de formación, no como anomalías estructurales imposibles de encauzar, de reorganizar y de perfeccionar, sino como deformidad de partes normalmente formadas, como defectos de relación y acomodamiento, como tegidos y órganos fisiológicos accidentalmente dislocados, en una palabra, como luxaciones verificadas durante la vida intrauterina; pero tegidos y órganos susceptibles de ser moldeados, acomodados y repuestos en las relaciones naturales que deben tener para poder desempeñar la función que les está encomendada; porque si bien es cierto que en ocasiones se encuentran retracciones aponeuróticas y tendinosas ó musculares, y hasta debilidad, atrofia ó degeneración muscular, no lo es menos que en el mayor número de casos, restablecidas y fijadas las relaciones naturales, los piés antes deformados, llegan á desempeñar bastante bien la función de que se hallan encargados, ya sea porque las partes retraídas se distiendan, ya sea porque los músculos debilitados se fortalezcan con el restablecimiento de sus funciones. Existirán casos en los que se hagan necesarias tenotomías, osteotomías y aun otras clases de intervenciones, no lo niego; mas no me cabe la menor duda de que con el vendaje enyesado pueden llegar á corregirse la mayor parte de las deformidades congénitas del pié. Tal es al menos la consecuencia práctica que he podido sacar de la lectura de algunos autores y de la escasa experiencia que he podido adquirir en esta clase de padecimientos.

Puerto de Béjar 22 de Junio de 1906.

Las inyecciones intra-traqueales

por el Dr. PINILLA.

La lectura de recientes trabajos de Mendel y Massei acerca de la técnica y de las indicaciones de las inyecciones de líquidos por la laringe, me sugiere la idea de dar cuenta de ciertos datos que por experiencia personal — ¡y tan personal! — poseo acerca del asunto. Constituyen retazos autobiográficos.

Mis pequeños conocimientos en la especialidad otorino-laringológica, débolos á mi antiguo amigo y cariñoso colega el conocido especialista Dr. Compaired, con quien trabajé algún tiempo. Y fué en 1895 cuando padeciendo yo una traqueo-bronquitis crónica, me sujeté — por consejo de mi amigo — á las inyecciones intratraqueales.

Á cambio de otras excitabilidades, yo poseo una tolerancia *extremada* de mi faringe y laringe. Casi podría considerarme como un laringo-fantum viviente. Merced á esta cualidad mía y á la pericia del Dr. Compaired, pudo éste observarme que la tráquea en sus primeros anillos tenía un aspecto gris-ceniza, y que la laringe estaba sana. La auscultación demostraba la existencia de ligeros estertores mucosos, *roncus*, diseminados, sobre todo en el lado izquierdo.

Había tomado á la sazón, y con objeto de curar este proceso catarral, los medicamentos aconsejados para el caso; mas la tos continuaba y la expectoración de moco-pus seguía, preocupándome y produciendo molestias positivas.

Decidímonos, pues, á realizar las inyecciones intratraqueales por medio de la jeringuilla de Ruault, de 10 c. c., con aceite mentolado, pensando en ensayar si probarían mejor las de aceite y creosota.

Sin cocainización previa, el Dr. Compaired procedió á la obra. Sin elevar la temperatura del líquido inyectable—aceite de olivas esterilizado y mentol al 10 por 100—cargó la jeringa con 10 c. c.; procedí yo á sujetarme la lengua en suave tracción fuera de la boca, y guiado él por el espejillo, condujo la cánula curva traspasando la glotis, y de dos golpes de émbolo—para lanzar en dos veces el contenido—inyectó el líquido.

La primera molestia que sentí fué la ligera sensación de carraspera, producida por unas gotas de aceite en el vestíbulo de la laringe y en la boca. Pero inmediatamente fué sustituida esa incomodidad por el ahogo. El ahogo obliga á levantarse del asiento buscando otro en medio de la habitación, si es posible; tras del ahogo, que si bien incomoda, no da temor, surge la necesidad de toser. Pero ante la conveniencia de no expulsar la inyección—tiene uno la idea de que se arrojaría todo el líquido; y es que la tos provoca en efecto la expulsión de cierta cantidad de aceite, cuyo sabor disgusta si es que no provoca náuseas, en cuyo caso favorecería la expulsión—se logra, por medio de inspiraciones cortas y rápidas, dominar la tos y el ahogo.

Á la segunda inyección fuí ya maestro, quiero decir que dominé mis nervios. Necesité, como siempre, ponerme de pié; pero inmediatamente inclinaba el tronco á la izquierda, es decir, del lado en que sentía mi catarro; hacía frecuentes inspiraciones por la nariz, y sentía el *frío* del mentol en el lado izquierdo del pecho, lo mismo que en la tráquea.

Por curiosidad científica, ó porque Compaired lo encontrase indicado, la inyección fué dos días de aceite creosotado. Recuerdo que me molestó más el ahogo, que antes duraba unos diez segundos, y abandonamos esas inyecciones. A ello nos incitaba también el éxito indudable obtenido con las diez inyecciones que me practicó con el aceite mentolado.

En efecto, al dia inmediato de comenzar el tratamiento, la expectoración fué menor y el color de la mucosa traqueal menos

la crisis sanguínea (anemias de las escuelas, anemias de los individuos que sufren de gastro y enteroptosis, enfermedad de Werlhoff, etc.), ó el sistema nervioso (neurosis, y también en algunos casos de lesión de las células grises del sistema nervioso.)

*
* *

Dr. Antonio Muñoz Ruíz, (Cazorla)—Fosfaturia.

La existencia de la albuminuria, sin antecedentes de una enfermedad renal, debe servir de motivo para suponer que puede estar ligada á la fosfaturia, como la existencia de ésta puede hacer sospechar su origen albuminúrico, ó algunos trastornos renales.

Cuando la fosfaturia no desaparece, á pesar del régimen higiénico y las medicaciones más indicadas, el enfermo deberá ser sometido al uso exclusivo de la leche, porque hay muchos casos en los que la dieta láctea sola, ha proporcionado la curación.

*
* *

Dr. Aarao Ferreira de la Cerda, profesor de la Academia de Oporto.—El tratamiento mercurial intensivo de la Parálisis general.

En este trabajo presentado al Congreso de Medicina de Lisboa, el autor hace la narración de quince casos de parálisis generales, tratados por las inyecciones intramusculares, de benzoato de mercurio (1) unos, por las de hermofenil, otros (de uno á doce centigramos diarios) y con yoduro potásico otros.

He aquí las conclusiones del autor:

1.^o Se puede emplear el mercurio en dosis ascendentes, hasta llegar á las dosis cotidianas indicadas por Leredde, sin peligro de fenómenos morbosos locales, de manifestaciones cutáneas de estomatitis, ó de perturbaciones intestinales importantes. Aunque las inyecciones mercuriales hayan sido administradas en gran número, hemos observado solamente un caso de eritema hi-

(1) El autor recomienda esta fórmula:

Cloruro mercurio, 0'613 gramos.

Benzoato de sosa 0'733.

Agua destilada 20 c. c.

De la cual dos c. c. contienen un decígramo de benzoato de mercurio.

dragirico que desapareció en tres días con la suspensión del tratamiento; un caso de estomatitis igualmente pasajero, y uno ó dos casos de ligera diarrea, que desapareció rápidamente por la administración de una porción apropiada, sin suspender el tratamiento mercurial.

2.º No deben darse más de 22 inyecciones seguidas, y al comienzo, en días alternos. Después de este número, el estado físico de la mayoría de los enfermos comienza á debilitarse un poco, al mismo tiempo que se manifiesta fuerte excitación.

Se debe vigilar cuidadosamente, que las dosis, durante el periodo ascendente, progresen de un modo gradual, procediendo siempre á un minucioso exámen de la sintomatología de los paralíticos, para suspender oportunamente el tratamiento.

Las inyecciones deben ser profundas y hechas en la región preferida por Fournier. Las precauciones de desinfección bucal son necesarias.

3.º Como limitamos cada serie á 22 inyecciones, conviene reducir las dosis máximas diarias finales, que podemos fijar en seis centigramos para el benzoato y el biyoduro de mercurio, y en un centígramo para el hermofenil.

4.º En el tercer periodo de la demencia paralítica, el tratamiento mercurial es perjudicial al enfermo.

5.º En el periodo denominado «periodo de estado de la demencia paralítica» el tratamiento mercurial, según las reglas inducidas, es inofensivo. En la mayoría de los casos, la enfermedad sigue su curso progresivo, independiente de la terapéutica específica.

Es cierto que después del tercer tratamiento (yódico) la nutrición de algunos enfermos aumentó durante algunos meses, pero á tal cosa no respondió un alivio en los otros caracteres somáticos, ni respectivamente en el estado mental.

6.º Hemos observado que el yoduro de potasio en las dosis graduales que nosotros administramos, produce en todos los enfermos sin distinción taquicardia y debilidad del pulso.

7.º El biyoduro hidrargírico (solubilizado químicamente por la adición del yoduro de sodio en solución acuosa que hemos procurado hacer isotónica) es una preparación excelente para el objeto que nos proponemos.

El benzoato de mercurio es un compuesto de uso corriente,

pero exige cuidados determinados para poder utilizarse en estado de pureza. De las sustancias experimentadas, esta fué la más ingrata, cuyos resultados fueron más difíciles de determinar, quizás por la existencia en su fórmula de bicloruro mercúrico, puesto que la solubilización del benzoato se sostenía ú obtenía, gracias al cloruro de sodio.

El hermofenil es un compuesto, que puede ser manejado con una extrema facilidad, no produciendo ni dolor ni perturbaciones locales, aun á la dosis cotidiana de doce centigramos, salvo un ligero endurecimiento de los tegidos superficiales de la región que recibe las iyecciones en gran número. Es de sentir que no haya sido experimentado el hermofenil suficientemente en la terapéutica de las afecciones sifilíticas comunes, para poder juzgar en estos casos, de su valor curativo.

Como las dosis intensivas de una cualquiera de las tres sustancias, son extraordinariamente superiores á las usuales, es indispensable proceder á un tratamiento más débil, para conocer el grado de susceptibilidad individual y que los tratamientos específicos sean ayudados por la medicación tónica junto á una escrupulosa higiene.

8.º No hemos observado enfermos en el periodo inicial de la afección paralítica. En tal periodo sería cuando la mercurialización, intensiva por dosis ascendentes, tendría las mayores probabilidades de éxito, debiendo ser aplicada sin impaciencia, durante el tiempo que las circunstancias determinan, por series de 22 iyecciones cada una, aproximadamente y con largos intervalos de reposo entre las series sucesivas, observando estos intervalos en el caso en que se produzca una mejoría.

Hasta aquí las conclusiones de Lacerda.

El estudio se ha dirigido á comprobar—admitiendo la doctrina de la etiología sifilítica—si los mercuriales aliviaban á los paralíticos generales.

De la lectura de las XV observaciones de Lacerda, no se saca un gran convencimiento.

Dr. P.

Revista de revistas

Obtención de la leche normal aséptica, por A. Linas, de Versailles (La Presse Medicale).

• Lo primero que hace falta para esto, es asegurarse de que la vaca (normanda de preferencia) está buena. Para ello debe inyectársele tuberculina y observar la temperatura de tres en tres horas, comparándola con la de los días anteriores.

Lo segundo alimentar bien al animal, evitando la alimentación exclusiva de forrajes, dando heno de prados de buena calidad, heno de gramíneas y leguminosas, harina de cereales (avena, maíz, cebada) harina de lentejas, á las que se añade salvado de trigo, patatas cocidas, lo cuál disminuye la caseína y aumenta el azúcar. El verde debe ser como el postre de esta comida.

En tercer lugar, cuadra especial para ordeños, tan limpia como una sala de operaciones; lavado de las tetas con agua jabonosa, y pulverización con agua oxigenada, limpieza de manos del ordeñador *quemándose* la epidemia por la llama (!) despreciando los primeros chorros del ordeño, filtrando por dos rodajas de algodón hidrófilo, y recogiendo la leche en botellas esterilizadas, obturadas por cápsulas asépticas, enfriando bruscamente la leche á 0 grados.

El autor no dice á cómo saldrá el cuartillo de esta leche. Sería más caro que una nodriza seguramente.

* *

La autonarcosis, por Issailowitch-Dusciau, privat-docent en la Facultad de Medicina de Ginebra.

El autor comienza por recordar que Schleich ha recomendado hace tiempo la mezcla de cloruro de etilo, cloroformo y eter sulfúrico, y otros autores diversos anestésicos que atenuan el dolor antes de provocar el sueño.

Pero resulta que en unos individuos sirve este "cloroformo á la reina" y en otros no, y el autor cree que los efectos se deben á que en unos enfermos, por su conocimiento del recurso terapéutico que se emplea, son *autonarcotizados* y otros no, porque ignoran para qué se les hace dar el anestésico.

En toda anestesia hay cuatro periodos: 1.º suspensión de las

funciones de los lóbulos cerebrales (sueño); 2.º suspensión de las funciones de la médula ó de la protuberancia, como órganos de la sensibilidad (anestesia); 3.º suspensión de las funciones de los centros cerebrales espinales como órganos excito-motores (resolución muscular); 4.º suspensión de las funciones del bulbo y de los nervios orgánicos como principio de los movimientos respiratorios y cardiacos (cesación de la respiración y suspensión del sístole (muerte).

Conociendo estos cuatro periodos ¿habrá que reconocer que en la autonarcosis este orden está invertido, que el segundo periodo de la anestesia y el tercer periodo de resolución muscular, ocupan el lugar del primero, el del sueño? Tal cosa es imposible fisiológicamente, y si ocurre es en virtud de un proceso mental, de una autosujestión, en la cual el anestésico no desempeña ningún papel.

Recientes trabajos sobre la autosujestión nos enseñan que así suceden las cosas, y que muchos enfermos pueden aliviar dolores atroces por un simple esfuerzo de voluntad, ó por un sencillo proceso de autosujestión.

La mezcla de Schleich y otras parecidas obran por un proceso mental. No por eso pueden dejarse á manos imperitas, pues pueden provocar el síncope primitivo á causa de su nocividad sobre el corazón.

*
* *

Dos nuevas teorías del sueño (La Presse Medicale).

Los señores Salmón y Devaux acaban de exponer dos nuevas teorías del sueño. El primero invoca la secreción interna de la glándula pineal y el segundo hace intervenir los fenómenos de osmosis. Ambos tienen el defecto de querer atribuir á un factor único un fenómeno tan complejo.

Salmón se funda en que en ciertos estados patológicos acompañados de soñolencia ó de insomnio, se ha visto alterada la glándula pineal.

La teoría de Devaux es más compleja.

Supone que durante el día se van acumulando en los tejidos los productos de su catabolismo ó destrucción nutritiva. Estas sustancias de gran tensión molecular son osmóticas, atraen hacia

si el elemento acuoso de la sangre que se espesa y detiene su corriente. En el cerebro sustraen á los vasos capilares de los centros auditivos, ópticos, olfáticos y psíquicos, una corta cantidad de agua, y tras de esto viene el aporte de menor cantidad de oxígeno y la menor actividad de esos centros. El equilibrio isotónico, que durante el día existe entre sangre y los tejidos tiende pues á romperse por la noche en el momento en que la hipertona creciente de los humores intersticiales hace inminente la trasudación líquida fuera de los capilares.

Según esta teoría, la sangre disminuye en los vasos, y su plasticidad aumenta. Esto último explica el porqué se absorbe más oxígeno durante la noche que durante el día, pues en un volumen dado contiene más hematíes.

En suma, la sed creciente de los tejidos nerviosos, sería la causa del sueño.

*
* *

La diferencia de temperaturas interna y externa, como datos para el pronóstico, por I. Poczobut.

El autor afirma que la temperatura interna, tomada en el recto, es en casos normales de 0,1 á 0,5 superior á la exterior, tomadas en el axila.

Cuando esta diferencia es menor de 0,1 ó mayor de 0,5, debe llamarse anormal.

Si la diferencia normal al comienzo de la enfermedad llega rápidamente á 1°, el pronóstico es nulo. Si la diferencia llega á 1,5 ó á 2° el pronóstico es fatal. Si la diferencia al comienzo de la enfermedad es de 0,8 á 1°, y en el curso ulterior queda la misma, indica un curso grave.

Una gran diferencia de temperatura durante las enfermedades infecciosas agudas indica una insuficiencia aguda del miocardio, debida á una degeneración aguda de este músculo. Si hay una diferencia de 1°, hay que recurrir á medicamentos estimulantes, cesando en los baños frios para evitar que aumente la insuficiencia del miocardio.

Una diferencia normal en el curso de las infecciones rápidas, apesar de la pérdida del conocimiento, el delirio, el pulso rápido

y de tiempo en tiempo arrítmico, indica un buen estado del corazón.

La aparición de una diferencia anormal durante la convalecencia después de la difteria, indica una insuficiencia aguda del miocardio.

En las afecciones crónicas del corazón, la diferencia anormal llega á 1° y 1,2, indicando una insuficiencia crónica del miocardio, debida á la degeneración de este. Si en estos casos la diferencia aumenta hasta 1'5 y 2 indica mayor gravedad.

Una gran diferencia, más de un grado, permite distinguir el asma cardiaco del bronquial renal ó enfisematoso, pues en estas últimas formas la diferencia es nula.

Una diferencia normal en las enfermedades crónicas del corazón, indica una compensación del corazón y ausencia de degeneración del miocardio. En la taquicardia de origen nervioso, la diferencia es normal; en la que depende de insuficiencia miocárdica, la diferencia es siempre anormal, aumentada.

Una diferencia anormal con cifras elevadas, se observa cuando el peritoneo está atacado.

Si después de un parto en mujeres nerviosas aparecen vómitos, aceleración del pulso, dolor y abombamiento del vientre una diferencia normal permite excluir la peritonitis.

Una diferencia normal con los signos de la apendicitis, permite excluir esta afección é invita á buscar en otra parte las causas de estos síntomas.

Una diferencia anormal no traspasando de 1°, se ve en todas las afecciones purulentas internas y externas.

Una diferencia análoga se ve en fin en los enfermos que tienen fiebre, en el periodo de los sudores y después de la absorción de medicamentos antipiréticos.

*
* *

Una teoría nueva del reumatismo.

El Dr. A. Robin, ha presentado á la Academia de Medicina de París un trabajo original del Dr. Pénierés, Profesor de la Facultad de Medicina de Tolosa, titulado: *El reumatismo, patogenia y tratamiento.*

Para el autor el reuma sería debido á una auto-intoxicación provocada por la introducción en la sangre de una toxina, de un fermento análogo al fibrinofermento de la coagulación de la sangre, estudiado y aislado por Schmidt.

Este fermento sería eliminado por la orina á medida que se va produciendo, del mismo modo que las demás toxinas que la orina normal elimina de ordinario.

Pero si se produce una lesión cualquiera en la mucosa del aparato génito urinario, el reuma atacará al individuo por la reabsorción y consiguiente paso á la sangre del mencionado veneno.

La caída del epitelio de las vías urinarias que sirve de defensa al organismo contra la invasión de los venenos urinarios, abre la puerta á la absorción y prepara la auto-intoxicación consiguiente. He aquí por qué las nefritis epiteliales, las uretritis, las cistitis y uretritis sirven con tanta frecuencia de prólogo al reumatismo.

Esta nueva concepción del reuma conduce asimismo á una nueva terapéutica. Se impone restaurar los epitelios y favorecer la eliminación de las toxinas.

El autor llena estas indicaciones con ayuda de antisépticos ligeros y muy digestibles que ha descubierto en las resinas de cubeba y nebrina.

Su trabajo contiene numerosas observaciones de reuma en sus diversas formas clínicas tratadas victoriosamente por la nueva medicación, que tiene las ventajas de sus rápidos efectos y ser completamente inocua.

*
* *

Sobre una forma especial de atrofia del iris en el curso de la tabes y de la parálisis general. Sus relaciones con la irregularidad y los trastornos reflejos de la pupila.

El Dr. Dubuy Dutemps se refiere á una forma de atrofia del iris que se presenta parcialmente por segmentos y que corresponde á la porción de la pupila cuya curva es de mayor radio. La atribuye á un trastorno trófico consecutivo á alteraciones muy lentas de los nervios ciliares.

Así se explicaría que la atrofia sea precedida constantemente por el trastorno reflejo motor, debido probablemente á las mismas

lesiones nerviosas, así como la parálisis de un miembro precede á la atrofia muscular en las neuritis periféricas y las polimielitis.

*
* *

Histero-traumatismo ocular con amaurosis total y bilateral, contractura y anestesia generalizadas.

El Dr. Le Roux define el histero-traumatismo ocular: «los fenómenos histéricos desarrollados bajo la influencia de un traumatismo padecido en el ojo ó en la región orbitaria.»

Hace notar la escasez de casos publicados hasta la fecha y la importancia que reviste la publicación de los que se vayan observando, dada la aplicación que se hace de la ley de accidentes del trabajo, y pasa á describir una interesante observación, con motivo de la cual se extiende en atinadas consideraciones relativas á la evolución, sintomatología, aspecto médico-legal y tratamiento de la afección

En cuanto á este último, se declara partidario de la sugestión vigil, que frecuentemente da buenos resultados cuando se tiene el cuidado de aislar completamente los enfermos (resultados que dió en el caso objeto de la observación) y que siempre debe ensayarse desde luego antes de pensar en el hipnotismo, que no deja á veces de tener inconvenientes.

*
* *

Corte del cadáver de una mujer fallecida durante el parto.

El Dr. Recasens presenta á la Real Academia de Medicina de Madrid las fotografías del corte que hace poco tiempo practicó en el cadáver congelado de una mujer fallecida en el periodo de expulsión.

Del estudio del corte se deduce: que el cuello del útero no desaparece durante la dilatación, quedando en forma de rodete, como algunos han creído.

Lo que ocurre es que se adelgaza y se aplica fuertemente contra las paredes de la vagina, quedando entre éstas y el cuello un seno, un espacio; en este espacio puede introducirse el pico de una cuchara durante una aplicación de forceps, y al tirar para verificar la extracción, pueden originarse desgarros de mayor ó menor gravedad, según la altura que alcancen.

La disposición del cuello del útero vista en este cadáver permite también comprender por qué el cuello se restituye en cuanto el feto es expulsado.

El corte hecho por el Sr. Recasens comprueba que el llamado anillo de contracción es debido al surco que forma la cabeza y cuello del feto, pues en ese surco se acumulan, al encontrarse, las fibras uterinas.

*
* *

Las sales de cobre en las artropatías tuberculosas.

El Dr. Ruelle (Centre méd. et pharmaceutique), en un niño atacado de artropatía tuberculosa (articulación tibiotarsiana), no mejorada por las inyecciones iodoformadas, ha empleado las sales de cobre recomendadas en tiempos por Luton (de Reims), Luton «que era un verdadero clínico» y que ha estudiado varios casos favorables.

En la región dolorosa y edematizada, el Dr. Ruelle hizo practicar diariamente fricciones con una pomada de sulfato de cobre al décimo.

A mismo tiempo tomaba el enfermo, en el momento de las comidas, tres píldoras de acetato de cobre de un centígramo.— «El número de estas píldoras se aumentó progresivamente hasta nueve».

«Al cabo de dos meses la curación parecía asegurada, toda vez que la inflamación había desaparecido y los movimientos se efectuaban sin dolor — Desde hace un año la curación se mantiene.»

Las fórmulas de Luton, indicadas en el formulario de Dujardin-Baumetz, son las siguientes:

Píldoras:

Acetato neutro de cobre.	0 gr. 01
Fosfato de sosa cristalizado.	0 gr. 05
Glicerina y polvos de regaliz.	C. S.

Hágase una píldora.—Dosis: de 4 á 6 al día.

Poción:

Acetato de cobre.	0 gr. 05
Fosfato de sosa.	0 gr. 50
Poción gomosa.	125 gr.

H. S. A.—Tómese á cucharadas.

Inyección hipodérmica:

Fosfato de cobre recientemente precipitado.	1 gramo
Glicerina.	2 gramos
Agua.	2 —

Una inyección diaria.

Recetario*Tratamiento de los trastornos cardiacos durante la menopausia.*

Para calmar la angustia precordial, tan frecuente en esta edad (llamaradas al rostro, sofocos, etc.) es útil usar,

Dps.

Extracto fluido de Cactus grandiflorus.	1 gramo
— de Viburnum prunifolium.	5 —
— de Piscidia cribina	5 —
Elixir Paregorio	20 —

M.

para tomar XX gotas mañana y tarde en una taza de tila.

También se podría recurrir al pirámidon, asociado al glicero-fosfato de quinina, por ejemplo:

Dps.

Pirámidon.	0,15 gramos.
Glicerofosfato de quinina.	0,25 —

para un sello: dos al día.

Si existen intermitencias nerviosas ó aritmia funcional, se dá el alcanfor con valeriana en enemas,

Dps.

Alcanfor.	0,50 gramos.
Extracto de valeriana	0,10 —

Yema de huevo número 1.
 Agua de tila 200 —

M.

cuidando al mismo tiempo el estómago é intestinos.

También son útiles las inyecciones de suero marino (agua de mar) según el método de Quintón y la opoterapia ovárica.

J. FERREIRA (de Lisboa.)

Inauguración del Dispensario Antituberculoso de Zaragoza

La inauguración del Dispensario antituberculoso de Zaragoza ha dado motivo á una manifestación vigorosa y potente de la influencia que la clase médica en general ejerce en Zaragoza y de la simpatía que la personalidad del Dr. Villanova tiene en los sentimientos generosos y caritativos de entidades, corporaciones particulares de esta ciudad.

El día 24 del mes de Enero será de eterna recordación entre los médicos ilustres que con tanto entusiasmo han laborado siempre y seguirán laborando en la obra contra la tuberculosis.

La llegada de ilustres huéspedes invitados en nombre de la Junta magna por el Director técnico, el acto de la bendición de los locales por el Excmo. Sr. Arzobispo, la comida con que fueron obsequiados por la redacción de *La Clínica Moderna*, la solemne sesión en el salón de fiestas del Círculo Mercantil, Industrial y Agrícola, organizado por la Academia Médico-quirúrgica Aragonesa, el banquete monstruo celebrado en honor de los Doctores Ulecia, Verdes Montenegro, Moliner, Espina y Capo, la serenata con que fueron obsequiados los ilustres médicos y la despedida á

éstos en los andenes de la estación de Madrid, al salir el expreso, fueron actos en que se patentizaron el entusiasmo y la gratitud que Zaragoza siente por todo lo que significa ciencia, caridad y progreso y por los hombres que dirigen y encauzan este movimiento tan simpático á la opinión imparcial.

El Dispensario de Zaragoza puede asegurarse que es uno de los mejores de España. Locales amplios y muy bien ventilados, todos susceptibles de baldeo y establecidos en las más perfectas condiciones de higiene; magnífica instalación de electroterapia, dotada del material preciso para realizar todos los modernos procedimientos de diagnóstico, y curación por medio de la electricidad, á saber: radiografía y radioscopia, radioterapia, corrientes continuas, faradización, corrientes de Wateville, efluvios, etc, etc.; laboratorio muy bien montado; gabinete de desinfección, provisto de una estufa de gran capacidad y excelente funcionamiento; sala de consultas, gabinete de aplicaciones terapéuticas (inyecciones, aplicación de termocauterio, etc); departamento para filiación de los enfermos y estadística, almacenes, conserjería, watterclosets, etc., etc.

La organización dispuesta para el nuevo establecimiento de beneficencia es tal, que los enfermos ingresan por una de las salas del mismo y sucesivamente van pasando por todos los departamentos del Dispensario con el orden preciso para que los servicios sean en éste fáciles y completos.

En una palabra, la instalación del Dispensario antituberculoso de Zaragoza, honra á los que han sido organizadores del mismo y á la capital.

Nuestra enhorabuena al iniciador Dr. Royo Villanova.

Bibliografía

EL DORVAULT.

Todos los años por esta época dos ilustres farmacéuticos, D. Joaquin Olmedilla y D. Filiberto Soria, avaloran los conocimientos científicos de la farmacia con la publicación del «Suplemento á la Oficina de Farmacia» del inolvidable sabio Dorvault.

La casa editorial de Bailly-Bailliére é Hijos acaba de publicar el correspondiente al año actual, que es el vigésimosexto, y que lejos de entibiar su interés, viene á aumentarlo, como podrá observar el lector por la lijera revista que hacemos de su contenido.

Dividido el libro en las secciones acostumbradas, en todas ellas hay motivo suficiente para fijar la atención y examinarlo detenidamente, pero nos limitaremos á indicar algo de lo infinito bueno que contiene.

En primer término aparece el recetario con unas doscientas fórmulas de gran interés práctico. A continuación da á conocer cuanto con la parte legislativa se relaciona.

En las secciones correspondientes de la obra comenta asunto de tanto interés como la aparición de la séptima edición de la Farmacopea oficial española, consigna fórmulas del nuevo Código farmacéutico, expone los nuevos reactivos y procedimientos para descubrir la pureza de muchas sustancias; explica algunos nuevos procedimientos de análisis é investigación que son de gran interés para el reconocimiento de sustancias alimenticias y medicamentos, y menciona los nuevos medicamentos.

Merece especial atención un artículo en que expone una nueva sustancia para recubrir píldoras y cápsulas que tienen condiciones adecuadas para atravesar el estómago y actuar en los intestinos; otro en que se refieren algunos datos acerca de los perboratos y principalmente del perborato sódico, así como los estudios sobre los extractos acéticos y los análisis de orinas, de aguas y de sustancias alimenticias, que detalla procedimientos de reconocidas ventajas sobre los conocidos.

Como sería interminable este artículo si fuésemos á citar lo mucho nuevo y de interés que contiene, hacemos punto, condensando nuestra opinión diciendo que es indispensable al farmacéutico para salir airoso en su práctica diaria.

Precio: 6 pesetas en rústica y 7,50 encuadernado. Bailly-Bailliére é Hijos, Madrid, y en todas las librerías.

Noticias

El estado sanitario en Salamanca en el mes anterior deja algo que desear.

Ha habido algunos casos de viruela y bastantes de sarampión y varicela.

Las medidas de desinfección tomadas son nulas y es de esperar que tales infecciones aumenten en el estío.

Veremos.

Estadística demográfica sanitaria de Salamanca.

=

Mes de Junio de 1906

Nacimientos viables.	{	Varones 24	{	Ilegítimos. 5
		Hembras. 20		Idem. 8
Idem no viables	{	Varones 2	{	Idem. 2
		Hembras. 0		
			<i>Totales.</i>	61
Defunciones	{	Varones 26	{	contags. Varones. 0
		Hembras. 31		Hembras 0
			<i>Totales.</i>	57

Matrimonios, 22

Salamanca—Imprenta de Almaráz y Comp.^a—Zamora, 19